

《研究報告》

呼吸リハビリテーションを行っている 慢性呼吸不全患者B氏が体験している困難さについて

漆 坂 真 弓¹⁾

要旨：本研究は、慢性呼吸不全患者が呼吸リハビリテーションで学んだ呼吸法や呼吸と活動の調整の仕方を、その患者の馴染んだ対処の仕方では活用できないために生じる困難さを明らかにすることである。研究に同意を得られた、呼吸リハビリテーションを行う目的で入院している慢性呼吸不全患者B氏を対象に、面接法及び参加観察法によりデータを収集した。

その結果、B氏の馴染んだ対処の仕方は「動き始める前から動き終わるまで一連の動きの流れを作り動く」であった。B氏が、呼吸リハビリテーションで習った技術を日常生活に活用できないことで体験している困難さには「身体力を抜いて息が吐けない」「意識していても、何か動作するときにフッと息を止めてしまう」「自分の身体に合った動作の速さが保てない」「動作途中で休憩を入れるタイミングが切り替えられない」「息苦しさが治まるまで素直に休めない」「自分が理解している病気の状態に合わない省エネ動作を受け入れることができない」「わずかな動作の負荷によっても呼吸と動きの調整がずれてしまう」があった。以上の結果から、慢性呼吸不全患者B氏が、呼吸リハビリテーションで習った技術をB氏の馴染んだ対処で活用できないために生じている困難さは、一連の動きの流れをB氏の身体に合ったペースに調整することができない、であることが明らかになった。

慢性呼吸不全B氏の事例から得られた看護への示唆には、慢性呼吸不全患者の馴染んだ対処の仕方を理解すること、今現在の病気と身体の状態のずれを認識できるように一緒に身体を見ていくこと、このずれを埋めていけるように患者の携えている関心や馴染んだ対処に働きかけていくこと、病みの軌跡を再解釈することで、現状を正しく理解し今後の生活に見通しを持ってどのように生活するのかを考えていけるように援助することであった。

キーワード：慢性呼吸不全患者、呼吸リハビリテーション、馴染んだ対処の仕方、困難さ

はじめに

慢性呼吸不全とは、肺におけるガス交換異常のため正常な機能が営めない状態（PaO₂（動脈血酸素分圧）が60 Torr以下、PaCO₂（動脈血炭酸ガス分圧）が45 Torr以下の状態）が1ヶ月以上続いている場合をいう（川上，1992）。慢性呼吸不全の基礎となる疾患の約4割を占めるのが慢性閉塞性肺疾患である（木田，1997）。慢性呼吸不全患者は、呼吸機能の低下に伴い労作時に呼吸困難が出現し、息切れへの恐怖感や不安から活動量が低下した生活に陥りやすい（上月，

2003）。さらに活動量の低下は、四肢体幹筋の萎縮をはじめとする廃用を招き、労作時の呼吸困難を増す方向に働く。その結果、呼吸困難、活動量低下、身体機能低下という悪循環を繰り返し日常生活動作（Activities of Daily Living；以下ADLとする）や生活の質（Quality of Life；以下QOLとする）が低下していくといわれている（上月，2003）。このように慢性呼吸不全患者が病気の療養をしながら生活していく上で対処していく課題は多い。坂牧（2001）は、日常生活の調整の困難さや、病気によって生活を制限されるといふ課題に対処する困難さについて述べ、土居ら

1) 弘前学院大学看護学部 〒036-8231 弘前市稔町20-7
TEL: 0172-31-7162, FAX: 0172-31-7101, E-mail: urushi-m@hirogaku-u.ac.jp

(1996)は、ADLの自立を維持し、自由に行動できることに価値をおかなくなるくらいに、慢性呼吸不全患者のADLは労作性呼吸困難などにより制限を受けがちであるため、ADLを維持することの大切さを指摘している。

慢性呼吸不全患者が「症状をコントロールし、残された機能を最大限に発揮し、より充実した生活を送ることができる」(野村, 2002)ことを目標に呼吸リハビリテーションが行われている。呼吸リハビリテーションは原則としてチーム医療であり、医師、看護師、理学療法士、作業療法士らにより編成されている。その中で看護師は、日常生活指導や吸入指導などの患者教育、禁煙指導、心理的サポートなどの役割を担っているといわれている(野村, 2002; 上月, 2003)。

患者の生活に深くかかわっている看護師が行う日常生活指導には、慢性呼吸不全患者の息切れのコントロールと患者のADLやQOLを改善することが求められている(野村, 2002)。特に、生活の中の活動へのかかわりについて、山戸(2003)は、患者が望む生活が実現できるように環境の調整と方法の工夫をしていくことや、酸素消費量を少なくするための具体的な日常生活動作を患者が身につけるように支援していくことの必要性を述べている。また鈴木(2001)も、セルフケア行動の一つに身体活動を位置付け、患者が自分に必要な身体活動を判断し実際に行動できるような支援と、楽しみや生きがいを持てるように患者の生活を描き働きかけることの必要性を述べている。さらに坂牧(2001)は、慢性呼吸不全患者は、療養経過が長く患者個々に生活史があるという特徴に注目し、個別の生活環境における動作に応じた呼吸方法や体調の変化の観察、および対処方法などについて指導していくことを提言している。

一方、研究者が臨床でかかわった呼吸リハビリテーションを受けている患者の多くは、理学療法で行っている口すぼめ呼吸法や日常生活動作の酸素消費を抑えた動き方を日常生活の中に活用していることが少なく、呼吸リハビリテーションで行っていることと患者の日常生活の実際の動き方とが乖離していると感じた。研究者は、呼吸リハビリテーションで行っていることが患者の生活に活用されないのはなぜなのかという疑問を感じた。ある呼吸リハビリテーションを受けていた患者は「リハビリでやっけてもなかなかそれを意識して普段動くのはできない」と話し、呼吸リハ

ビリテーションで習ったことを日常生活動作に活かしていくことは容易なことではないと語った。研究者は、呼吸リハビリテーションで習った技術を患者が日常生活に活用するための援助が必要なのではないかと考えた。

Bennerら(1989/1999)は、人間は身体に根ざした知性を持ち、身体には意味を帯びた状況に反応するという存在論的能力があり、さらに「熟練技能を具えた習慣的身体は対処の主要な資源であり、人が複雑な状況に素早く柔軟に対応できるのはそのおかげである。」(p.83)と述べている。人にとって何がストレスと写り、どういう対処が自分に可能と思われるかは、その人の携えている関心と背景の意味、技能と習慣的实践によって決まってくる。さらに、「人は病気になったからといって、自分にどういう対処が可能かを規定している諸条件に全面変更を加えて、まったく新しい仕方で対処することなど出来ない。」(p.208)と述べ、その人に効果的に働きかけるには、その人の携えている意味と関心と習慣にあった仕方で働きかける必要性を説いている(Benner, P., Wrubel, J., 1989/1999)。田中(2002)は、在宅酸素療法を行っている慢性呼吸不全患者の日常生活の暮らしの語りから、慢性呼吸不全患者が、呼吸の仕方や動き方を選び取りながら生きていること、生活していく中で療養それ自体が辛くならないように、息苦しくならず動けるように手探りの試みをして生きていることを明らかにしている。このことから、慢性呼吸不全患者は、病気と共に生活していく中で、患者が対処の主要な資源である自らの身体の調子や感覚に注意しながら、生活動作に支障が生じることがないように、息苦しくならないよう、楽に過ごせるよう、呼吸の仕方や動き方を身につけていったと考えられる。身につけた呼吸の仕方や動き方は、生活動作や活動によって呼吸困難などの症状を招かないための患者の馴染んだ対処の仕方といえる。呼吸リハビリテーションで習う呼吸法や呼吸と動作の調整の仕方などの技術は、この慢性呼吸不全患者の馴染んだ対処の仕方に働きかけなければ、呼吸リハビリテーションで習う全く新しい呼吸の仕方や動き方を身につけていくことは難しい。つまり患者が病気をどのように受け止め病気とどのように歩んできたのか、その道のりを知ることや、その道のりの中で患者がどのように病気や症状に対処し、どのような馴染んだ対処の仕方を身につけていったのか、患者の携えている意味や関心、習慣を

知り、それらに働きかけていくことが必要だと思われる。しかしながら実際にはそのような働きかけがないために、患者が新しく習った技術を生活の中になかなか活用していくことができない困難さを体験していると思われる。それが先の患者の言葉にあるように、呼吸リハビリテーションで習ったことを意識して日常生活に活用していないことにつながっていると考えられる。

慢性呼吸不全患者は、呼吸リハビリテーションを受けることで呼吸困難感やADL・QOLの改善を期待している。にもかかわらず、その習った技術を日常生活に活用していきることができない困難さがあるためにADLやQOLの改善にはつながらずにいる。慢性呼吸不全患者が、呼吸リハビリテーションで習った呼吸法や呼吸と活動の調整の仕方を、その患者に馴染んだ対処の仕方でも活用できないために生じている困難さを明らかにすることで、この個人の馴染んだ対処の仕方に注目した看護援助を考えていく手がかりになると考える。

研究目的

慢性呼吸不全患者が、呼吸リハビリテーションで習った呼吸法や呼吸と活動の調整の仕方を、その患者に馴染んだ対処の仕方でも活用できないために生じている困難さを明らかにする。

用語の定義

1. 馴染んだ対処の仕方

本研究で用いる馴染んだ対処の仕方とは、慢性呼吸不全患者の携えている関心や背景の意味、技能により規定され、尚かつ、慢性呼吸不全患者が、病気と共に生活してきた中で、呼吸困難を招かないよう、生活動作に支障が生じないよう、対処の主要な資源である熟練技能を備えた習慣的身体をもちいて身につけた呼吸の仕方や動き方などのことである。

2. 困難さ

本研究で用いる困難さとは、慢性呼吸不全患者が、呼吸リハビリテーションで習った呼吸法や呼吸と活動の調整の仕方を、その患者の馴染んだ対処の仕方でも活用できないために生じる、円滑な生活の営みを可能に

していた意味ないし理解が攪乱されているのを感じる体験のことである。

3. 呼吸リハビリテーション

本研究で扱う呼吸リハビリテーションとは、理学療法士・作業療法士を中心として行う運動療法のことである。

研究方法

1. 研究課題

1) 慢性呼吸不全患者が、病気と共に過ごしてきた中で、生活に支障が起らないように、呼吸困難を招かないようにと身につけた馴染んだ対処の仕方を明らかにする。

2) 呼吸リハビリテーションを習っている最中の慢性呼吸不全患者が、活動を続けられるように、また呼吸困難を招かないようにするために、入院生活の中でどのような動き方や呼吸の仕方をしているのか、その対処について明らかにする。

3) 慢性呼吸不全患者が、呼吸リハビリテーションで習った技術を、その患者の馴染んだ対処の仕方でも活用できないために体験している困難さについて明らかにし、看護への示唆を得る。

2. 研究デザイン

1) 研究方法

本研究は、BennerとWrubel(1989/1999)の「現象学的人間論と看護」のストレスと対処の考え方を前提とし、面接法および参加観察法を用いた探索的記述研究である。

2) 研究期間及び研究対象

研究期間は、2004年10月下旬から11月下旬までの1ヶ月間であった。研究対象は、大阪府内の施設において入院加療しながら呼吸リハビリテーションを行い、研究の参加に同意を得られた慢性呼吸不全患者1名。

3) データの収集方法

面接法および参加観察法によりデータを収集した。

面接法では、対処の主要な資源である身体をもちいた研究対象者の馴染んだ対処の仕方に焦点を当て、半構成質問紙を用いてインタビューを行った。インタビューは、対象者の許可を得て録音を行った。インタビュー内容は、入院する前の生活で、息切れや呼吸困難をきたさないためにどのような姿勢で、どのような動きを組み合わせ、どのような息遣いや呼吸をしながら活動していたのかなど、研究対象者の起床から就寝までの1日の生活動作に焦点を当てた。

参加観察法では、研究対象者の食事、入浴、洗面、更衣、リハビリテーションなどの生活場面に可能な限りつき、その活動しているときに行っている活動や呼吸の様子について観察を行った。具体的には対象者の活動の前後を通し、呼吸の状態(呼吸数、呼吸の深さ、呼吸のリズム、努力呼吸の有無、胸郭の動き、呼吸補助筋の使用、姿勢など)、パルスオキシメーターによる酸素飽和度の値、活動に伴う症状の有無、活動に要する時間、活動内容について観察を行い、それをフィールドノートに記録していった。呼吸リハビリテーションを行っている期間中、研究対象者が呼吸法や呼吸と活動の調整の仕方などについて習熟していくに伴い、体験している困難さに違いが起こる可能性があるため、参加観察は5日程度の間隔をあけて行い、困難さの違いについても観察を行った。

参加観察後には、研究者が参加観察から把握した、研究対象者のとった対処の仕方について、どうしてそのような対処をとったのか、実際に対処した結果の身体の感じやその対処の仕方について今後どうしていきたいと思っているかなどについて、ショートインタビューを行った。

さらに、研究対象者の体験している困難さを明らかにするための補助データとして、研究対象者のカルテから、年齢、疾患名、治療、病気の経過についても記録した。

4) データの分析

得られたデータは以下の過程に沿って分析を行った。

- (1) インタビューで得られたインタビュー内容を逐語的に書き起こした。その逐語録から、慢性呼吸不全患者の馴染んだ対処の仕方とはどのようなものかを分析した。
- (2) フィールドノートからのデータとショートインタ

ビューのデータから、呼吸リハビリテーションで呼吸法や呼吸と活動の調整の仕方を習っている慢性呼吸不全患者が、病棟で活動するときどのような対処をしているのか分析をした。特に、新しい対処の仕方を習いながらも、馴染んだ対処の仕方で活用することができないために、習った技術をなかなか生活動作に取り入れていくことができない過程について注目した。さらに、呼吸リハビリテーション期間を通しての経時的変化についても分析をした。

- (3) 上記から、呼吸リハビリテーションで習った技術を、その患者の馴染んだ対処の仕方では活用できないために体験している困難さについて明らかにした。
- (4) 妥当性と信頼性を得るため質的研究の経験者からスーパーバイズを受けながら行った。

3. 倫理的配慮

研究対象者には、本研究への参加を依頼するにあたり文書を用いて研究目的、研究内容、研究方法について説明し同意を得た。研究参加にあたっては、本人の意思を尊重することを文書および口頭で伝え、研究の途中であっても参加を辞退することは可能であり、辞退しても不利益を被ることがないことを説明した。面接はプライバシーが守れる環境で行い、話したくないことは話さなくてもよいことを説明した。研究で得られた情報に関しては、個人が特定されないように記録と分析を行い、本研究以外に使用しないことを伝えた。尚、本研究を行うにあたり、兵庫県立看護大学研究倫理委員会及び研究協力施設の倫理委員会の審査を受けた。

結 果

1. 事例紹介

B氏は60歳男性で肺気腫、喘息であった。日常生活労作時の呼吸困難のため入院加療することになった。B氏は、48歳頃に1日30本近く吸っていた煙草が吸えなくなり、力仕事をすると息苦しくなるため病院を受診したところ、肺気腫と診断された。この時に医師から、肺気腫という病気は治らないといわれ、「もうええ加減でいいわ」という気持ちになったという。そのため、体調の具合により不定期に病院を受診し治療を

受けていた。しかしながらB氏は子どもを一人前にするまではと思いき、60歳までは「何とかせなあかん」という気持ちで過ごしてきた。55歳頃から呼吸困難のために思うように動けなくなったが、それでも休日には友人とゴルフに行っていたという。B氏は長距離運転手をしていて、59歳になったときに、大型トラックのドアを開けただけで呼吸困難を生じるようになり、仕事の継続が難しくなった。B氏は60歳の定年までの期間「傷病で1年間過ごして」退職した。B氏は肺気腫と診断されてからの12年間を振り返り、「この病気は、もうしょうがないという気持ちでずーっとおったからね。そしたらそれが悪かったみたい。」と語った。病気については「この病気はな、じーっと座っていたらどうってことないよ、時たま苦しさが襲ってくるだけで。」と話したが、実際にはB氏が自宅でじっとして過ごすことは少なく、毎日のように友人と外出していた。B氏は「閉じこもるとかえってね、精神的にね、おかしゅうなるのよ、やっぱり。このままいったら自分はどうなるんだろう、そういうマイナス思考ばかりで考えていくでしょう。」と、自宅でじっとしていると病気のことを考えてしまい、気持ちが減入りノイローゼ気味になる、だから自分でできる範囲で外に出て遊び、明るくしていたいと語った。しかしながら外出するにも、入院直前のB氏は、自宅から100m程離

れた駐車場まで行くのに3回くらい休憩をはさまなければたどり着けない状態であった。

今回の入院では、在宅酸素療法の導入と呼吸リハビリテーションを行った。酸素療法では、入浴や歩行などの労作時に1ℓ/minの酸素吸入を行った。呼吸リハビリテーションは理学療法と作業療法を4週間にわたり行った。B氏の肺機能検査の結果については表1に示す。

2. B氏の馴染んだ対処の仕方

B氏は48歳の頃に肺気腫と診断されてからも長距離運転手の仕事を続け、友人と付き合い、身の回りのことを自分で行い、何ら変わらない生活を送ってきた。しかしながら、肺気腫と診断されてからの12年の間に病状は進行し、それに伴って重労働の生活労作時(例:2トン近い積荷を降ろす作業)に出現していた息切れや呼吸困難などの症状が、強度の低い日常生活労作時(例:バックでの車の駐車)にも出現するようになっていった。B氏は、息苦しさなどの症状によって日常生活や仕事が妨げられないように、毎日の活動時の息苦しさができるだけ速やかに解消されるように、さらに症状から解放されて再び活動することができるように、動作や活動に伴う息苦しさなどの症状に対処する動きや呼吸の仕方を身につけていった。その身につけ

表1. 呼吸機能検査の結果

	入院時	リハ3週目	リハ終了時
肺気量分画			
VC (肺活量) (L)	2.08	2.53	2.76
TV (1回換気量) (L)	0.81	0.5	0.63
IRV (予備吸気量) (L)	0.65	1.07	0.76
ERV (予備呼気量) (L)	0.61	0.95	1.37
%VC (%肺活量) (%)	62.1	75.5	82.6
FRCp (L)	3.29	3.38	3.38
フローボリューム曲線			
FEV1.0 (1秒量) (L)	0.55	0.49	0.56
%FEV1.0 (%1秒量) (%)	19.3	17.2	19.7
FVC (努力肺活量) (L)	1.9	1.14	1.32
%FVC (%)	56.8	43.1	39.5
FEV1.0% (1秒率) (%)	28.9	43	42.4
V50 (50% FVC 点での流速) (L/sec)	0.26	0.19	0.18
V25 (25% FVC 点での流速) (L/sec)	0.16	0.09	0.12

- ・ COPD の重症判定に用いられる %FEV1.0 が 20% 以下であることから、B氏は安静時にも呼吸困難を起こしてしまう最重症 COPD と分類される。
- ・ FEV1.0% 及び %VC から B氏の換気機能障害～閉塞性障害は混合性障害と分類される。
- ・ %VC が 80% 以下となっているのは空気のとらえこみ現象と考えられる。

た動き方や呼吸の仕方は、B氏の馴染んだ対処の仕方といえる。そのB氏の馴染んだ対処の仕方は、動き始める前から動き終わるまで、そして再び動き始めるまでの、一連の動きの流れを作ることであり、この対処の仕方をとることによって呼吸困難を招かないようにしていた。このB氏の馴染んだ対処の仕方である『動き始める前から動き終わるまでの一連の動きの流れを作り動く』の一連の動きの流れには、1) 空気をいっぱい吸いもつ、2) ゆっくりと動く、3) 動ききって酸欠状態になったら休憩する、4) 早うしよう、があった。以下それぞれについて述べる。

1) 空気をいっぱい吸いもつ

B氏は、自分の身体のことを、肺気腫という病気のために「息を吐く力がなく、肺の中に吐き切れない空気がたまり、新たな空気を吸うことができない」のように捉えていた。肺気腫は、気管支周囲の肺組織の破壊、弾性減弱による気道の虚脱、気管支壁自体の萎縮などにより閉塞性換気障害を呈し呼気流量が著しく減少する疾患(田平, 千住, 1999)である。B氏が「吐き切れない空気がたまる」と捉えているように、B氏の肺は機能的残気量が増えて過膨張になるため、新しい空気を吸うことができない状態といえる。動くときすぐに酸欠になり息苦しくなってしまうB氏は、普通に息を吸っていたのでは吐き切れない空気のために過膨張となっている肺に新たな空気を吸い込むことができないため、新たな空気を吸い取るような感じで、意識して息を吸っていた。そして新鮮な空気をいっぱい吸いもって動き始めていた。この吸いもつとは『吸いながら』という意味で、B氏は空気をいっぱい吸いながら動き始めていた。

◆B氏は自分の呼吸について次のように語った。

「(自分は) 吐く力がないから、たまり過ぎてんやてね、先生が言うには。そやから、吸うても吸うても、吸えんようになるから。吸い込む力はあるけど、吐く力がないから、空気だけ、結局、取り残されて、あの腹一杯になっているゆうとこやね。その上にまだ尚吸おうとするからしんどいよね。きれいに、結局、吐き切れてないから。金魚があっぶあっぶしている、あんなような状態みたいやね。(健康な人は)みんな自然に、何気なく息しているような、空気吸っているような状態でしよう。わしらはこう

吸いながら、ようやく空気を吸い取るというような感じのイメージで吸わなんたら、吸えんのだからね。自然に、ごく自然に入ってくるものが、入らんねんな。」

◆B氏は階段を上る時の呼吸の仕方について次のように語った。

「(階段は) まずは落ち着けて、空気をいっぱい吸いもって、ゆっくり上がる感じ。吸うて、吐きながら、歩調して上がっていく感じ。階段上がるときは、呼吸を一応整えて、それから長い空気、息づかいしながら上がっていくからね。吸いながらずっと上がって行って、途中でさーっと吐いてまた吸ってという感じやろうね。」

2) ゆっくりと動く

活動すると全身の骨格筋で酸素が消費されるため、安静時よりもより多くの酸素量が必要となる。B氏の運動負荷心肺機能検査(エルゴメータ漸増10 watt)の結果は、3分40秒で息切れのために運動中止となった。運動開始前の動脈血酸素分圧は82.4 Torr, 運動終了時は52.2 Torrと低酸素血症を呈していた。最高酸素摂取量は予測値1704 ml/minの28.9%であり、B氏の運動耐容能は低いと考えられる。B氏も、慌てたり、勢いよく動いたり、力を入れて動いたりすると直ぐに低酸素血症をきたしてしまうと話した。そのため活動による酸素消費をできるだけ抑えようと、どのように動くか、動作の段取りをし、そして、ゆっくりと動くように心がけていた。それでも身体を動かしているうちに、どうしても身体に力が入ってしまい息苦しくなっていた。

◆B氏は朝食の時の様子を次のように語った。

B氏は、家族が仕事に出かけてから、家族が用意した朝食を一人で食べていた。「ご飯をゆっくり、あの段取りして、自分で全部せなあかんからね。誰もいないから。(レンジで)チンしたり、味噌汁温めたりするのは自分がしなあかんからね。それをゆっくり食べて。1時間半くらいかけて食べたことがあるからね、最高。もう喉を通っていても、こころ(腹部)が苦しゅうてね。あの入らないんですよ。まあだいたい30分くらいはかかるな、食べるのに。そなん慌てても食べられへんしね。」

◆B氏は階段を上る時の様子を次のように語った。

「(階段は) とっと、とっと行ったら、後が大変やからね。同じ苦しさでも違うもんね。せやからじわ〜っと。それこそお忍びみたいな感じで上がっていかんだら、えらいからね。」

3) 動ききって酸欠状態になったら休憩する

B氏は活動することによって、呼吸努力の増加と全身の骨格筋での酸素消費量の増加から低酸素血症を呈してしまう(瀧, 2006)。それは肺胞の破壊による拡散能の障害や閉塞性換気障害が原因の低酸素血症と考えられるが、実際B氏の肺拡散機能検査の結果は、%DLco (%一酸化炭素肺拡散能力)が37.9%と、正常値(80%以上)の半分以下であった。B氏はその低酸素血症にある身体の状態を『酸欠状態』と捉え、「フウフウいう」「いっぱいになる」「もうあかん」のように表現していた。活動することで直ぐに酸欠状態になってしまうB氏は、その活動の途中で呼吸を整えるための休憩を何度かとることによって活動を続けていた。呼吸を整えるための休憩を入れるタイミングは、動けるところまで動ききり身体の酸素を使いきった時、すなわち身体が酸欠状態になった時であった。酸欠状態になって活動の途中で休憩をとっている時のB氏は、「早う酸素くれって感じ」で、金魚があっぶあっぶしているような「フウフウフウフウ」いう細かい呼吸を一時し、息苦しさが治まるまで耐えていた。

◆B氏は2階の寝室から1階のトイレに降りて行く時の様子を次のように語った。

「もう歩く自体が苦しんだもん。結局、あの酸欠状態になるから、身体がすぐ。だから座って一時したら落ち着くけど、それまではどうしても苦しいわな。もう、何ていうかな、わしの場合は特に2階から降りて、下まで降りて行って、トイレ座ったときは、もう死ぬような状態やからね。フウフウゆうてね。それこそ発作みたいな状態。」

◆B氏は起床して布団を二つに畳む時の様子について次のように語った。

「(布団を) あげるだけなんよ。自分が敷いてるでしょう。それをこっちへ畳むとお母さんしてくれるからね、後で。それだけするのがしんどいんです

よ。身体動かしてる。自分の身体でそんだけ、畳む仕事だけで。あの(飼っている)猫がおるからね、その猫を出らんように(布団を畳む動作の合間に)窓を閉めたりとか、そういうのしてたら、もういっぱいいっぱいやね。それでもう、苦しくなって一服するとかね。」

◆B氏は活動の途中の休憩している時の様子について次のように語った。

「焦るんじゃなくて身体がもうそういうふうに要求しているんじゃないかな。酸欠になっているから、早う酸素くれって感じの動作じゃないかと思うんやけどね。フウフウフウフウいうだけで。ほんで一時してそういう細かい呼吸して、落ち着いたらできるけど。それこそあつがあつしている、金魚があつがあつしているような感じやね。慣れたら、落ち着いたらできるんやろうけど。こういう深い呼吸できん。」

4) 早うしよう

酸欠状態になり休憩していたB氏が再び動き出すタイミングは、「呼吸がゆっくりになればという感じ」「呼吸が楽になるまでというだけ」であった。B氏は、十分に呼吸困難が治まり次の活動に向けて身体が整うまで休憩をとるというよりは、続きの活動を少しでも早うしよう、早う済まそうという気持ちがあると語った。B氏にとって休憩とは、身体が低酸素血症を呈したためにこれ以上動くことができないから、それまで行っていた活動を一時停止して、あくまで「呼吸が落ち着けば」というくらいの間であった。その間でB氏は、身体が低酸素の状態から解放され、楽に次の活動を再開することができるまで休憩していたわけではなく、あつがあつしていた呼吸がようやく治まるくらいの間しか休憩していなかった。B氏の気持ちは、休憩することよりも、むしろ早く続きの活動を再開しその活動を終わらせることに向いていた。そのため再び活動し始めても直ぐに酸欠状態になり、活動の途中で何度も休憩をとることになっていた。

◆B氏は入浴中の休憩のとり方について次のように語った。

「楽になればええんやけど、それを何ていうか、なるまでというだけのことやろうな。そんな計算

じゃなくて。ただもうゆっくりなればという感じ。少しでも早うしよう気があるわな、確かに。」

◆B氏は自宅から離れている駐車場に向かう時の様子を次のように語った。

「(駐車場は)家から50mくらい歩行して突き当たって、また(約30m)上あがって、また同じように曲がって行くからね。ちょうどコの字になっているから。そうやなあ、4分くらいのとこかな、家から。そこへ行くのにやっぱり3べんくらい休んで行くからね。平坦で、上って、また平坦やからね。何歩か歩いて、あ〜もうこれはあかんわと思って、そこで我慢するでしょう。うんで一応落ち着けて、また歩くけど、またしんどいからね。」

3. B氏の呼吸リハビリテーション内容

呼吸リハビリテーションは、講義、理学療法、作業療法から構成されていた。

講義は3回行われ、その内容は『肺の働きと病気について』『呼吸法について』『上手な生活の仕方について』であった。理学療法では、気道内圧を上昇させて気道閉塞を防止し、一回換気量を増やし呼吸数と分時換気量を減少させることを目的とした口すぼめ呼吸法(田平, 千住, 1999)や、全身の筋肉を弛緩させて呼吸補助筋の活動を抑制し、不必要な酸素消費を減少させるためのリラクゼーション(田平, 千住, 1999)、呼吸と動作を調整する仕方や全身持久力を高めるための平地歩行練習や自転車エルゴメータが行われた。また、家庭生活において、階段昇降の必要がある(1階に居間やトイレがあり2階には寝室がある)ことから、階段昇降の練習も行われた。作業療法では、洗面動作と入浴動作についての指導が行われた。B氏は、長い距離を歩けるようになりたいという希望を持って、呼吸リハビリテーションに臨んでいた。

1) 口すぼめ呼吸法

口すぼめ呼吸法を行う前にリラクゼーションを行った。B氏は、一度肩をすくめるようにして力を入れてからスッと力を抜いて身体の緊張を解いた。B氏はリラクゼーションを行った感想を「(身体に)力が入っている感じだね。やっぱり身体が硬直するんやろうな、吸うときに。」と、吸気時に身体に力が入っていることを感じていた。口すぼめ呼吸法については「ただ

フーッと。もう最後、腹がグッと(力)入るけどね。キュッと絞るような感じの。」と話し、呼気の最後には腹部に力が入ってしまうと話した。この呼吸法は臥位と座位の姿勢で行われた。口すぼめ呼吸法の練習を積み重ねるにしたがい、B氏はお腹の力を抜いて息を吐き出せるようになっていった。しかしながら、動いて息苦しくなった時にはどうしてもお腹に力が入ってしまい、どのようにしてお腹の力を抜くのかわからなくなり、力を抜くことができないと話した。B氏は動くときに、普通に口すぼめ呼吸を3回行い、その後1回長く息を吐くという呼吸法を行っていた。B氏は、この呼吸の仕方について「案外自分に合っているみたい」と話し、「3回に1回の割合で長く息を吐く」と規格にあったように行うのではなく、そういう波を自分なりに作って呼吸をしていると話した。この呼吸法を食後の息切れがあるときや、入浴中の息苦しいときに実践すると、「あっぶあっぶするのが少ない」「呼吸を整える時間が早くなった」とような効果を感じていた。

2) 呼吸と動作の調整の仕方

B氏は仰向けになって膝を立て、その姿勢のまま呼吸時に5秒程かけて膝を倒し、吸気時に2.3秒かけて膝を元の位置に戻すという動作を繰り返し行った。この動作は呼吸に合わせて動作を行い始めることがポイントで、このポイントをおさえて歩行、階段昇降、入浴や洗面などの日常生活動作に応用していった。B氏は、練習の合間に膝を伸ばし腹部に手を当て自分の呼吸を確認しながら、呼吸に合わせて膝を倒す練習について「自分のペースじゃないとダメね。難しいことはないが、歩くことに応用できるのか。」と話した。いつも歩くと「フウフウ」と息があがり、息苦しくなってしまうB氏は、呼吸と動作を合わせられるかは、これからの鍛錬次第と考えていた。

呼吸リハビリテーション2週目からは、階段昇降(2週目は10段、4週目から24段)の練習が加えられた。階段を上るときには、階段の前で一度立ち止まって呼吸を整え、次に口すぼめ呼吸の呼気に合わせて上り始めた。B氏は「出発は息を吸い込んで吐きながら歩く」と、呼吸に合わせて動き始めることを意識しながら動いていると話した。階段には途中踊り場があるが、B氏は2階までの24段を踊り場で休むことなく一気に上った。B氏は「いっぺん休めばいいものをスッといくやろう。あれがずっとやってん。理屈は分かっ

てんねん。それができんのよね。」と、階段途中の踊り場で休憩をとると息苦しさが和らぐと思いつつも、いつものように休憩をはさまずに階段を上りきる、という動き方を変えることができないと語った。

3) 平地歩行練習

歩行練習では、「30mを歩くのに46~47秒かけて歩くくらいの速さで、歩く時には口すぼめ呼吸法で普通に呼吸し、3回に1回長くしっかり吐くように。」と指導されていた。歩く速さは毎回時間を測定し、さらにその都度酸素飽和度や脈拍、呼吸困難感などと合わせながら評価した。30mを約37秒かけて歩く速さで120m歩くと、酸素飽和度は89%に落ちたが、30mを約45秒かけて歩く速さで120m歩くと、酸素飽和度は92%を保っていた。歩く速度に加えて、B氏は理学療法士から「息切れを感じたら休むように。」と助言されていた。平地歩行中(30m/約45秒の速度で120m歩く)のB氏の呼吸困難の程度は、非常に弱い~やや弱いくらいであった。平地歩行練習についてB氏は「ちょっとスロー。それよりゆっくり歩いた時はふらついた(55秒/30mの速度)。バランスが取りにくい。やっぱりペースというのはあるんやろうね。」と、呼吸リハビリ

テーションでは歩く速度を意識して歩いていると語った。この歩行速度が遅いと歩くバランスが悪くなり、速いと直ぐに酸素飽和度が80%台に落ちてしまうため、30mを約46秒かけて歩くペースを覚えるように平地歩行練習を行った。歩行速度の違いで酸素飽和度が異なることについてB氏は、「歩くタイミングと呼吸のタイミングが少しずつ狂っていくんでしょね。ギクシャクなる。」と数秒の歩行速度の差が呼吸に与える影響について話した。また歩行中は口すぼめ呼吸で3回に1回大きな息を吐く、お腹に力を入れずに息を吐くことを意識して行っていた。B氏は「僕の場合、呼吸が長いからね。そういう波を作って。とにかく距離歩けるようになったらいいんだもんね。」と、歩行のペースに加えて呼吸も意識して行っていた。口すぼめ呼吸3回に1回長く息を吐くという呼吸の仕方は、歩行のペースと合わなくなる時もあった。そのような時には、口すぼめ呼吸2回に1回の割合で長く息を吐くというように変則的に呼吸をし、B氏なりに調整していた。呼吸リハビリテーション開始時の6分間歩行検査の結果を表2に、呼吸リハビリテーション開始後3週目の6分間歩行検査の結果を表3に示す。

表2. 6分間歩行検査 (呼吸リハビリテーション1週目: 初期評価)

	SpO ₂ (%)	P(回/分)	B-S	下肢疲労	R(回/分)
開始	97	108	0	0	15
終了	90	108	3	0	20
SpO ₂ 最低値	<90(歩行中)180s>				
回復	97	108	0	平均ラップ	40.30秒/30m
所要時間	140秒	20秒	240秒	※180秒 134m 息苦しさのため中止	

※SpO₂: 酸素飽和度, P: 脈拍, B-S: ボルグスケール, R: 呼吸数

《理学療法士のコメント》

息苦しさのため中止となる。臥位から立位につれて胸式優位の呼吸様式になる。呼吸数は安静時から遅く、歩行時も呼吸数が増やせない努力呼吸であった。これらをふまえて口すぼめ呼吸、腹式呼吸を指導していく。家庭生活では階段昇降の必要あり、練習を予定する。

表3. 6分間歩行検査 (呼吸リハビリテーション3週目: 最終評価)

	SpO ₂ (%)	P(回/分)	B-S	下肢疲労	R(回/分)
開始	99	94	0	0	-
終了	91	100	2	0	-
SpO ₂ 最低値	<90(歩行中)20s>				
回復	99	95	0	平均ラップ	36.67秒/30m
所要時間	140秒	140秒	120秒	※180秒 220m 息苦しさのため中止	

※SpO₂: 酸素飽和度, P: 脈拍, B-S: ボルグスケール, R: 呼吸数

《理学療法士のコメント》

初期評価より速いスピードで歩いたが歩行時間はのびた。SpO₂の低下の程度も改善し、呼吸困難感も改善した。安静時、呼吸回数は遅くなりすぎ、坐位・立位でSpO₂が低下している。そのためリズムを早くするように調整し、呼吸法は口すぼめで3回に1回程度しっかり吐くように指導した。

4) 自転車エルゴメータ

呼吸リハビリテーション開始後3週目から自転車エルゴメータが導入された。自転車エルゴメータは10 watt 3分から始めた。B氏の運動制限の条件は酸素飽和度が92%以上、心拍数110回/分以下を保つというもので、その制限を守る負荷量(10 wattで7~10分間漕ぐ)で訓練が始められた。呼吸リハビリテーション4週目に、一度20 wattの負荷をかけたことがあったが、約5分半で酸素飽和度が98%から91%に低下し、呼吸困難感が出た。15 wattの負荷では、10分間漕ぎ続けることができたが、心拍数が105回/分から118回/分に上昇したため、結局最初の設定通り10 wattの負荷のまま時間を延ばして行った。自転車エルゴメータでは、漕いでいる最中何回かに1回は深く息を吐くように指導された。自転車エルゴメータ20 wattの負荷を行った時のことについてB氏は、「余裕はない。呼吸と何とか合わせようとするでしょう、整えようとするでしょう。」「漕ぎながらスピードをキチンと合わさないといかんというのと、呼吸困難になってくるから呼吸を合わさなあかんというがあるやろう。そやから段々ずれてくるのよ。苦しくなったらバランスが悪くなってくる。」といい、負荷が多いと呼吸と漕ぐ動きを合わせる余裕がないと話した。またB氏は、自転車エルゴメータを漕いでいる時に、お腹に力が入ってない時は酸素飽和度が上がるが、お腹に力が入るとお腹の中まで空気が入ってこないと感じていた。B氏は自転車エルゴメータを漕ぎながら、お腹に力を入れずに呼吸できるのはどのような状態なのかを模索していた。

5) 入浴動作の指導

入院時から呼吸リハビリテーション開始後3週目までは、入浴介助を行う看護師によって入浴動作の指導が行われた。看護師が主にB氏に対して指導していたことは、呼吸を整える時には息を吐くこと、動作はゆっくりと行うこと、更衣はできるだけ椅子に腰掛けて行うことであった。

作業療法士による入浴動作の指導は、呼吸リハビリテーション開始後4週目に行われた。作業療法士はB氏に普段通りに入浴するよう説明し、B氏の動作について確認した。さらに、身体を洗った後、洗髪後、更衣後など、まとまった動作の後に酸素飽和度、心拍数、呼吸困難感を測定した。B氏は作業療法士に観察

されていることを意識し、普段とは違う動作を行った。その動作とは、洗顔時にはいつも外す鼻腔カニューラを外さなかったこと、椅子に腰掛けて下着を履いたことである。B氏は、作業療法士による観察と指導が入ったためにこのような動作を行ったが、今後このような動作をするつもりはないと話した。B氏は「邪魔くさくてできるか。俺のこの体力やったらやらんだろう、立ったままサッサッと履くと思うよ。」と話した。作業療法士がB氏に指導したことは、一つには動作が速いこと、特に、シャワーで石鹸を洗い流す動きが速くなっていること。二つ目に、シャワーの勢いは弱めて近くから当てること。三つ目に、顔にお湯がかからないように洗髪時にはシャンプーハットを使用することであった。B氏は、身体や髪を洗う時には意識してゆっくりと行ったが、シャワーをかけて石鹸を洗い流すときの動作は早く、「(洗い流し終わるまで意識してゆっくり動作することについては)手を抜いている」と話した。また、シャワーをかけること自体が呼吸に影響すると知り驚いていた。呼吸リハビリテーションを始めてからB氏は、動作による酸素消費量を抑えるために、片手で髪を洗う、撫でるように力を抜いて身体を洗う、のように入浴時の動き方を変えていた。B氏は、「苦しいと続けられんもん。パーツ毎でフウフウゆうやろう、力入れたら。もうアホらしいもん、一緒やもん。」と、力を抜き動作を省くことで息苦しくならぬようにしていた。

作業療法士から、入浴中に脈拍数が上昇していることを指摘されたが、B氏には動悸などの自覚症状はなかった。B氏は酸素飽和度が90%以上かどうかについては気にしているが、脈拍数の上昇については特別に気にも留めていなかった。入浴時の酸素飽和度、脈拍数を表4に示す。

4. 呼吸リハビリテーションを行っているB氏が体験している困難さ

B氏は、呼吸リハビリテーションで習った技術の中で「呼吸が楽になる」「長いこと動ける」のように効果を感じたものについては日常生活に活用しようとしていた。しかしながら、B氏が、効果がある技術だと認めていても、それらを日常生活に活用していくのは容易なことではなかった。B氏は「忘れていた、意識していない」「苦しくなるとそれどころではなくなる」「言われて気付く、落ち着くと気付く」のように、呼吸リ

表4. 入浴時の酸素飽和度, 脈拍, 呼吸数

	呼吸リハ前			呼吸リハ1週目			呼吸リハ2週目		
	SpO ₂	P	R	SpO ₂	P	R	SpO ₂	P	R
入浴前	96	102	-	-	-	-	93	103	-
洗体後	89	104	-	91	88	20	-	-	-
洗髪後	92	99	-	88	133	24	92	118	20
更衣中	91	104	-	89	133	30	95	134	15
更衣後	91	98	-	90	126	24	94	130	18
備考	動作が速く, 両手を挙上する。速い動作で洗い終えてから休憩している。						看護師が下肢の洗いと洗髪, 更衣の一部を介助する。		

	呼吸リハ3週目			呼吸リハ4週目前半			呼吸リハ4週目後半		
	SpO ₂	P	R	SpO ₂	P	R	SpO ₂	P	R
入浴前	-	-	-	-	-	-	96	115	-
洗体後	91	120	30	89	124	24	96	123	24
洗髪後	93	126	18	91	120	-	92	136	-
更衣中	91	127	24	88	134	-	94	132	-
更衣後	93	133	18	94	130	-	92	118	18
備考	洗髪→洗体→洗髪の順番で行う			背中を洗うのは看護師が介助する			作業療法士による指導が入る		

※SpO₂: 酸素飽和度(%), P: 脈拍(回/分), R: 呼吸数(回/分)

ハビリテーションで習った技術を, B氏の馴染んだ対処の仕方では活用できない困難さを体験していた。B氏は「60年間生きてきた身体だもん」「何でもかんでもマスターしたらゆうことないけどね, 無理やと思うよ」「若いときからの癖がついている」のように, 呼吸リハビリテーションで習った技術を活用することができない困難さを語った。

B氏が呼吸リハビリテーションで習った技術を日常生活に活用できないことで体験している困難さには, 1) 身体力を抜いて息が吐けない, 2) 意識していても, 何か動作するときにフツと息を止めてしまう, 3) 自分の身体に合った動作の速さが保てない, 4) 動作途中で休憩を入れるタイミングが切り替えられない, 5) 息苦しさが治まるまで素直に休めない, 6) 自分が理解している病気の状態に合わない省エネ動作を受け入れることができない, 7) わずかな動作の負荷によっても呼吸と動きの調整がずれてしまう, があった。以下それぞれについて述べる。

1) 身体力を抜いて息が吐けない

口すぼめ呼吸法の練習を始めた当初, B氏は息を吐き出し切らないうちに次の息を吸ってしまうため, 息を絞らだして吐き出そうとお腹に力を入れていた。練習を重ね, 安静時には口をすぼめて長く息が吐き出せるようになっていった。この口すぼめ呼吸法を習い始

めた頃, B氏は普段の生活場面で口すぼめ呼吸法を活用することはなく, ほとんど呼吸リハビリテーションの場で行っているだけだった。入浴動作などで息苦しくなったときや, 動作することでいっぱいになって余裕がないときなどは, 口すぼめ呼吸法ではなく, B氏の馴染んだ対処「新しい空気を吸い取ろうとあっぷあっぷする」呼吸の仕方, 胸鎖乳突筋を緊張させ, 肩に力を入れて息を吸うことに専念していた。息を吐くときには「フッフー」と2回に分け, お腹に力を入れて息を吐き出していた。B氏は, 息苦しさが落ち着くと, 口すぼめ呼吸法のほうが早く息苦しさが改善されることに気付くが, 苦しい最中は口すぼめ呼吸法は念頭にないと語っていた。口すぼめ呼吸法の練習を始めて3週目になると, 息苦しくなったときに, わざと深く息を吐き出すようになった。「息を吐かなければ吸うことができないから」と, B氏は意識的に口すぼめ呼吸法を生活の場に活用し始め出した。しかしながら, 呼気時には腹部の緊張がみられ, かつ吸気時にも胸鎖乳突筋や肋間筋などの緊張もみられた。B氏は, 少しでも呼吸しやすい姿勢をとろうと前屈みになってみるものの, 「どうしてもお腹や肩に力が入る」といい, どうしたらその力が抜けるのかわからないと語った。お腹に力が入ると空気の出入りが阻まれてしまい, 結果, B氏は息を吸おう吸おうとしてしまい, 深く息を吐き出せなくなってしまっていた。

ここで生じていた困難さは、息苦しくなったときに呼吸を整えるため、呼吸リハビリテーションで習った口すぼめ呼吸法を活用し、深く息を吐き出そうとするにもかかわらず、身体の力が抜けないために、腹筋や肋間筋、呼吸補助筋などを緊張させ必死に息を吸おうとしてしまい、息が吐き出せないというものであった。

◆呼吸リハビリテーション開始1週目:「吸うことに専念してる」

入浴中のB氏の呼吸の仕方は、呼吸回数は20~24回/分で、胸鎖乳突筋を緊張させて息を吸い、腹部を2度大きくへこませながら「フツ、フー」と息を吐くというものであった。動作の合間に休憩をはさむときには、上体をまっすぐに起こして呼吸をしていた。この呼吸の仕方についてB氏は、「(息苦しいために)吸うことに専念してしもうて、忘れてるな、(口)すぼめていうのは。」「腹もぺっこん、ぺっこんなるしな。」のように、溺れたような呼吸の仕方であり、口すぼめ呼吸のことは忘れてしていると語った。2週目になっても口すぼめ呼吸法は生活場面で活用されることなく、日常生活では忘れられていた。入浴中の呼吸の仕方が先週と変わらないことを話すと、B氏は「口ですーっと大きく吸ったほうが吸えるという本能的なもんがあるんじゃないかな。」「苦しかったら口で息したりするから、もうつついっそういう癖になってんやろう」と語った。

◆呼吸リハビリテーション開始3週目:「口すぼめ呼吸を意識してわざと行ってみる」

入浴中、洗髪をしているときに、B氏は口すぼめ呼吸を行っていた。呼気:吸気の割合は3:2くらいであった。呼吸筋及び呼吸補助筋の緊張は入浴・更衣中を通して観察された。入浴中に口すぼめ呼吸を行ったことについて、B氏は「酸素を吸いこまなあかんからな、わざとやったんよ。そしたらね、少しでも早く回復するみたいだね。」「それを意識的にやったらね、あっぶあっぶするのが少ないな。」と話した。さらに呼気時には上体を屈めるようにし、腹筋を使わずに息を吐き出せるように工夫をしていた。しかしながら入浴中を通して呼吸筋の緊張はみられ、身体に力が入っている様子が観察された。

◆呼吸リハビリテーション開始4週目:「力の抜き方がわからなくなる」

入浴中、息苦しいときには身体に力が入っている様子が観察された。口をすぼめて息を呼出しているが、腹筋や胸鎖乳突筋などの緊張は入浴・更衣中ずっと観察された。それについてB氏は「(力が)入ってる。」「お腹に力を入れるときは、どうしてもこう吸おう吸おうとして入るんやろうね、やっばり。入れないでとゆうても、入るんやからしょうがないやんというときもあるんやで。もう、わからんようになるときもあるもん。」のように、息苦しいと身体に力が入ること、そうなること力の抜き方がわからなくなること、そういうときは息を吐くよりも息を吸おうという呼吸の仕方になることを語った。

2) 意識していても、何か動作するときにフツと息を止めてしまう

腹筋を使って起き上がるなどの力を使う動作、ペダルの輪に足を入れるなどの一点に集中する動作、髪を洗うなどの両上肢を挙上する動作、靴下やズボンを履くために前屈みになり腹部を圧迫する動作など、これらの生活動作を行うときに、B氏はいつもフツと息を止めていた。息止めは呼吸困難を招くため、呼吸リハビリテーションや生活場面において、理学療法士や作業療法士、看護師から、身体のを抜いて息を吐きながら動作するように、さらに呼吸に合わせて動作するように指導されていた。しかしながらB氏は、先のような動作が含まれる生活動作を行っているときには、必ず息止めをして動いている姿が観察された。B氏は、力仕事をするときにはいつも息を止めて動作していたし、何か動作しているとフツと息が止まっている、息止めしないと言われても急には変えられない、と語った。呼吸リハビリテーション開始後3週目になっても、フツと息を止めて動作することには変わりがなかったが、B氏は無駄な酸素消費を抑えるために息の使い方を変えようとしていた。B氏は、息を吐きながら動くことや、呼吸に合わせて動くことを意識していたが、動いているうちにそれらのことを忘れてしまい、いつものように息を止めて動作していた。呼吸リハビリテーションが開始され4週間が経ち、リハビリテーションが終了という時期になっても、B氏に対して「息を止めないで」という指導がされていた。B氏は、自分が頻繁に息を止めてしまう動作や生活場面

をおおよそ把握しており、指導されることも理解しているが、若い頃からの癖で何か動作していると息を止めてしまう、息を吐きながらでは動作できないし、構えられない、と語った。

ここで生じていた困難さは、動作するときには息止めをしてしまう、というこれまでの息の使い方は呼吸困難を招くため、息の使い方を変えようとしていたが、何か動作するときには息を吐きながらでは動作への構えがとれないため、どうしても動作するときには息を止めてしまうというものであった。

◆呼吸リハビリテーション開始後2週目:「どうしても息を止めてしまう」

両手を上げて髪を洗ったりすすいだりするときや、衣服の着脱時などの動作時に、息を止めて動作しているB氏の姿が度々観察され、看護師は「息を止めない」で息を吐きながら動作するように指導していた。しかしながら、B氏は、動作するときにはどうしても息を止めてしまっていた。長距離運転手の仕事をしていた頃、B氏は2トン近い積荷を降ろす作業をするときに、梃子の原理を利用し、息を止めて作業していた。特に力を入れる瞬間は息を止めなければ、絶対に荷を動かせなかった。B氏は「息を吐きながらというのは難しいな、何にしても。そうよ、息止めてるな。吐きながらは、何か持ち上がらない感じ。構えるのかも知れんね。」と、仕事や日常生活に伴う動作をするときには、息を止めることでその動作に構えていたのかも知れないと語った。積荷を降ろす作業など、これから動作をしようとするときに息を止めることは、B氏にとって日常的な息の使い方であったと思われる。この息の使い方についてB氏は「しゃあないわな。急には絶対変えられんもん。努力しようとするけど、飛んでしまって。風呂なんか入っていたら特にね。そやからそれを思いながらゆっくり入れればいいんだけど、もう擦るのに神経いってしまって、もうそれが疎かになって、忘れてしまってるわな。」と、指導を受けたことを実行してみようと努力はしているが、動いているうちに身体力を抜き、息を吐きながら動作することを忘れてしまい、どうしても息を止めてしまう、と語った。

◆呼吸リハビリテーション開始後3週目:「意識して

もやっぱり息が止まっている」

B氏は、衣服や下着の着脱や下肢を洗うためにうつむいたり前屈みになったりするときに息を止めて行っていたため、看護師から、息を吐きながらうつむいたり前屈みになるように指導されていた。B氏は、うつむいたり前屈みになるときに、フーッと息を吐きながら動作するのは難しく、意識していても息を止めて行っていて、看護師から注意されて息を止めていることに気付くという。なかなか息を吐きながら動作することができないことについて、B氏は「まだ眼中に入っていないよな。そういう風と言われて、ポツと思い出して、そうやったって。」「無駄に酸素を出すまいっていう努力をせなあかんの、息止めてみたり、急な動き方したり、そういうの、まだマスターできてないみたいね。」と話した。B氏は、息の仕方を変えていこうと意識しているにもかかわらず、看護師から指摘されて自分の息の使い方にその都度気付いている有り様で、息を吐きながら動作することの難しさを語った。

◆呼吸リハビリテーション開始後4週目:「若い時の癖で息を吐きながら構えられない」

B氏は、臥床した状態から起き上がるときにはいつも腹筋を使っていたが、そのときにはいつも息をブツと止めて起き上がっていた。作業療法士からは、腹筋を使った起き方をやめて、息を吐きながら起き上がった横になったりする方法を指導されていた。確かに、腹筋を使うと息をブツと止めているし、後でフウフウフウフウと息苦しくなって難儀するという。息を止めるのはよくないことだと分かっていると話しながらも、B氏は「スツともう何べんも起きられるもん。普通のタフな人間よりも早いよ、起きるの。ここ（腹筋）を使うから。ほんと起きるから。」「これ（腹筋）が強いからあかんねんな、逆に。」と、腹筋を使って容易に起き上がるために、腹筋を使ってしまう現状を語った。そして、腹筋を使って起きるのは若い頃からの癖であり、腹筋を使わない起き上がり方がまだインプットされていないと語った。起き上がり以外での生活場面で、B氏が自覚している息を止めてしまう主な生活動作は、排便時、重い荷物を持つとき、エルゴのペダルの輪に足を入れるとき、両上肢を挙上して髪を洗うとき、靴を履くとき、下着や衣服の着脱で前屈みに

なるとき、下肢を洗うためにうつむくとき、洗顔時などであった。B氏は、重い荷物を持つなど身体に力を入れるときや、足をペダルの輪に入れるのように集中するときには、その動作をするために息を止めているみたい、それはその動作に構えるからだと言った。B氏は、これから行う動作に構えるためには、息を止めないと構えられない、息を吐きながらではできないわけがない、と何にしても動作するときには息を止めて構えなければ動作できないことを語った。

3) 自分の身体に合った動作の速さが保てない

入院当初、病棟で見かけるB氏の歩いている姿は、真っ直ぐ前を向いて胸を張り、歩幅が大きめで、サツサツと歩いている姿であった。B氏は、急いで歩いている自覚はなく、自然に足が速くなっているだけで、あのくらいの速さで歩くのは性分だと話した。平地歩行練習を行うようになり、B氏は30mを46秒かけて歩く速度が今の病気に合った速さと考えようになったが、この速さはちょっとスローと感じていた。呼吸リハビリテーションが2週目に入り、平地歩行練習を継続して行っていたB氏は、ゆっくり歩くコツを覚えてきたと話した。しかしながら、この時期病棟で見かけるB氏の歩いている姿は、入院当初に比べてやや速度が落ちたものの、平地歩行練習と比較すると速いものであった。看護師からも「ちょっと歩くのが速い」と指摘を受けていた。歩き始めはゆっくり歩いているB氏であったが、歩いているうちに段々と速くなり、その結果息苦しくなって、指導されたことを意識して行う余裕を失っていた。B氏は「苦しくなると飛んでしまう」といい、今は習ったことを持続して行えるように勉強していると語った。歩行以外で動きが速い生活動作として、食事動作が観察された。B氏は、まだ口の中に食べ物があり咀嚼しているにもかかわらず、次々に食べ物を口の中に詰め込むかのように箸を動かしていた。そのため呼吸が乱れて、慌てていた。ところが、呼吸リハビリテーションが3週目を過ぎる頃になると、食事にかかる時間は15分前後と、以前と変わりなかったが、一口食べ物を口に運ぶ毎に手を膝に置くようになり、一口ずつゆっくりと咀嚼している様子が観察されるようになった。また、歩行場面においてB氏は、速く歩くと後でばてるから、病棟でトイレに行くときなどゆっくりと歩くように心がけるように

なった。B氏は、自分の身体に合わせて歩くように意識している、と話した。しかしながら、自分の身体に合った速度を最後まで保ちながら歩くことはできず、歩き始めは平地歩行練習で行っている速度を守りながらゆっくりと歩くものの、歩いているうちに段々と速度が増してしまう歩き方は以前と同様であった。歩行速度が増すと息苦しくなり、そうすると速度を保ってゆっくり歩くということを忘れてしまう、そのことはまだ頭に叩き込まれていないと話した。

ここで生じていた困難さは、速く動くとはてしてしまうため、自分の身体に合わせてゆっくり動くことを意識して動き始めるものの、動いているうちに段々と動きが速くなってしまい、自分の身体に合った動きの速度を保ちながら動くことができないというものであった。

◆呼吸リハビリテーション開始後1週目:「自然に足が早くなっていく」

病棟で歩いているB氏は、特にトイレまで歩く、のように短い距離を歩く場合、歩幅が大きくサツサツと速く歩いていた。そのことをB氏に伝えると、「急いで行ってるのかな。」「もう性分なんや。自然に足が早くなっていくから、意識的じゃなくて。今までの健康体で歩いてるみたいな感じ。」のように、自分自身では速く歩いている意識はなく、いつもと同じように歩いていると話した。また、歩行だけではなく、シャワーを浴びる動作も速いと指摘されていた。B氏は、自分では動作の速さは普通と思っているが、確かに動くとき息があがってしまうから、動きは速いのかも知れないと言った。そして、B氏の自覚している動きの速さは、健康であったときと同じままであると言った。

◆呼吸リハビリテーション開始後2週目:「早う済ませようという意識が働く」

B氏は、平地歩行練習で30mを46秒かけて歩く速度で、酸素飽和度を90%以上保ちながら120mを歩くことができたことから、そのくらいの速度が病気に合っていると考えていた。自覚としてはその速度はちょっとスローだと感じていたが、足元がふらつきバランスがとりにくい速度ではなかった。B氏は、ゆっくり歩くコツも覚えてきたし、病棟でも意識してゆっくり歩こうと思っていた。ところが、

看護師からは「バッバ、バッバ」「Bさん、ちょっと急ぎすぎやで。」と注意されていた。それについてB氏は、「とにかく早うしてというのが頭にあるんじゃないかな。」と、早く楽になろう、早く元の所に行こう、早く済ませてしまおうという意識が働き、自然に動きが速くなると語った。そして、動きの速度をズーツと保ち続けられれば自分のペースになるだろうけど、今はまだ「病人じゃない歩き方」と指摘されるし、これまでの癖がついてしまうと語った。

また、食事をしているB氏は、口の中に食べ物が有り咀嚼している最中にもかかわらず、次々に食べ物を口に運んでいた。B氏は、速く食べようとする、息がフウフウフウフとあがり、呼吸が乱れ、慌ててしまうし、食事が詰まると語った。そして「とっとと早くやろう。あんなときはあかん。」「落ち着いてゆっくり食べればいいものを、まだ一生懸命咀嚼しているのにさあ、もう次を入れようとするだろう。」のように、食事は落ち着いて食べなければならぬと思っていることを話した。

◆呼吸リハビリテーション開始後3週目:「自分の身体に合った動作の速さが保てない」

この時期のB氏の食事の様子を観察すると、食事にかかる時間は15分前後と以前と変わらないものの、食べ物を口に運ぶ毎に箸を持つ手を膝の上に置いて咀嚼している姿が見られるようになった。B氏は咀嚼しながらテレビを見、嚥下し終わると次の食べ物を口に運んでいた。B氏は食べ物を詰め込んで食道が詰まると苦しいから、食べ物が詰まらないように注意し、落ち着いて食べていると話した。しかしながら、時々食器から直接食べ物をかき込み、口いっぱい頬張って咀嚼している姿も、以前と同じように観察された。

またB氏は、ゆっくり歩かないと途中で息苦しくなり「くたばる」と話し、最近では自分の身体に合わせてゆっくり歩くように意識していると話した。実際にB氏は、トイレまでの短い距離の歩行であっても「ああそうだ、ゆっくり歩かねば」と意識し、歩き始めはゆっくり動いている姿が観察されるようになった。しかしながら、そのゆっくり歩く速度を目的地まで保つことはできなかった。B氏は、動く速度を保つことが最後まで持続できたらいいが、まだ

それが頭に叩き込まれていない、分かっているつもりでいない感じと話した。B氏は、速度を段々と増して歩くと息苦しくなり、苦しくなると速度をゆっくりに保って歩くことを忘れてしまい、自分の身体を健康体みたいに思ってしまうと語った。そして、その辺をもうちょっとやれるように努力する必要があると話した。

4) 動作途中で休憩を入れるタイミングが切り替えられない

呼吸リハビリテーションが始まった当初、歩行など動くときにB氏が意識していたことは、呼吸リハビリテーションで習った呼吸法や動作の速度ではなく、「動けるところまで動いてから休憩する」ことであった。B氏は、動作中に息切れを感じても、その時点で休憩をせずに、息苦しくなって発作が起きる寸前の動けるギリギリのところまで動いてから休憩していた。その発作が起きる寸前には、喉が鳴り、胸や背中痛みを感じていた。B氏は、息切れを感じると早く動作を済ませてしまおうとして焦るという。そのため息切れを感じた動作の途中の時点ではなく、動けるギリギリの、動作のちょうどどの区切りまで目一杯動いてから休憩をしていた。B氏は、息苦しくても無理を押し通し、動ける目一杯まで動いてしまうと話した。呼吸リハビリテーションでは、理学療法士から息切れを感じた時点で休憩するように指導されていた。B氏は、指導されたことは分かるし、動いて息切れを感じると、もう休んでいいかなという気持ちにもなるという。しかしながら、早く動作を済ませてしまおうという気持ちが先立ち、動けるギリギリまで動いてしまっていた。息切れを感じた時点から、目一杯動いた動作のちょうどどの区切りが休憩のタイミングという考えがB氏にはあり、息切れを感じた時点で休憩するというタイミングに切り替えることができないと話した。呼吸リハビリテーション開始後4週が経過したある日、B氏が動作の途中の息切れを感じた時点で休憩を入れていたことが1度あった。B氏は、動作し終わった後に身体に負担がくるのを軽減するため、敢えて動作途中の息切れを感じた時点で動作を早めに引いて休憩を入れた、と話した。そのほうが入浴動作を楽に行えたし、身体にかかる負担も大分違うと感じたことをB氏は語った。しかしながら、この動作を少し早めに引くという休憩のタイミングを切り替えたのは、参加観察を行った中

ではこのときだけであり、このとき以外の生活動作では、これまでと同じタイミングで休憩を入れていた。B氏は、切り替えるタイミングは分かっているが、60年生きてきて身体に身についたものを、理屈にあった休憩のタイミングへと容易に切り替えることはできない、病気がもう少し深刻になって、自分がもう少し苦しくなったら慎重に考えると語った。

ここで生じていた難しさは、目一杯動くした後で身体に負担がくるから、動作の途中であっても息切れを感じた時点で休憩を入れようと動作を早めに引いてみたこともあったが、その休憩を入れるタイミングを容易には切り替えることができず、息苦しくても無理を押し通して、動けるギリギリの、動作のちょうど区切りまで目一杯動いてから休憩を入れてしまうというものであった。

◆呼吸リハビリテーション開始後2週目:「歩けるところまで行ってから休憩する」

病棟で歩いたり、何か動作している時にB氏が意識していることは、呼吸リハビリテーションで習っている呼吸法や動きの速さのことではなく、「とにかく歩けるとこまで行って休憩する、もうそれしかないわな。(行ける所まで)行って、また休憩して、また歩く。」ということであった。B氏は、とにかく歩けるとこまで歩いて、動けるギリギリのところまで動いて、息苦しさのために発作が起きる寸前で休憩をしていた。息苦しいときには「ウィーゆうとるからね、喉、鳴ってるもん。」「胸が痛いときある。」「背中が痛くなったりね。」という自覚症状があった。B氏が動けるギリギリのところとは、息切れを感じるという程度の自覚症状のときではなく、先に示したような自覚症状が現れたときであり、発作が起きる寸前であった。

◆呼吸リハビリテーション開始後3週目:「途中で苦しくなっても止められない」

B氏は、動作をしていて息がちょっと早くなったり息切れを感じると、早うしよう早う済まそうと思ひ、気持ちが焦ってしまうという。そして、目一杯まで動いて動作に区切りをつけてから休憩しようという考えがあるために、無理を押し通してまで動いてしまうと話した。呼吸リハビリテーションでは、理学療法士から息切れを感じた時点で休憩するよう

に指導されていた。しかしながらB氏は、例えば病院内を歩いているときに息切れを感じても、「もうエレベーター乗るところで休憩できるわ、いう頭があるわけよ。」のように、動作のちょうど区切りで休憩しようという考えが先にあるため、息切れを感じ始めた時点で歩くことを中止することができなかった。B氏は、休憩を入れるタイミングの「切り替えができない」と話した。B氏自身、息切れを感じた時点で休憩を入れる必要はわかっているし、もう休んでもいいかなという気持ちもあるが、なかなかそれを理解して休憩するタイミングを切り替えられないと話した。

◆呼吸リハビリテーション開始後4週目:「動作を少し早めに引く」

呼吸リハビリテーション開始後4週が経過した頃、入浴中のB氏の動き方にいつもと違う点が観察された。それは、身体を洗っている最中に、いつもならば例え息苦しくても、あるパーツを洗い終えるまで休憩を入れないB氏が、洗っている動作の途中で、息苦しくなる前に休憩を入れていたことだった。それについてB氏は「自分はいけるけど、後でくるゆうのは、この頃思うようになったんよ。負担がくるのは後やん。」「せやからやっぱり、それを軽くしようと思ったら、そういう風に少し引いたほうがええかも分からんな。」と、いつものように息苦しくても動作のちょうど区切りまで動いてから休むのではなく、息切れを自覚した時点で動作を止めて休憩を入れるように、敢えて動作を少し早めに引きあげたと語った。それは動作し終えた後、身体に負担がかかることを感じるようになったからであった。動作を少し早めに引き上げるのように休憩を入れるタイミングを切り替えたことで、入浴動作が楽に行え、身体の負担も大分違う、とB氏は感じていた。

しかしながら、参加観察を行った範囲内ではあるが、そのときの入浴動作以外の生活動作では、以前と休憩を入れるタイミングに変わりはない。B氏は「あそこであっぺん休めばいいものをスツと行く。」「やっぱどうしても、いいとこ見せようというのもあるかも分からんよ。」「息が上がってしまうから、せやからもうストップせな、それ以上いたらあの発作が始まるやろう。」のように、これまで

同様に動作している途中で息苦しくなっても、動けるギリギリの動作のちょうど区切りまで動いてから休憩していた。B氏は、「60年生きてきた身体。病気になったのは10数年前のこと。指導される理屈は分かっているが何でもかんでもマスターすることはできない。もうちょっと深刻になり、自分ももうちょっと苦しくなったら慎重に考える。」と、60年生きてきた身体に身につけているものを、理屈にあった休憩のタイミングへとそう容易に切り替えることはできないし、もう少し病気が深刻になったときに考えると語った。

5) 息苦しさが治まるまで素直に休めない

呼吸リハビリテーション開始当初、B氏の身体を洗うなどの一連の動作の途中で休憩を入れて再び動き出すタイミングは、あっぷあっぷする呼吸がゆっくりになればという程度であり、呼吸が楽になったと自覚したときではなかった。B氏は、一連の動作の途中で入れる休憩時間として、呼吸が楽になるまでに3分間は必要と考えていた。しかしながら、実際の入浴において、B氏が身体を洗うという一塊りの動作の途中で入れる休憩時間は30秒前後であり、その短い休憩を身体のパーツを洗う度に入れていた。B氏は、入浴を早く終了させてしまおうという気持ちがあり、身体を洗う動作の途中で入れる休憩時間を、呼吸が楽になるまで十分にとらないまま動き始めてしまうと話した。特に、隣に人が居ると気を使い、少しでも早く身体を洗おうとする気持ちがさらに強くなると話した。B氏は、看護師からも十分に休憩し呼吸困難が落ち着いてから動くように指導されていたのだが、入浴介助を必要とするたくさんの患者がおり、その患者の段取りもあるだろうし、自分はその人達よりも自分のことができるだけマシだから、早くお風呂から上がろうとして無理をしてしまうと話した。この動作の途中の休憩時間を、呼吸が楽になるまで十分にとらずに動き出してしまうのは、呼吸リハビリテーション最終週になっても変わらなかった。相変わらずB氏は、介助を必要とする他の患者の存在が気になると、いつも以上に早くお風呂から上がろうとして、動作の途中の休憩を、息苦しさが治まり呼吸が楽になるまで十分な時間をとらずにいた。B氏は「素直に休むところは休んでやればええのに。」のように、自分でも動作の途中の休憩は、呼吸困難が治まり呼吸が楽になるまで、自分の自覚に合

わせて休憩すればいいと思いながらも、現実には呼吸が楽になるまで十分な休憩時間をとらずに無理をして動き出していることを語った。

ここで生じていた困難さは、一連の動作の途中で入れる休憩時間として、呼吸が楽になるために必要な時間は3分間と考えているにもかかわらず、早く動作を終了させようという気持ちが先立って、呼吸困難が治まり呼吸が楽になるまでのように自覚症状に合わせて素直に休憩時間をとることができないというものであった。特に他の人の存在が気になると、普段よりも動作を早く終わらせてしまおうという気持ちが強くなっていった。

◆呼吸リハビリテーション開始後1週目:「少しでも早うしようと思うから休憩できない」

入浴中のB氏は、身体を洗うという動作をし終えるまでに、途中10秒～30秒前後の休憩を4回入れていた。身体のパーツを洗う度毎に息苦しくなるため休憩し、溺れたような呼吸状態であっぷあっぷしていると、そのうち呼吸が楽になるという。しかしながらその休憩は、「楽になればええんやけど、それを、何ていうか、なるまでというだけのことやろうな。」「ただもう、ゆっくりになればという感じの。」という程度の時間であった。つまり、息苦しさが治まり呼吸が楽になるまで休憩するのではなく、息苦しかった呼吸がようやく治まる程度の休憩しかとらず、再び動き始めていた。動作の途中で息苦しくなり、その息苦しさが十分に治まり落ち着くまでに3分間はかかると考えていたB氏であったが、実際には動作の途中に入れる休憩時間は30秒前後であり、3分間休むことはなかった。動作している最中のB氏には「少しでも早うしよう」という、早く動作を終了させようという気持ちがあるために、息苦しさが十分に治まるまで休憩することができなかった。特に、その「少しでも早うしよう」という気持ちは、他の患者の存在に気を使うことによって強くなると話した。

◆呼吸リハビリテーション開始後4週目:「素直に休むところは休めずに背伸びする」

入浴動作の途中に入れる休憩時間は10秒～30秒前後と、呼吸リハビリテーション開始時と変わりがなかった。その休憩時間で呼吸困難が治まり呼吸が

楽になるのかB氏に問うと「無理している」と答えた。B氏は、「ここは色んな手のかかる人が入るし、やっぱりおいらは、まだそれよりマシやから、早うしようと思う。」「後から入ってきて先に上がられたら意識するやん、やっぱり。身体が反応するもん。早うせなあかんというのがあつるし。」のように、他の患者の存在が気になることによって、余計に早くお風呂から上がろうとして、動作途中の休憩時間を十分にとることができず、息苦しさが治まらないうちに動き始めていた。B氏は「素直に休むところは休んでやればええのに。」と、呼吸困難のために動作の途中に入れる休憩は、その呼吸困難が十分に治まるまで自覚に合わせて休めばいいと考えていた。看護師からも「ゆっくりでいいですよ。」と言われてもいた。にもかかわらず、他の患者の存在が気になると、いつも以上に早く終わらせようという気持ちが強くなり、背伸びをしてしまっていた。

6) 自分が理解している病気の状態に合わない省エネ動作を受け入れることができない

B氏の日常生活動作において、呼吸困難を招きやすいとされる、勢いがよく力強い反復する動作、両手を挙上する動き、屈んだり前屈をする姿勢、立ったままでの動作が多くみられた。入院当初の入浴中、身体を擦り洗う反復する動きは力強く速かった。B氏もこの身体を洗う動作をすると息苦しくなることを自覚していた。そのため、なるべくならゆっくり洗おうと考えていたのだが、「どうしても手がパーツとなる」と話し、力強く速い動きを変えることができなかった。ところが、呼吸リハビリテーション開始後2週目頃から、B氏は、身体を洗うときには意識的に力を抜くようになっていた。身体も余り汚れていないし、サッと洗えばいいとB氏が判断したためであった。また、呼吸リハビリテーション開始後4週目前半には、髪を洗う動きについても、胸郭の動きを妨げないよう片手で洗うように動作を変更していった。B氏は、両手ではなく片手のみの省エネの動きでも頭皮の汚れを落とすには問題ないと語った。擦り洗う力を抜いたり、片手で洗うように動きを変えたのは、酸素消費が少ない効率的な動き方を色んな面から指導されたことがつながら、息苦しさをためて苦勞するよりも楽な方法を選択した結果と語った。

しかしながら、その反面、呼吸リハビリテーション

開始後4週目が終わろうとしても、身体を洗う動きと髪を洗う動きの速さには変わりがなく、また、シャワーで洗い流す動作も速いままであった。B氏は、洗う動作は意識していたが、洗い流すまでは意識していなかったこと、石鹸が流し残っていると気になるため、やっぱりダイナミックに洗いたい気持ちがあることから、動作の速さについては手を抜いていると話した。そして、自分なりに息苦しくならないよう酸素消費を抑えた動作を活用しようと努力はしているが、何十年とやってきた動作を急には変えられないと話した。また、呼吸リハビリテーション開始時より、前屈姿勢をとることで腹部を圧迫し呼吸運動を妨げてしまうことがないように、椅子に腰掛けて下着やズボンの着脱を行うよう、入浴後も腰掛けて身体に付着した水分を拭くように指導されていたが、B氏は、その動作はウザイし自宅に戻っても行わないと話した。椅子に腰掛けて動作すると呼吸が楽なことはわかっているが、立位のまま身体を拭いたほうが水分も汗も綺麗に拭き取れるし、今の自分の体力であれば、例え前屈姿勢をとったとしても立位での衣服の着脱は支障なく行える、とB氏は考えていた。そして、指導されたことの理屈はわかるが、何十年とやってきた姿勢や動き方を変えるにしても、自分の病状がもう少し深刻になりもう少し苦しくなったら考えると語った。

ここで生じていた困難さは、B氏が自ら気付いて、呼吸運動を妨げる動きや呼吸困難を招く動作を変更し、呼吸困難を招かないように省エネ動作を取り入れている反面、B氏自身が理解している自分の病気の状態に合わない動作については受け入れることができないというものであった。

◆呼吸リハビリテーション開始後1週目：「無意識に、身体を洗う動きが速くなる」

身体を洗うB氏は、首から腕、胸部、背部へと洗い進め、約35秒休憩を入れた後下腿を洗い、再び30秒程休憩を入れて大腿、最後約15秒休憩を入れて足の裏を洗い、10秒の休憩の後シャワーで洗い流していた。身体を洗うおよそ6分20秒の間に4回の休憩をはさまなければならなかった。身体を洗うB氏の動きは、反復する動作が速く、力強く観察された。それについてどう思っているかB氏に尋ねると、「なるべくならゆっくりゆっくり思うけど、どうしても、手がパーツとなるんだろうね。無意識

に。何か知らん、そういう雰囲気。早うしよう、そういう気があるんじゃないの。早う終わろうという気が。」と、自分の動きを意識せずに動かしていること、早く身体を洗い終えようとするために動きが速くなると考えていることを語った。

◆呼吸リハビリテーション開始後2週目:「意識的に身体を洗う力を抜いた」

いつもはゴシゴシと力強く身体を洗うB氏の動作が、力を抜いているような動きに変化した。B氏は、「ガシガシすると直ぐに苦しくなる。ガシガシすると直ぐに(酸素飽和度が)80(%代)になるから。」「(身体を洗う力を)抜いたの。アホらしいもん。そんな汚れてもいないのに、そんな力入れる必要もないわ。今日はさっと洗えばええわいう感じで。意識的にそうしたの。」と、息苦しさを招かないように、意識的に力を抜いたことを語った。身体を洗う動作は6分強と時間的には普段と変わりなかったが、休憩時間と回数が10秒弱を1回と減少し、その1回の休憩で長い時間身体を洗うことができた。B氏も、以前は身体のパーツを洗う度毎に息切れを起こして休憩していたのが、擦り洗う力を抜くことで動作を続けられるようになったと感想を語った。しかしながら、身体を洗う反復動作の速度は変わらずに速いままであった。

◆呼吸リハビリテーション開始後3週目:「切り替えができない」

入浴時のB氏の動きを見ていた看護師が、うつむいたり屈んだりする姿勢は止めるように、そういう時は椅子に腰掛けたり、使用するものを床ではなく台に載せるなどするように、B氏に指導した。指導を受けたB氏は、その場で言われたような動き方や姿勢をとったり椅子に腰掛けるなど、実際に実践してみるものの、次の機会には普段行っているような動きや姿勢、うつむいたり屈んだりしていた。B氏は「ある程度意識はしているね、だけど忘れるんよ、言われたこと。」「切り替えができんのやな、まだ。やっぱ我が強いんかも知らん。」「そんな直らんと思うわ、なかなか。何十年とやってきたんだもんね。」と、指導されるとその時は意識して行っているものの、何十年とやってきた姿勢や動き方を簡単に直せる程意識が切り替わっていないと語った。

◆呼吸リハビリテーション開始後4週目前半:「わざとオーバーを止めて省エネにした」

B氏はこれまで髪を洗うときには両手を使用して洗っていた。両上肢を挙上すると胸郭の運動を妨げるため呼吸困難を招きやすい。そのため片手で洗うよう指導されていたが、これまでは両手を使用し洗っていた。ところが、その日のB氏は入浴中息苦しかったこともあり、わざと片手で髪を洗った。それについてB氏は「オーバー(両手で洗う動作)にしたら物凄い息しんどいやん。せやからちょっとオーバー止めてってゆうてたやろう。せやからこう、省エネ。意識してやったよ。」と、息苦しさに合った動き方を意識的に選択し行ったことを語った。しかしながら片手ではあっても、指に力を込めた速い動きで洗う洗い方は変わりなかった。

◆呼吸リハビリテーション開始後4週目後半:「この俺の体力ならばやらない」

B氏は、看護師から、お風呂上りには椅子に腰掛けて身体を拭き、座ったまま下着やズボンを大腿部まで通し、その後立ち上がって履くように指導されていた。指導されたB氏は、その時は言われたような姿勢をとったり動き方をするものの、それはその時だけのことであって、相変わらず普段通り立位のまま身体を拭き、その姿勢のまま衣服を着ていた。下着やズボンを履くときには前屈姿勢をとり、時に前傾姿勢のまま片足立ちになることもあった。作業療法士と共に入浴をした時、初めて自ら椅子に腰掛けて身体を拭き、腰掛けたまま下着とズボンを履いた。B氏は、作業療法士の存在があったため、いつも指導されている通りにやってみたと話した。そして「(座って履くのは)やっぱりウザいな。だって濡れてるからさ、汗かいたり、濡れたり、やっぱり拭けんところも拭きたいしな。せやから気持ち悪いやん。やっぱり立って綺麗に拭いてから履きたいな。」「あんな履き方せん。やらんだらうな、恐らく。俺のこの体力やったらやらんだらう、ある限り。立ったままサッサッと履くと思うよ。ほんでサッと椅子に座ったほうが。」と、B氏は立位のまま下着や衣服の着脱ができる体力がある限り、椅子に腰掛けて衣服の着脱をするつもりがないと話した。このように指導されていることについてB氏は、指導受けたこ

とを何でもマスターしたら言うことないが無理だと思ふし、理屈はわかっているが、もう少し深刻になって、自分がもう少し苦しくなったら慎重に考える、のように現時点では考えていた。

7) わずかな動作の負荷によっても呼吸と動きの調整がずれてしまう

呼吸に合わせて膝を倒し、吸気に合わせて膝を元の位置に戻すという、呼吸と動作の調整の練習を始めたB氏は、練習そのものは難しくはないが、それを歩行に応用できるのか疑問に感じていた。それというのも、B氏は動いて息苦しくなると、金魚があっぷあっぷするような細かい呼吸しかできなくなるため、呼吸に合わせて動作できないのではないかと思ったからだ。呼吸と動作の調整の仕方を習い始めたB氏が、一番気をつけていたことは呼吸の仕方、歩きながら普通の呼吸3回に対して1回は深く息を吐くというものであった。また、30mを46秒かけて歩く速さよりもペースが速くなると、呼吸のタイミングと動きのタイミングが狂い呼吸困難をきたしてしまうことから、歩き方にも注意を払っていた。B氏は、呼吸と動きの調整をせずにそれぞれがバラバラだとしんどい、かといって、余り考えすぎてしまっても呼吸と動きの調整ができなくなると話した。そのためB氏は、普通の呼吸3回に1回は深く息を吐くという呼吸の波を作ることと、自分に合った速さ(46秒/30m)の歩き方を模索していた。この呼吸と動きの調整がとれると、長い距離を歩くことができた。呼吸リハビリテーション開始後3週目頃になると、呼吸に合わせて動き始めるということも心がけるようになっていた。ただし、呼吸と動きの調整や呼吸に合わせて動くことを病棟で行うことはなかった。ところが、呼吸リハビリテーション開始後4週目に入ると、B氏は、病棟でも呼吸に合わせて動き始めたり、呼吸と動きを調整することを意識して歩くようになっていった。呼吸リハビリテーションで行っている自転車エルゴメータで、普段よりも負荷をかけて練習したことがあった。負荷が増したことで、直ぐに身体の疲労と呼吸運動による疲労が蓄積し、その結果、呼吸と運動のタイミングがずれ、呼吸困難をきたしてしまった。B氏は、負荷が増えると呼吸と動きの調整のバランスが悪くなると話した。

ここで生じていた困難さは、息苦しさを招かず長い距離を歩けるように、B氏は3回に1回は大きく息を

吐くという呼吸の波を作り、30mを46秒かけて歩くというペースを作り、呼吸と動きの調整の仕方を模索していたのだが、わずかに動作の負荷が増しても(例えば2.3秒速いペースで歩く)、すぐに身体の疲労と呼吸運動による疲労が蓄積され、その結果、呼吸と動きのタイミングがずれてしまい、調整ができないというものであった。

◆呼吸リハビリテーション開始後1週目:「歩行に応用できるかはこれからの鍛錬次第」

呼吸リハビリテーションで、呼吸に合わせて膝を倒し、吸気に合わせて元の位置に戻す練習を始めたが、B氏はこの練習について特に難しいことはなく、できそうという感触を持った。しかし、B氏は「難しいことはないけどね。果たしてそれが、歩くのに応用できるかどうか問題なんやわ。」と、呼吸と動作の調整の仕方が歩行に応用できるのか疑問に感じていた。それも鍛錬次第だろうから、やってみないとわからないと話した。B氏は動いて息苦しくなると、金魚があっぷあっぷするような細かい呼吸しかできなくなり、深く息を吐くことも吸うこともできなくなる。そのため、呼吸が落ち着くまでは、呼吸に合わせて動くことが意識的にできなくなるのではないか、だから歩行に応用できるのか疑問に感じていた。

◆呼吸リハビリテーション開始後3週目:「呼吸と歩行のタイミングが少しずつ狂う」

呼吸と動作の調整の仕方を習い始めたB氏であったが、病棟ではこの練習を意識して行ってはいなかった。呼吸リハビリテーションで平地歩行練習を行っている時に、B氏が気をつけていたことは、普通の呼吸3回に1回は深く大きく息を吐くことであった。また、B氏は、30mを46秒かけて歩くペースを覚えようと練習していた。ところが、30mを37.8秒と普段よりも数秒速く歩いただけで、呼吸と動作のタイミングが段々に狂ってしまうと話し、実際に酸素飽和度も90%を割っていた。B氏は、「タイミングが少しずつ狂っていくんでしょうね。歩くタイミングとか、呼吸のタイミングが。せやからやっぱり色んな面で慌ててしまうから、ギクシャクなって呼吸困難になるとちゃう。」と、わずか数秒であっても速く歩くことが負荷とな

り、呼吸のタイミングと歩くタイミングが狂ってしまうこと、それによって呼吸と動きの調整を行うことができなくなり息苦しくなると話した。そのためB氏は、「やっぱり頭にそういうことを考えて、やったほうがええみたいな。」「やっぱり何もかもバラバラになったらしんどいわ。ある程度はね、大きな息をして吐き出してとかさ、3回に1回。」のように、歩くときには普通の呼吸3回に1回は大きな呼吸をするという呼吸の波と、30mを46秒かけて歩くというペースを守った歩き方、その呼吸と動きの双方の調整を意識して行ったほうが良く、それぞれがバラバラだとしんどくなると話した。呼吸と動きの双方を調整しながら歩くと120m歩くことができ、B氏はこれまでよりも3倍歩ける距離が伸びたと話した。ただし、余り考えすぎしまっても呼吸と動きの調整ができなくなるため、周囲を眺めながら「ええ景色やね。」のように少し気持ちに余裕を持つように心がけながら歩き、呼吸の波を作っていると話した。また、この頃から呼吸に合わせて動き始めることも意識するようになっていった。

◆呼吸リハビリテーション4週目:「動作の負荷が増すと呼吸と動きの調整ができない」

呼吸リハビリテーション4週目になると、B氏は、病棟においても、呼吸に合わせて歩き始めたり、呼吸と動きを調整しながら歩いたりするようになっていった。この時期、呼吸リハビリテーションで行っている自転車エルゴの負荷を、普段よりも増やして練習したことがあった。普段は10 wattのところを、15 watt、20 wattと負荷を増やして練習を行った。B氏は、いつもよりも負荷が増したことで、すぐに身体の疲労と呼吸運動による疲労が蓄積し、その結果、呼吸のタイミングと運動のタイミングがずれてしまい、呼吸困難をきたしていた。B氏は、「漕ぎながらスピードをきちんと合わさないかんというのと、ほんでこんだ呼吸困難になってくるから、呼吸も合わさなあかんというのがあるやろう。そやから段々ずれてくるのよ、苦しくなったら。バランスが悪くなってくるな。」と、動作の負荷が増したことで、呼吸と運動の調整のバランスが崩れると語った。このことから、普段の生活動作であっても、普段よりも速く歩く、荷物を持って動くように、動作による負荷が増すことで、呼吸と動

きの調整ができず、容易に呼吸困難をきたすと考えられた。

考 察

本研究の目的には、慢性呼吸不全患者が、呼吸リハビリテーションで習った呼吸法や呼吸と活動の調整の仕方を、その患者に馴染んだ仕方で活用できないために生じる困難さを明らかにすることである。

呼吸リハビリテーションで習った技術を日常生活動作に活用できないために体験していた困難さには、「身体の力を抜いて息が吐けない」「意識していても、何か動作するときにフッと息を止めてしまう」「自分の身体に合った動作の速さが保てない」「動作途中で休憩を入れるタイミングが切り替えられない」「息苦しさが治まるまで素直に休めない」「自分が理解している病気の状態に合わない省エネ動作を受け入れることができない」「わずかな動作の負荷によっても呼吸と動きの調整がずれてしまう」があった。

以下、慢性呼吸不全患者B氏が、呼吸リハビリテーションで習った技術をB氏の馴染んだ対処で活用できないために生じている困難さと看護への示唆について考察する。

1. B氏の馴染んだ対処の仕方

B氏は動作するときに、動き始める前から動き終わるまで一連の動きの流れを作ることで、呼吸困難を招かないように動作していた。この一連の動きの流れとは、「空気をいっぱい吸いもつ」「ゆっくりと動く」「動ききって酸欠状態になったら休憩する」「早うしよう」というものであった。B氏はなぜ、このような一連の動きの流れを作ることによって動作していたのか。B氏の疾患である肺気腫は、肺泡破壊により気腔が拡大し、全体として肺が過膨張になるため機能的残気量が増加した状態となり、横隔膜の平低下が生じる。そして、気管支周囲の肺組織の破壊、弾性減弱による気道の虚脱、気管支壁自体の萎縮などのより閉塞性換気障害を呈する(田平、千住、2000)。そのため、動作時の息切れ、日常生活の制限、運動量の低下などが起こるといわれている。Bennerら(1989/1999)は、症状は人の生き抜く体験に属し、馴染みの体験として患者の世界内存在様式の内に組み込まれていくと述べている。肺気腫であるB氏は、普通に呼吸をしていたので

は残気量が多いため、空気を吸うことができない。そのため空気を吸い取るように呼吸をしていたといえる。そして、動き始めるときには、空気をいっぱい吸いもってから動き始めていた。慌てたり、急いだり、力を入れて動いたりすると大量の酸素が必要となるため、運動耐容量が低いB氏は、ゆっくり動くことで酸素消費量を抑えようと心がけていた。これらのことから、B氏は肺気腫から引き起こされる症状を、その病気と共に過ごした12年の中で体験しながら、対処の主要な資源である習慣的身体的を用いて、できるだけ活動に支障をきたさないよう、呼吸の仕方や動き方を工夫して対処していたと考えられる。

しかしながら、動作することによって低酸素血症となり、動作を継続できなくなると、B氏は動作の途中で何度か休憩を入れていた。動作しているB氏が一番に考えていることは、早く動作を終わらせることであつた。そのためB氏は、身体の酸素を使い切るまで目一杯動いてから休憩していた。そして、早く動作を終わらせることに気持ちが向いているB氏が再び動き出すタイミングは、低酸素の状態から解放され楽に動けるタイミングではなく、あっぷあっぷしていた呼吸がようやく治まるくらいのタイミングであり、酸素飽和度では90%くらいであつた。Bennerら(1989,1999)は、何か自分がにとって大事に思うという仕方での自分の世界に巻き込まれ関与するあり方を関心と呼び、人は関心によって規定される存在だと述べている。B氏の「動ききって酸欠状態になったら休憩する」「早うしよう」という動作は、早く終わらせたいという関心によって規定された結果といえる。そのためB氏は、ギリギリまで動く、ギリギリ動ける、というタイミングに、活動と休憩を切り替える基準を置いていたと思われる。このようにして、B氏の馴染んだ対処の仕方は、B氏自身の関心と、肺気腫という病気を12年間に体験してきた結果身につけてきたものといえる。

2. 一連の動きの流れをB氏の身体に合ったペースに調整することができない困難さ

B氏は動作するとき、一連の動きの流れを作ることで動いていたのだが、呼吸リハビリテーションで習った技術は、この動きの流れに注目して働きかけていたわけではなかった。むしろ、残気量を減らし多くの酸素を取り込む呼吸の仕方、酸素消費の少ない動作の習得など、効率的な呼吸法と動作技術という、呼吸

や動きそのもの一つ一つに働きかけたものであつた。しかしながら、B氏はある動作(例えば、入浴動作)の中にある幾つもの動きを一括りにして一つの動作として捉え、その一括りの動作をするために流れを作つて動いていた。この動きの流れが、今のB氏の身体に見合ったペースの流れではないことから、日常生活動作を行う上で様々な不具合が生じていた。つまり、B氏が、呼吸リハビリテーションで習った技術を、馴染んだ対処の仕方では活用できないために生じている困難さは、一連の動きの流れをB氏の身体に合ったペースに調整することができない、であり、調整することができない理由として、「動きの捉え方の相違」「動作に構えられない」「休憩のタイミングを切り替えられない」があつた。以下、それぞれについて述べる。

1) 動きの捉え方の相違

B氏の動作でいうところの、動き始める前から動き終わるまでの一連の動きとは、どのような動きのことをいうのか。入院中の入浴の場面で、B氏が、「皆さんやっぱり段取りがあるやろうし、後のこともあるやろう。」「ここは色んな手のかかる人が入るし、やっぱりおいらは、まだそれよりはマシやから、早うしようと思う。」と話していたように、B氏は、お風呂を共同使用する患者や介助を必要とする患者の存在を気にしていた。病院のお風呂は様々な患者が利用することや、もともとB氏の動作が「早く終わらせたい」という関心によって規定されていたこともあり、B氏は、自分のことは自分一人で済ませ、早くお風呂から上がろうとしていたと思われる。そのため、身体を洗う動作が速くなったり、早くお風呂から上がるために目一杯まで動いてしまったり、息苦しくても十分な休憩をとらなかつたり、腰掛けてゆっくり着替えることもせずに早く部屋に戻ろうとしていた。ここで注目することは、B氏が身体を早く洗い終えようとか、洗髪を短時間で済ませようと思って動作していたのではなく、入浴に伴う全ての動作を、お風呂に入るという動作として一括りに捉えていたことで、お風呂に入り上がるまでの全ての過程を早く済ませてしまおうとしていたことである。つまり、B氏にとって入浴動作とは、替えの下着とお風呂道具の準備をする、お風呂場まで歩く、衣服を脱ぐ、身体を洗う、シャワーで洗い流す、身体を拭く、衣服を着る、部屋に戻る、お風呂道具を片付ける、のように一つ一つに小分けされた動作を指

すのではなく、このお風呂の準備の時点から、お風呂から上がり部屋に戻って片付け終わるまでのこれら全ての過程を一括りにしたものをいうのであり、これら全ての過程の動作をB氏は一連の動きと捉えているとは考えられないだろうか。それ故B氏は、動き始めから早くしよう、早く終わらせようとして動いていたと思われる。

入院中のB氏は、この一括りの動作を早く終了させるために、B氏の馴染んだ対処の仕方でもって、呼吸リハビリテーションで習った技術を活用しようと試みていたと思われる。呼吸リハビリテーションでは、リラクゼーション、口すばめ呼吸法、呼吸と動作の調整の仕方、歩行練習、入浴動作の指導などを通して、酸素消費を抑えるために如何に無駄な力を省いて効率よく動くか、如何に呼吸運動を妨げないように動くか、如何に効率よく酸素を取り込み、二酸化炭素を吐き出す呼吸を行うかなど、一つ一つの生活動作の改善をはかっていく。これら呼吸リハビリテーションで習った技術を、習い始めた当初のB氏は、リハビリテーションを行う場以外の生活場面では活用することがなかった。しかしながら、リハビリテーションを続けていく中で、「呼吸が楽になる」「長いこと動ける」のように効果を感じた技術に関しては、生活動作の中に活用し始めるようになった。その技術には、口すばめ呼吸法や息の使い方、呼気に合わせて動き始める、呼吸と動作の調整の仕方、自分の身体にあった動作の速さを保つことや省エネ動作などがあった。B氏はこれら習った技術を、動くときに活用しようとするものの、動いているうちに、身体の力を抜いて息が吐けなくなったり、自分の身体に合った動作の速さが保てなくなったり、動作途中で休憩を入れるタイミングが切り替えられなかったり、息苦しさが治まるまで素直に休めなかったりしていた。なぜ、呼吸リハビリテーションで習った技術を生活動作に活用できない困難さが生じていたのか。それは、ある一括りの動作の中の一つ一つに小分けした動作に働きかける呼吸リハビリテーションの仕方と、一括りの動作全体を捉えてできるだけ楽に動けるように対処してきたB氏の仕方との違いによるものと考えられないだろうか。呼吸リハビリテーションで習う技術によって、ある一つに小分けされた動きについては、酸素消費を抑え効率の良い動き方へと改善することはできる。しかしながら、B氏にとってそれは一連の動きの中にある一つに小分けされた動

作、つまり一連の動きの一部分に過ぎず、一連の動きという一括りの動作そのものの改善にはつながってはいないといえる。そのため、呼吸リハビリテーションで習った技術を生活動作に活用しても、一連の動きそのものには働きかけられていないため、速く動いてしまったり、一括りの動作への構えが取れなかったり、十分な休憩をとることができなかったりしたと考えられる。B氏が呼吸困難を招かないように動き、今ある機能を最大限に活かして、質の高い生活を過ごすためには、B氏の動き始める前から動き終わるまでの一連の動きの流れを作るという馴染んだ対処で、呼吸リハビリテーションで習う技術を活用していく必要があると思われる。しかしながら、呼吸リハビリテーションで習う技術は、衣服の脱ぎ方、身体の洗い方のように、B氏にとっては一つ一つに小分けされた動作の技術であるため、ここに呼吸リハビリテーションで習った技術を、B氏の動き始める前から動き終わるまで一連の動きの流れを作るという馴染んだ仕方で活用できない困難さが生じていたと思われる。

呼吸リハビリテーションで捉えている動作と、B氏にとって動作の捉え方には相違がある。そのため、呼吸リハビリテーションで習う技術をB氏が活用していくに際しては、動作の捉え直しが不可欠と思われる。そのためには、入院以前のB氏が、病気とどのように付き合いながら日常生活動作を行っていたのか、息苦しくならないようにどのようなことに注意を払いながら動いていたのか、動作するときのB氏の関心はどこにあるのかなど、B氏の生活の仕方や馴染んだ対処の仕方を理解することが必要である。その上で、呼吸リハビリテーションの目標の設定や内容を検討することが望ましいと思われる。この動きの捉え方の相違による困難さに対し、慢性呼吸不全患者が、どのようなことを大切に思いながら病気に付き合い療養してきたのか、その生活や馴染んだ対処の仕方を理解することが、困難さを生じさせないための看護援助の一つと考える。

2) 動作に構えられない

B氏は、動き始める前から動き終わるまでの一連の流れを作ることで動作していた。この一連の動きの初めにあるのは、動作への構えであった。B氏は、何か動作するときにはフッと息を止めてしまう、のように動作するときには構えて臨んでいたが、これは動作に

対する身体の準備と考えられる。Bennerら(1989/1999)は、正常な熟練した仕方であるまう構えが取れている身体のあり方について述べているが、正常な動作への構えがとれることによって、様々な姿勢や動きを、一挙手一投足毎に思考することなく最適なやり方で動いたりすることができる。この動作への構えが、どれだけB氏の身体の状態に合った熟練した仕方、つまり余分な力が入らず、呼吸運動を妨げず、酸素消費を抑えた構えであるかが問題になると思われる。息切れを起こさずに動作することへの、身体の準備ともいえる。B氏が動作へ構える場合、呼吸困難を招きやすい息止めをしていることや、さらに息を止めて身体に力が入ってしまうことで酸素消費を増していることなどから、決して熟練した仕方であるまう構えがとれていたとはいえない。B氏のこの動作への構えでは、動き始めからより多くの酸素が消費されるため、呼吸困難を招きやすく動作を長く続けることは難しいと予測できる。実際にB氏は、少しの負荷がかかるだけで身体の疲労と呼吸運動による疲労が直ぐに蓄積し、呼吸困難を招いていた。

B氏が自分の身体に合った構えをとるために、つまり身体の準備を整えるためには、身体の力を抜くことが必要である。動作への構えをとる場合、呼吸リハビリテーションで習った口すばめ呼吸法やリラクゼーションの方法を活用し、身体の力を抜き呼吸を整えることによって身体の準備を整え、B氏の身体に合った構えがとれるように働きかけることが必要である。呼吸リハビリテーションにおいても、練習を行う前には、リラクゼーションや口すばめ呼吸を行っていたが、B氏が動作へ構えるために力が入るということ把握した上で働きかけていたわけではない。一般に慢性呼吸不全患者は、呼吸努力をしている場合が多く、全身に力が入っているため、その緊張を解くことを目的に行われている。息を止めないように指導する際にも、「前屈みになるときは息を吐きながらするように」のように、ある一つの動きに注目して指導されていた。このことから、呼吸リハビリテーションで習っているリラクゼーションや呼吸法が、B氏の身体に合った構えをとるために、身体の準備を整えるため意図的に活用されていなかったといえる。呼吸リハビリテーションで習う技術をB氏が活用していくためには、B氏が動作に対してどのように身体の準備を整えているのか、今のB氏の身体の状態にその身体の準備

は適切であるのか、身体の準備状態をB氏はどのように認識しているのかなど、B氏が自分の身体について捉えていることを把握する必要があると考える。この動作に構えられないという困難さに対し、慢性呼吸不全患者が今現在の自分自身の身体の状態をどのように捉えて認識しているのか、身体の状態を患者と共に一緒に見て理解していくことが、困難さを生じさせない看護援助として考えられる。

3) 休憩のタイミングを切り替えられない

動作をしているB氏がよく話していたことは、「早うしてというのが頭にある」「落ち着いてゆっくり食べればいいものをもう次を入れようとする」のように、早く動作を終了させようとしていたことであった。これは、B氏の動作するときの関心と考えられ、その関心によって動作が規定されていた。そして、この「早うしよう」という関心によって規定されたB氏の動きは、一連の動きの流れのペースに大きく影響していたと思われる。実際にB氏は、一連の動きをしている最中、初めはゆっくり動き出すものの、段々と動きが速くなり、動きの速さを一定に保って動くことができなかつたり、身体にかかる負荷の量を増していくような動き方をしたり、呼吸リハビリテーションで習ったことを生活動作に活用するものの途中で早く動作を終了させようとしたり、B氏の関心が一連の動きの流れのペースを乱していたといえる。この一連の動きの流れのペースは、B氏の身体に合っているものとはいえず、呼吸が乱れたり、慌ててしまったり、息苦しさを引き起こしたり、動いた後にばててしまったりしていた。Bennerら(1989/1999)は、経験と熟練動作に合致した形で身体を投企することにより、状況に素早く適切に反応できると述べている。B氏はよく「健康体だった頃」「若い頃の癖」のように、自らの経験や培ってきた習慣を引き合いに出して、呼吸リハビリテーションで習った技術を活用できないことを語っていた。確かに、病気になる前、或いは病気が深刻になる前において、一連の動きの流れのペースは問題になることはなかったと思われる。しかしながら、現在のB氏の身体では、現状の一連の動きの流れのペースについて行けず、低酸素血症を引き起こしたり、身体を疲弊させていた。

また、B氏は、一連の動きの流れの途中で息苦しくなった時は休憩を入れていたが、それは、呼吸や身体

を整えて、次の動きを行うためであった。どのような休憩をとるかによって、次の動作に影響する。B氏の場合、身体が酸欠状態になるまで目一杯まで動いてから休憩し、呼吸と身体の状態が整い次の動作を十分に行えるというよりも、あっぶあっぶしていた呼吸がようやく治まるくらいの間(酸素飽和度が90%ある程度)だけ休憩して動き始めていた。つまり、次の動きに対して身体も呼吸もギリギリ治まっているだけで、呼吸も身体も十分に整った状態とはいえない。身体と呼吸が整った状態とは、息切れや低酸素状態が改善され、呼吸補助筋の緊張などがなく、身体に余計な力が入っていない状態であり、呼吸の仕事量や残気量が減少し、続きの活動を行える呼吸と身体の用意が整っている状態と考える。しかしながら、B氏が一連の動きの流れの中でとっていた休憩は、身体も呼吸もギリギリ治まり、ギリギリ動くことができるだけの準備を整える間であり、このような休憩のとり方のためにB氏は、動き出すとたちまち低酸素血症をきたし、何度も繰り返して休憩をとる羽目になり、また、動きの流れのペースを乱す原因にもなっていた。身体の疲労を蓄積させないためにも、呼吸困難というより息切れを感じた時点で休憩を入れたり、十分に身体運動や呼吸運動による身体の疲労をとり、呼吸が落ち着くまで休憩をすることによって、動作を息苦しくなく、なるべく少ない仕事量で行えるようになると思われる。このことは、一連の動きという一括りの動作の途中で入れる休憩が、一連の動きの流れのペースが滞ることなく、円滑に行えるかどうかの調整の役目を果たしているといえないだろうか。B氏が動作するときの関心は、早く動作を終わらせることにある。B氏のこの関心に添って、この一連の動きの流れのペースを調整し、さらに円滑に動作を遂行するためには、休憩のタイミングを切り替える必要があり、そのためには現在の休憩を入れるタイミング(ギリギリまで動く、ギリギリ動ける)の見直しが必須と考える。

B氏は、度々「俺のこの体力やったらやらんだらう」「もうちょっと深刻になって、自分がもうちょっと苦しくなったら、もうちょっと慎重に考えるかも」のように話していたことから、現実のB氏の身体の状態や息苦しさなどの症状と、B氏が捉えている身体の状態や息苦しさなどの症状とにずれが生じていると思われる。そして、実際に無理を通して動いてしまっても、ある程度現状では動いている事実があるために、呼吸

リハビリテーションで「息切れを感じたら休むように」と指導されているにもかかわらず、休憩するタイミングと動き始めるタイミングを、B氏の身体に合ったタイミングに切り替えることができずにいるといえる。過去の経験や培ってきた習慣からではなく、B氏が現在の状況に適切に反応できる、つまりB氏の身体に合った動き方や休憩のとり方へと調整していくには、現在の自分の身体の状態や息苦しさなどの症状について把握すること、そしてB氏が捉えている身体と症状との間にずれがあることを認識することが不可欠である。Bennerら(1989/1999)は、身体による感覚と認識は本質的には曖昧でも、人はそれを感知し注意を向けることができるが、症状が徐々に変わっていく場合、以前の症状解釈が通用しなくなり、再評価或いは再解釈が必要となると述べている。B氏の場合も、動作時に生じる呼吸困難などの症状は、急激に起こったものではなく、肺気腫と診断されてからの12年間の間に徐々に強くなっていった。そのため、「健康体だった頃」「若い頃」にB氏が捉えた身体の状態や症状を、現在の状態へと再評価或いは再解釈していく時期にきていると考えられる。B氏が、現在の自分の身体や症状を正しく理解することにより、呼吸リハビリテーションで習う呼吸と動きの調整の仕方などを、一連の動きの流れを自分の身体に合ったペースに調整していく手がかりとして、休憩のタイミングを切り替える機会に活用していくことができるとと思われる。この休憩のタイミングを切り替えられないという困難さに対し、慢性呼吸不全患者が捉えている身体の状態や症状と、今現在の身体や症状の状態のずれを認識できるように一緒に身体を見ていくことや、このずれを埋めていけるように、患者の携えている関心や馴染んだ対処に働きかけていくことが、看護援助として考えられる。

3. 病みの軌跡の再解釈

慢性呼吸不全患者B氏が、呼吸リハビリテーションで習った技術をB氏の馴染んだ対処で活用できないために生じている困難さを生む要因の一つとして、B氏自身が捉えている身体と、現実の身体との間にあるずれがあげられる。このずれは、B氏の自分自身の身体への信頼となって、一連の動きの流れのペースの調整に影響していたと思われる。B氏の呼吸機能や運動耐容能は低く、健康なときの身体のあり方で動いたりす

ると、たちまち低酸素血症になり、呼吸困難を引き起こしてしまう。にもかかわらず、B氏はやろうとしている動作を無理を押し通してでも行い、そして実際に行えてしまっている現実があった。そのため、B氏は「俺のこの体力やったらやらんだろう」「動くときは健康状態に戻っているような感じ」「背伸びする」のように発言し、自分はまだ動けるという身体への信頼につながっているとはいえないだろうか。先述したように、症状が段々と変化していく場合、症状の再評価或いは再解釈が必要になる (Bennerら, 1989/1999) ことから、現在のB氏は病気や身体の状態、そして症状についての再評価の時期にあるといえる。現在の自分の病気や身体の状態、症状を正しく理解することにより、生じているずれを認識することができ、自分の病気や身体に合った動きの流れのペースへと調整していけると考える。

このB氏の身体の捉え方のずれは、病みの軌跡への理解にも影響していると思われる。Strauss, A.Lら (1984/1987) は、病みの軌跡が1段階ずつ悪くなるにつれ、病者は現在自分がどこにあり、症状・社会的関係・日常生活の管理、近い将来の生活への効率よい準備のために、その都度吟味し査定しなくてはならない、と述べている。つまり、B氏が過去に捉えた病気や身体のある方では、現状の生活にも、これから先の未来の生活にも、B氏自身を投企していくことは難しいと思われる。B氏の慢性閉塞性肺疾患の重症度は最重症に分類され、肺気腫と診断されてからの12年間で病状は進行していったと思われる。それに伴い運動耐容や呼吸機能も低下していった。病状が深刻になったことで、現在という時点で病気や身体の状態を新たに見つめ直し、自らの病気や身体を再解釈し、病みの軌跡を再吟味する時期にあるといえないだろうか。そのためにも、病みの軌跡や己の身体の捉えかたを再解釈していくことが必要になると思われる。この病みの軌跡の再解釈によって、自分が今どの方向に向かっているのかを把握し、今の自分の病気や身体とどのように折り合いをつけながら生活を再調整していくのか、呼吸困難などの症状をコントロールしていくのか、或いはまた、今後起こりうる軌跡の段階に対してどのような準備や備えがあるのかなどを考え、対応していく必要がある。その病みの軌跡の再解釈にあたり、B氏が現状を理解して、今後の生活に見通しを持ち、どのように生活していくのかを考えていけるように、援助す

る必要があると考える。具体的には、B氏が自分の身体を正しく理解できるように身体のみかたにつき合ったり、今後どのように過ごしたいのか、そのための方略を一緒に考えたり、これまでB氏が取っていた方略、つまり馴染んだ対処の仕方について再検討したり、呼吸困難などの症状のコントロールの仕方や症状の見方を指導したりすることが挙げられる。

4. 研究の限界と今後の課題

本研究は、対象者が1名であり、研究施設も1カ所であることから、明らかにされる慢性呼吸不全患者の馴染んだ対処の仕方や呼吸リハビリテーションを行っている患者が体験している困難さには限りがある。慢性呼吸不全患者の馴染んだ対処の仕方や呼吸リハビリテーションを行っている患者が体験している困難さを一般化していくには、疾患や病歴、年齢など対象者の特性を広げ、より多くの事例数を重ねて検討していくことが必要である。

さらに、研究者としての未熟さから、参加観察法や面接法、データ分析の力量不足が限界として挙げられる。今後研究を重ねて、これらの技術を磨いていく努力が必要である。

結 語

本研究の目的は、慢性呼吸不全患者が、呼吸リハビリテーションで習った技術を、その患者の馴染んだ仕方で活用できないために生じる困難さを明らかにすることである。結果、以下のことが明らかになった。

1. 慢性呼吸不全患者B氏の馴染んだ対処の仕方には、『動き始める前から動き終わるまでの一連の動きの流れを作り動く』であった。この一連の流れには、「空気をいっぱい吸いもつ」「ゆっくりと動く」「動ききって酸欠状態になったら休憩する」「早うしよう」があった。
2. 慢性呼吸不全患者B氏が、呼吸リハビリテーションで習った技術を日常生活に活用できないことで体験している困難さには、「身体力を抜いて息が吐けない」「意識していても、何か動作するときにフッと息を止めてしまう」「自分の身体に合った動作の速さが保てない」「動作途中で休憩を入れるタイミング

が切り替えられない」「息苦しさが治まるまで素直に休めない」「自分が理解している病気の状態に合わない省エネ動作を受け入れることができない」「わずかな動作の負荷によっても呼吸と動きの調整がずれてしまう」があった。

3. 慢性呼吸不全患者B氏が、呼吸リハビリテーションで習った技術をB氏の馴染んだ対処で活用できないために生じている困難さには、一連の動きの流れをB氏の身体に合ったペースに調整することができない、があった。その理由として、「動きの捉え方の相違」「動作に構えられない」「休憩のタイミングを切り替えられない」があった。
4. 本研究で得られた看護への示唆は、慢性呼吸不全患者の馴染んだ対処の仕方を理解すること、今現在の病気と身体の状態のずれを認識できるように一緒に身体を見ていくこと、このずれを埋めていけるように患者の携えている関心や馴染んだ対処に働きかけていくこと、病みの軌跡を再解釈することで、現状を正しく理解し今後の生活に見通しを持ってどのように生活するのかを考えていけるように援助することがあった。

(本研究は、兵庫県立看護大学大学院看護学研究科看護学専攻修士課程に提出した修士論文の一部を加筆・修正を加えたものである)

引用文献

- 1) Benner, P., Wrubel, J. (1989)/難波卓志(1999), 現象学的人間論と看護, 医学書院
- 2) 土居洋子, 鈴木幸子, 長畑多代, 曾根美和, 長田艶子, 木村謙太郎 (1996), 在宅酸素療法患者のクオリティ・オブ・ライフの要因分析, 大阪府立看護大学紀要, 2(1), 19-25
- 3) 川上義和 (1992), 1 慢性呼吸不全の病態整理 慢性呼吸不全とはどのような病態か, 原沢道美(編), 日常臨床のための慢性呼吸不全と在宅酸素療法 呼吸器疾患シリーズ I, (p.10-17), 現在医療社
- 4) 木田厚瑞(1997), 2 慢性呼吸不全患者に対する治療戦略-包括的呼吸リハビリテーション, 井村裕夫, 尾形悦郎, 高久史磨, 垂井清一郎 (監), 最新内科学大系〈プログ्रेस11〉呼吸器疾患, (p.75-86), 中山書店
- 5) 上月正博 (2003), 特集 生活習慣病と運動療法 呼吸器疾患の包括的リハビリテーション, 総合リハビリテーション, 31(7), 635-642
- 6) 野村浩一郎 (2002), 焦点 新しい呼吸リハビリテーション:看護の視点からの息切れとADLの改善 慢性呼吸不全患者の包括的呼吸リハビリテーションの考え方, 看護技術, 48(1), 17-22
- 7) 坂牧千秋 (2001), テクノロジーの変化とケア:在宅酸素療法 (HOT) 患者に焦点を当てて 自己効力感を手がかりとした高齢在宅酸素療法利用者の看護, Quality Nursing, 7(11), 30-36
- 8) Strauss, A.L., Corbin, J., Fagerhaugh, S., Glaser, B.G., Maines, D., Suczek, B., Wiener, C.L. (1984)/南裕子, 木下康仁(1987), 慢性疾患を生きる ケアとクオリティ・オブ・ライフの接点, 医学書院
- 9) 鈴木育子 (2001), テクノロジーの変化とケア:在宅酸素療法 (HOT) 患者に焦点を当てて 在宅酸素療法患者の身体活動の検討, Quality Nursing, 7(11), 13-18
- 10) 田平一行, 千住秀明 (1999), 15 慢性閉塞性肺疾患 (COPD), 宮川哲夫, 黒川幸雄 (編), 理学療法MOOK 4 呼吸理学療法, (p.263-268), 三輪書店
- 11) 瀧 健治 (2006), 第2章 呼吸管理の基本と応用をマスターする 5呼吸困難・低酸素血症をきたす疾患, 呼吸管理に活かす呼吸整理 呼吸のメカニズムから人工呼吸の装着・離脱まで, (p.100-112), 羊土社
- 12) 田中孝美(2002), 病む人の生と看護の視点-慢性呼吸不全患者と家族の語りから見えてくること-, 医学哲学医学倫理, 20, 166-173
- 13) 山戸千枝(2003), 慢性呼吸器疾患患者の在宅への移行期における行動を解明するための研究, 日本看護学会論文集33回老年看護, 14-16

Difficulties Experienced by Patient B with Chronic Respiratory Failure In Pulmonary Rehabilitation

Mayumi URUSHIZAKA¹⁾

Abstract : This study aims to clarify the difficulties that arise when patients are unable to use the breathing technique and adjustment procedure for breathing and activity, which they have learned in pulmonary rehabilitation for chronic respiratory failure, because they cannot employ their habitual coping. Having obtained an informed consent to participate in this study, I collected data on patient B who had been hospitalized for chronic respiratory failure and received pulmonary rehabilitation by methods of interview, and of participation observation.

As a result, the habitual coping for B was “to move by forming a continuous flow of activity from the start to the end of the entire move.” The difficulties that B experiences because the techniques learned in pulmonary rehabilitation cannot be used in daily activity are as follows. “Can’t breath in a relaxed manner,” “Suddenly stop breathing when moving to do something even though am aware of this,” “Can’t keep the pace that complies with my body condition,” “Can’t switch on and off the timing to have a rest when moving,” “Can’t easily take a rest until difficulty with breathing stops,” “Can’t accept the energy-saving move that doesn’t match with the condition of the disease within my understanding,” and “Deviations occur when making an adjustment between breathing and movement even when a small load is required for the move.”

According to these results, it has become clear that the difficulty due to inability to use the learned techniques in pulmonary rehabilitation with the habitual coping of patient B with chronic respiratory failure is inability to adjust pace to form a continuous flow of activity that complies with the body condition and difference of how to understand movement.

The recommendations for nursing practice that were derived from the case of patient B suffering from chronic respiratory failure can be given as follows. To be engaged in the reinterpretation of illness trajectory so that patients with chronic respiratory failure can design their daily lives with future prospect through proper acceptance of *status quo*, and to help the patients with chronic respiratory failure use the learned techniques in pulmonary rehabilitation in a way that complies with their habitual coping by clarifying such methods.

Key words : Patient with chronic respiratory failure, Pulmonary rehabilitation, Habitual coping, Difficulty

1) Faculty of Nursing, Hirosaki Gakuin University, 20-7 Minorichou, Hirosaki 036-8231, Japan
TEL: 0172-31-7162, FAX: 0172-31-7101, E-mail: urushi-m@hirogaku-u.ac.jp