

(研究ノート)

慢性心不全と慢性閉塞性肺疾患を合併している患者の生きられた体験 —活動の調整に焦点を当てた解釈—

The lived experience of the patient who consolidated chronic heart failure
for COPD : Interpretation focused on the coordination of activities

佐佐木 智 絵*
Tomoe SASAKI

Abstract

This phenomenological study aims to describe how a pulmonary emphysema patient with chronic heart failure coordinates activities in daily life and gives meaning to the experience of these illnesses while having symptoms that change depending on the activities one engages in. I interviewed one pulmonary emphysema patient with chronic heart failure (Patient A) who visits the hospital on an outpatient basis. Then, using Heidegger's phenomenological ontology as a theoretical premise, I interpreted the narrative of Patient A using Benner's method of interpretative phenomenology. This showed that Patient A coordinates activities using the following methods: {decide upon a range for daily life so that one can engage in activities within a range that suits one's physical strength} {understand complicated symptoms as physical strength} {maintain the lifestyle one is used to} {do not move in ways that are tiring} {try things out as to maintain one's physical strength}. Patient A experienced two diseases as changes in physical strength. Understanding their symptoms as such led the patient to see them as possible to be coordinated based on one's own efforts.

キーワード：慢性心不全 慢性閉塞性肺疾患 体験 解釈学的現象学 活動

I. はじめに

慢性閉塞性肺疾患 (Chronic Obstructive Pulmonary Disease : COPD) は、「タバコ煙を主とする有害物質を長期に吸入曝露することで生じた肺の炎症性疾患で、徐々に生じる体動時の呼吸困難や慢性の咳、痰を特徴とする」¹⁾ 進行性の病態である。一方慢性心不全 (Chronic heart failure : CHF) は、「慢性の心筋障害により心臓のポンプ機能が低下し、末梢主要臓器の酸素需

* 関西国際大学保健医療学部

要量に見合うだけの血液量を絶対的にまた相対的に拍出できない状態であり、肺、体静脈系または両系にうっ血を来たし日常生活に障害を生じた病態²⁾とされる。両疾患とも近年の高齢化や生活習慣の変化によって患者数が増加傾向になっている。近年、CHF 患者の増加に伴い、COPD をはじめとする呼吸器疾患を合併した患者も増加している。発生機序は異なるものの、活動に伴って増強する呼吸困難感（労作性呼吸困難）と疲れやすさ（易疲労）が共通した症状である。そのため、多くの COPD 患者や CHF 患者は、呼吸困難感を回避するような活動を取らざるを得ず、日常生活に著しく支障をきたす患者が多い。そのため、両疾患ともに QOL に与える影響は大きく、増悪させないための生活と QOL をいかに両立させていくのが看護上の課題でもある。

本稿では、CHF と COPD を合併し、自宅で療養している A 氏の語りから、A 氏がどのように日常生活における活動を調整しているのかという調整の仕方とその意味を、A 氏の体験を記述し解釈することで明らかにすることを目的としている。A 氏の体験の意味を解釈することは、CHF と COPD というような心肺関連の病態にある患者への、看護介入への手掛かりになると考える。

II. 研究方法

1. データ収集

データ収集は、2014年10月～11月に行った。本研究の対象は、ACC/AHA の心不全ステージ分類 B～C に該当する心疾患を原因とする CHF 患者で、医師が比較的安定して経過していると判断し、日常生活動作が自立している患者とした。また、生活について60分程度の連続した言語的コミュニケーションによって表現可能であることを条件とした。研究への参加に同意を得られた患者を研究協力者とし、2回のインタビューと、その間の活動量計による活動量測定を依頼した。インタビューは、初回は、研究協力者が意識している日常生活における活動と、その調整についての半構造化面接を行った。2回目のインタビューまでの間に、3日間程度の活動量測定を依頼し、2回目のインタビューは、活動量測定結果の内、歩数と METs を1分ごとのグラフ化した活動量分析を見ながら、実際の活動についてインタビューを行った。その後、活動内容の確認や解釈の確認のために追加のインタビューを行い、計3回のインタビューを行った。その他、研究協力者の基本的属性、及び活動に影響を与える項目として、現病歴と入院歴、既往歴、治療内容、心機能等をデータとして得た。

2. 研究協力者のリクルート

研究の対象者は『心疾患をベースとする、外来通院中の慢性心不全患者で、ACC/AHA ステージ分類で Stage B～C に該当する患者であり、日常生活における活動においておおむね自立した活動が可能であって、1年以上心不全の増悪による入院歴がない患者。また、30～60分のインタビューにおける会話が可能な患者』であった。県内で、日本循環器学会の認定医が勤務する施設に、循環器内科外来に通院中の CHF 患者で条件に合う患者の紹介を依頼した。紹介は、主治医もしくは外来看護師に依頼したが、その際には強制力が働かないよう研究者を当該患者に紹介するに留め、研究の詳細の説明や協力依頼は研究者が行った。A 氏は、上記の手順で紹介を受けた対象者の一人であった。

3. データ分析

インタビューデータを主たるテキストとし、P. Benner の解釈学的現象学的手法を用いて研究協力者A氏の生きられた体験である日常生活における活動の調整と、その意味について分析し解釈した。手順として、まず得られたテキストを読み返すことを繰り返し、テキスト全体の中にあるA氏の日常生活における活動の調整に関するストーリーに着目して分析した（テキスト全体の分析）。次に、日常生活における活動の調整についての語りや、言葉の変化や言い回し、類似した状況の説明、強調された語りなど、テキストの詳細な語りの関連について着目して分析を行った（テキスト諸部分の分析）。この二つの分析を相互に繰り返し、A氏の日常生活における活動の調整のテーマを抽出した。

抽出したテーマを中心に、M. Heidegger の現象学的存在論を理論的前提とし、共通性の指標として、日常性、時間性、ふるまい／振る舞い、情態性、関心の5つの指標を用い、A氏の日常生活における活動の調整の意味の解釈を行った。

分析と解釈の課程では、慢性期看護および解釈学的現象学に関する研究を行っている研究者のスーパーバイズと、循環器疾患患者の研究を行っている研究者の評価、および循環器疾患患者の看護に携わっている臨床家によるコメントを受けることにより、研究者の先入観や知識や経験による偏りによって生じる解釈の不適切性を回避するように努めた。また、データとテキストを繰り返し読みだり分析と解釈を繰り返したりすることで、常に研究協力者の体験に立ち返りながら解釈し、データの分析と解釈における正当性と妥当性の確保に努めた。

4. 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行った(2013年度承認番号D4)。その後、A氏が通院する施設においては、協力依頼を行い、施設長、循環器内科部長、外来診療医、看護部長による承認を得てデータ収集を行った。研究同意を得る際は、研究参加と途中辞退の自由の保障、辞退した場合の医療と看護の保障、プライバシーと個人情報の守秘と保護、研究成果の公表と匿名化などを、書面と口頭で説明し、直筆の署名を得て研究協力者とした。

III. 結果

1. 研究協力者A氏

A氏は60歳代前半の男性である。60歳前後から階段の上り下りをしんどいと感じるようになり、61歳で定年退職した。医師からは肺気腫の気があると言われ吸入薬を使用していたが、62歳の冬に動悸と息切れで歩けなくなり、循環器内科を紹介受診し頻拍性心房細動による心不全と診断された。自宅から病院まで20～30分の距離を歩いて通院するが、外来到着時には息切れが著明でいったん椅子に座って10分ほど休んでから受付に向かわないと話ができない。左室駆出率は21%と低い。

以下斜体は、A氏のテキストからストーリーとして分析をした語りを、下線部はテキスト諸部分の分析として分析をした部分を示し、下線番号と解釈中の（ ）内の番号は同一の部分を示す。また、解釈の結果示されたA氏の日常生活における活動の調整のテーマを【 】で示した。

2. A氏の活動の調整の仕方

A氏に『心臓が悪くなったのはいつごろからですか?』(以下『 』研究者, 「 」A氏の発言とする)と尋ねると、しばらく首をひねった後に以下のように語った。

「①心臓がというのは正直ねえ、ようわからん言うか、どない言うたらええんかな。もうちょっと前に戻ったほうがええんかな。その、60前後ぐらいから、もともと僕、体力ないんで、どない言うんかな、だんだんしんどくなってきたんですよ。②特にもう階段とか上がるのがしんどくなって、平面的には遠回りしてでもエスカレーターとかなくなってきて、もう仕事するのも無理やな思っ
て、61で仕事やめたんです。そして、それは別に、それはもともと自分でもそない体力的にないから思っ
て、そして③それで普通の日常生活してたんやけど。そしていつや、去年の秋、そやから62の10月に、ずっとたばこ結構吸ってたんやけど、④急にたばこ吸うのがもうしんどくなって、たばこ吸わなくなったんです。吸えなくなった感じだったんやけど、その後もこれを機会に金もかかるしやめよう思っ
て、そしてやめて。そして年末、年明けぐらいから、特に正月はほとんど2週間ほど、もう出歩けへんかったから、その次に動いたら物すごい歩くのがしんどくなってきて、もう動悸、息切れがひどかったんですよ。元々肺気腫の気があるとは言われとって、いずれそうなるやろうな思っ
て、たばこやめないかん思っ
てたけど、なかなかやめられへんかったから。～中略～ (呼吸器の病院で) 薬もらって、吸入剤とかもらって、ごっつう呼吸、楽になったん
です。そして、それから3日か4日ぐらいしてから、今度は呼吸、楽になったんやけど、心臓のばくばく感がとまらへんかったんです。～中略～ 紹介してもらってここ来たんです。そしたらもう心臓、心房細動頻脈症と言われて、多分、⑤ひどくなったんは、ほんまにことしの1月からなんですけども、もともと呼吸器系や思っ
てたけど、わからへんでね、その辺がね。先生に聞いたら、いや、そんな昔からじゃないん違うかって、やっぱり心臓悪くなったんは、最近というても1年か2年前やろうけど、違うかとは言うてはったけど。」

A氏の語りからは、“しんどくなる”につれて、遠回りしてでも階段を避けてエスカレーターを使い(②)、「もう無理やな思っ」仕事を辞め、やめられなかったたばこをやめ(④)、というように、それまで行っていた活動が、しんどいと感ずることによって徐々になくなり、変化していった様子が見えてくる。A氏は心不全の治療を受けているが、心臓が悪くなったのは「正直ようわからん」(①)と言う。A氏は自分のからだについて「もともとそない体力的にない」と感じており、その後COPDを指摘され、そして慢性呼吸不全(以下COPD)の加療を始め、COPDの悪化と思っていたところ心房細動による心不全の状態であった。A氏が疾患に気づいた順は必ずしも発症した順ではなく、時間性も症状も生活への影響も、すべて混然一体となって“しんどい”という状態を生み出しているといえる。

一般的にCOPDやCHFは、労作性の呼吸苦を症状とするため、活動と呼吸症状は密接に関連する。しかしA氏は、息苦しくてできなくなったのではなく“しんどくなる”ことによって活動を変えていたことを語っている。A氏が、「動悸、息切れがひどかった」「ごっつう呼吸、楽になった」「心臓のばくばく感」と述べていることから、この“しんどくなる”という現象は、呼吸苦とは異なる現象であろうことが推察される。これは呼吸苦がなかったということではなく、A氏は呼吸苦だけではない感覚を“しんどくなる”という言葉で表しているのであろう。そしてこの“しんどくなる”程度によって、「普通の日常生活してた」(③)状況から、「遠回りしてでもエスカレーター」(②)という生活の変化になり、「もう仕事するのも無理やな思っ、61で仕事やめた」

(②) という変化になり、「やめないかん思ってたけど、なかなかやめられへんかった」というたばこを「たばこ吸わなくなったんです。吸えなくなった感じだったんやけど、その後もこれを機会に金もかかるしやめよう思って、そしてやめて」(④) というように、体力がない身体なりに送ってきていた日常生活にやめざるを得ないことが増え、日常生活における活動の範囲が狭まっていったといえる。

A氏はまた、体力について以下のように語っている。

「⑥もともと僕自身が体力がないから、俺、ひょっとして大きな大病なんかしたら、全身麻酔をかけないかんような手術なんか、絶対よう受けれんと思ってたから、そんなんかけて1回入院したら、多分、社会復帰できへんなと思ってたから。その辺の自分自身のその恐れはずっと今でもあるんやけど、そんな大きな病気して全身麻酔をかけながら手術なんか、俺、受けれると思ってないから。『体力が。』(お腹周りをさすりながら)もうほんまに体重も四十二、三キロしかないからね、僕。『それは病気になられたから痩せたわけではなく。』じゃなくてももともと。⑦50キロぐらいしかなかった、それがだんだん減ってきたから、体力的にこれはちょっとまずいなと思ってたんやけど。そんなんやから、体力がないし、なったらあかんやろうなという気は自分ではずっとあったから。『そうなんですな。』ほんまにひどいとき、よく肺気腫の人は、どない言うかな、空中でおぼれてるみたいやという話を僕、聞いたことあったんよ。俺、自分なったときほんまにそない思ったから、やっぱりこない苦しいんかな思って、ほんま、それでも心臓やと思ってなかったからね、そのときはね。ほんまひどくなっただんは今年の1月に入ってからなんで、⑧それまでは徐々に自分では体力落ちてきた程度にしか思ってなくて、その程度で、階段上がるのがしんどいな、やめなあかんとかいうのがずっと続いてただけで、もうちょっと歩いたりして体力つけないかんと思いつつ、なかなかそない運動もせんと来てたらたばこが吸えなくなって、ああ、ちょっとやばなってきたかな、たばこやめたらちょっとようなるかなと思いつつ、余りよくなると、年明けたら急にひどなってもうてびっくりしてという状況やったんやけど。『そうでしたか。』ほんまに1月は夜寝るのも、ひどいときはこうなる(グラグラと体を円を描くように揺らす)ぐらい、酒飲んで寝て、そのとき、僕まだ心臓やと思ってなくて、呼吸器系やと思ってたんやけど、ほんまに酒飲んで寝るじゃないですか、もうなかなか寝られへんから、どんどん量も多うなっていくんやけど、酒飲んで寝たら、すぐ酔いも回ってるから、2時間、3時間は寝れるんですよ。僕、結構トイレ近いから、すぐしょんべんで起きるんやけど、1回は起きると、そないもう眠気というのがひどくなかったら、⑨今度は呼吸と心臓のほうで、もう寝るのが怖かったんよ、ほんま。それが続いてたから医者行って、呼吸器系はすぐ治って、次やっぱり心臓があかん言うて、ここ来させてもらうて、⑩そやからどない言うたらええんかな、そのときに比べたらはるかようになってるから。体力が戻った言うか、もともとそんなに体力ないから。1月に比べたらいうところ、ほんま。」

A氏にとって体力は、大きな手術をした後の社会復帰につながるものであり(⑥)、体重で示されるものであり(⑦)、しんどさにつながるもの(⑧)であった。A氏の言う体力もまた、“しんどくなる”ことと同様に様々なものを包含しているようである。特に、「寝るのが怖かった」(⑨)ほどの症状からよくなっている現在を「体力が戻った」(⑩)と表現していることから、「空中でおぼれているみたい」で「寝るのが怖い」呼吸苦も含め、様々な日常生活を制限させる“しん

どくなる”症状も、A氏は体力としてとらえて表現していると考えられる。

A氏の体力についてのとらえ方を示す語りには、活動量分析結果を見ながらのインタビューでは次のように語られている。

「もともともう仕事やめてから、^⑩もうほとんど動かんようになってるから、逆にちょっとぐらい歩かんと、初めは頻度がわからへんけど、今、先生に聞いたら、やっぱりどんどん歩いたほうがええって、そんな僕、もともと体力ありません、運動するほう違うから、歩くいうても知れてるやろうけど。」

「出かけたというか、近くの〇川をちょっと見て、^⑪前はよう〇川行ってたけど、最近、病氣してからそんな行ってなかったから、ちょっと今回、歩くのも兼ねて行ってみようかなと。」

「あとはできるだけちょっと、^⑫余り運動してないから、できるだけトイレ行くのに、2階にもトイレあるから、できるだけ2階に行くようにはしてる、できるだけちょっと運動しようと思って、それはあるんやけど。」

「(通院は) 2カ月に1回ぐらいの話やから。『そうですね。』^⑬最初のころはタクシーで来とったけど、もうあとはゆっくりやけど、歩いて。」

活動量分析結果を見ながらのインタビューでは、日常生活における活動の範囲を狭めていったことに反して、「もうほとんど動かんようになってるから、逆にちょっとぐらい歩かんと」(⑩)、「できるだけちょっと運動しようと思って」(⑬)というように、広げていこうとしている活動が語られていた。広げるとは言っても「そんな僕、もともと体力ありません、運動するほう違うから、歩くいうても知れてるやろうけど」というようなもとの体力で行っていた運動より広いものではなく、以前よく散歩に行っていた川まで(⑫)や、自宅の2階にあるトイレ(⑬)のような、なじみのある範囲の中で、であった。こうした活動を広げることに係る語りの中には、「できるだけ」「ちょっと」「2カ月に1回ぐらいの話」「(たかが)知れている」というように大きな変化ではないことを強調するような言葉を必ず伴っていた。仕事を退職したり、長年やめることができなかった煙草をやめたりというような活動を狭めてきた語りに対して、このことは非常につましやかに語られていた。このことは、A氏が活動量測定前のインタビューで「もうちょっと歩いたりして体力つけないかな」(⑧)と述べ、活動を広げて体力をつけようとしてはいるものの、最も悪かったところに比べれば戻ったといえなくもない程度(⑨)であることも関連しているといえる。COPDや心不全による呼吸苦という症状は、空中でおぼれるような対処困難な現象であったにもかかわらず、体力の衰えによる活動時の息切れと同様に捉えられているがために、体力に見合う範囲に収めることで対処可能なものとしてA氏の世界に存在していたといえる。つまり、A氏は判別不可能で複雑な症状に関心を向けるのではなく、体力に関心を向けることによって、症状そのものも対処可能なものとしていた。これによって、複数の疾患によって生じる複雑な症状は、呼吸機能や心機能の低下という病理的なしがらみを超えて、体力をつける活動によって対処可能なものとして了解されたのであろう。

A氏の日常生活における活動は、様々な状況を内包した“しんどくなる”という状況によって活動の範囲を狭めることになってきたが、活動をいつやめるのか、何をやめるのかの判断は、A氏が捉えた“体力”に応じて決定していた。そしてこの体力は、体力をつける活動によって改善

するようにA氏が対処することが可能なものでもあった。A氏は、COPDやCHFによっておこる判別しづらい【複雑な症状を体力として理解する】ことで、自身が対処可能な状況として捉えることができ、【体力に見合った範囲で活動できるように生活の範囲を狭める】というふるまいに繋がっていたといえた。

3. 【体力に見合った範囲で活動できるように生活の範囲を狭める】ことの意味

呼吸苦という症状は、一般的に非常に対処しづらい症状だといえる。特に、心不全やCOPDのように、不可逆的な組織の変化によって生じる呼吸苦は、死ぬかもしれない恐怖を伴う体験であり、まさにHeideggerのいう、死という不可避な可能性が眼前に立ち上がってくる体験である。同時に、A氏自身が「(たばこを)吸えなくなった感じ」(④)と表現していたように、様々な活動をできなくさせるものでもある。しかしA氏は、呼吸苦を含めた症状を“しんどくなる”と表現した。“しんどくなる”ことは、対処可能な“体力”との兼ね合いを図ることで、活動をできなくさせるものではなく、活動を調整することによって対処することが可能なものとなっていた。だが、対処可能とはいえ、生活の範囲を狭める対処の結果には退職のように不可逆的なものも含まれていた。A氏が【体力に見合った範囲で活動できるように生活の範囲を狭める】ことにはどのような意味があるのだろうか。

『『ここ最近で一番疲れたというか、疲れを感じたときというのはどんなときですか。』^⑮疲れのようなこともしてないから。』

『ここに来させてもらう前に比べたら、もう格段によくなってる。ただ、それはちょっと、^⑯前やったら100メートルも歩いたらばくばくしてよう歩かんかったやつが、今やったらそれはゆっくりやったら1キロでも歩けるもん。そやけど、ちょっと走ったりしたら、それはどきどきするわね。』

『『大体歩かれてるときって、すごくこの(METs)強さが強くなる方が多いんですけど、歩き方というのは何か気をつけてらっしゃるんですか。』もともとこの自覚症状出たのがことしの初めなんやけど、それぐらいから、まずそのころは100メートル歩いたら息切れして、休まんとどうしようもなかったから、その後、それは^⑰できるだけそんな運動はせえへんわね。そして自然とやっぱり歩幅とかは小さくなってると思うし、もう走ることなんて、今から考えたら二、三年前から階段なんか上がるのしんどかったから。』

『^⑱歩くはゆっくり、それは速くはよう歩かんから。』

『『歩数が多くなっても、割とゆっくり歩かれて、負担の少ない歩き方をなさってるのかなと。』^⑲もう速くはよう歩かんから、走ったりは絶対せえへんから。』

A氏は走ったりは絶対にせず(⑰⑱)、歩くのもゆっくりであるという(⑱)。それは「速くはようあるかんから」(⑰⑱) そうならざるを得ないのであり、自然と歩幅も小さく、しんどくない動作になってしまうということである。A氏は自然とと語っているが、動悸について“ばくばく”と“どきどき”という異なる擬音を用いて表現している。急性増悪していたころは「100メートルも歩いたらばくばくしてよう歩かんかった」が、格段に良くなった現在では「そやけど、ちょっと走ったりしたら、それはどきどきする」(⑱)のである。100メートルの歩行で“ばくばく”し

ていた状態から、ちょっと走ったら“どきどき”する。することができる活動もその後の反応も、格段に良くなっているものの、A氏にとって“どきどき”という反応は体力に見合った活動に対する反応ではなかった。そのため絶対走らないのである。このようにA氏は、活動とその活動によって身体に現れた反応から体力に見合った活動なのかを判断し、【疲れるような動き方をしない】というふるまいになっていた。そして、「何せ速う歩いたら心臓しんどいから。意識してるというたら意識してるのかな。」というように、しんどいという事は意識していてもゆっくり歩くことは意識していないようになり、「自然とやっぱり歩幅とかは小さくなってると思うし」と、疲れない動き方が習慣として身体に染みついていき、疲れるようなことをしない生活へと変化していったと考えられる。

A氏は、『治療を受け始めてから一番変わったところはどんなところですか。』という問いに以下のように答えた。

「定期的に薬飲むというのは結構しんどいよね。ここの病院でもろてるのが6種類か7種類ぐらいあるし、呼吸器系のほうも2種類か3種類あるし、それを3回、やっぱり僕、どないしても朝が遅いから、起きてくるのがもう9時半かぐらいなんですよね。そして起きてすぐ飯もよう食べんから。先生は別に食べられへんかったら食べへんかったらええから、薬をそのかわりできるだけ定期的に起きて、朝、昼、晩と飲むほうがええと言わはるから、それでもやっぱり昼ごろに朝のやつを飲んで、もう一回、夕方、昼のやつをやって、寝るころいうたらもう9時、10時、薬飲んで、僕、いつもそんな量は多うないけど酒を飲むんで、その薬を飲み切らんと、なかなか日本酒飲んだ後、薬飲む気ならんじゃないですか、飲むのがよくないかわからへんと思うから、そやから9時半か10時ごろ薬、夕方の夜の薬飲んでから、1時間か2時間飲んで寝るんやけど、それもやっぱり薬飲むがしんどいいうたらしんどいかな。『そうなんですね。じゃあそういうところが一番変わって。』変わったね。そやから1月の末に呼吸器系の医者にかかるまでは、薬なんか、それはビタミン剤ぐらいは飲んでたけど、その程度やからね。『そうなんですね。じゃあそしたらやっぱり一番大きく変わったところですね。』薬飲むのを定期的にある程度、ずっと頭の中あるわね、やっぱり。」

A氏は、一番の変化は服薬するようになったことだと語った。1回に10錠前後の薬を、指示されたように服用しなければならぬということは、ずっと頭の中であってしんどいことであると言う。A氏は薬について「薬もらって、吸入剤とかもらって、ごっつう呼吸、楽になったんです。」「いろいろ薬変えて、ずっとデータ見てたら、もう不整脈、かなりもうとまってるから、もうこれでしばらくやらんと様子見ようか言うて、今はもう不整脈はとまってるみたいな言い方してもろとるんですけどね。」と話しており、服薬によってCOPDも心不全も楽になっていることを理解していた。自宅から病院まで歩いて通院しているA氏は、病院に到着した時点では息切れがひどく、しばらく座って安静にしてからでないかと受付に向かうことができないう状態であった。服薬だしんどいと同様に、体力をつけるためにできるだけ歩くようにしていた(⑩~⑭)ことも、A氏の身体としてはつらさを伴うものであると言える。しかし、つらいからと言ってしないでいると、体力は低下していくものでもある。おそらくA氏にとっては、薬を服用し続けることも、歩くことと同様に体力をつけるための手段であろうことが推測された。つまりA氏は、【疲れるよ

うな動き方をしない】だけでなく、しんどいことであっても【体力を維持できるようにやってみる】ことも、活動の調整のふるまいとして行っていた。

これらのA氏のふるまいは、COPD や心不全によって生じたからだの変化によって、いわばそのようなならざるを得なかった側面があった。しかしA氏の語りには、疾患とは無関係に継続している日常性に関する語りも含まれていた。

『病気になる前からずっと何か続けてらっしゃることと違ってありますか。』 どういうことですか、体に対してということ。『いえ、趣味でも構わないですし、何かずっとやめずに続けてらっしゃることとか。』 ～中略～ ②外に出て飲んだりとか外食とか、そういうそれはもう少ななつた、仕事やめたし。もう家で毎日は酒飲んでるけど、毎日飲むのと、あとは競馬かな。～中略～ 先生から酒は量を減らしたほうがええと言われてるから、③少しは減らしぎみにしてるけど、それでもそんな減ってるわけ違う、毎日飲んでる。人と飲むことはもうほんまに年に3回、4回のレベルになってきてるから少ないね。 ～中略～ 『そうなんです。じゃあ何か今、楽しみがなくなるとか、やりたいことができなくなるとかというような形では全くないんですね。』 それはないですね。僕ももともと仕事退職してからのあれやから、④そやから別に特にできなくなつたとかいうのはないね。まだいろいろせな。～中略～ ⑤僕が仕事上の書類を家にいっぱい持って帰って、10年以上たってるんやけど、それを整理せないかんと思って、ぎょうさんあって、それを週に1回ぐらいやらないかんな思いながらなかなかせえへんかつたんやけど、今度、ことしの1月ぐらいにひどなつたときに、今はもう楽になつてるからあれやけど、ちょっとこれ、まじにしとかんと、⑥そんなに長いこと生きてられへんかな思ってるから、それはちょっと早うせなあかんと思ひもって、それで始めたりとかしてるんやけどね。』

(活動量測定結果を見ながら)『『大体一、二分で20歩ぐらいですかね、なのでそんなにたくさんは動いてないので、ちょっと動いてる、そのちょっとの動きが割と強目の動きになっているような。』) パソコン出す場合にテーブル拭いたり、そんなんはしてる。結構、お茶入れるのに、そんなんは、いつも俺が使ってる、俺が自分でテーブル拭いたりしてるから、それかわからんね、朝はね。『ただ歩くというよりも、何かそういうふうなことをしながらという。多分パソコンさわる前にテーブルとか拭いて、いつもの。』 ⑦テーブルを拭いたりとか。朝の態勢に持っていくための、ちょっと物を動かしたりとか、それはあるかもしれんね。』

来院時の息切れや受付を済ませるまでの様子を見ていると、できなくなつたと感じる人が多いのではないかと予測された。しかしA氏は「別に特にできなくなつたとかいうのはない」(⑧)と言う。むしろ「まだいろいろせな。」(⑨)とも述べていた。A氏にとって【疲れるようなことはしない】ようにして、【体力に見合った範囲で活動できるように生活の範囲を狭める】ことは、疾患や症状によってできなくなつた体験ではないようである。

A氏の語りを見ると、全くできなくなつた体験の語りは急性増悪の際の語り、空中で溺れるような呼吸ができなくなつた体験、呼吸苦によって眠ることができなくなつた体験のみである。階段を避けてエスカレーターを使ったり、絶対に走らなかつたりはするが、ゆっくり歩いたり、自宅では階段を上って2階のトイレを使っている。仕事も退職はしたものの、自宅でしなければならない書類の整理(⑩)があり、好きな飲酒も競馬も、頻度や飲み方は変わったが「それでそん

な減ってるわけ違う」(㉑)と言い切っている。そして「パソコン出す場合にテーブル拭いたり、そんなんはしてる。結構、お茶入れるのに、そんなんは、いつも俺が使ってる、俺が自分でテーブル拭いたりしてるから、それかわからんね、朝はね。」というように、強度の強い活動ではないが、「いつも」の活動は変わることなく続けていた。A氏が狭めている活動の範囲は、活動を完全に中止してしまうような狭め方ではなく、やり方は変わったとしてもいつものことは継続していくような狭め方であった。COPDや心不全を発症する以前から、A氏は体力がない(⑥)存在として自分を了解していた。体力がないA氏は、今ある体力で余裕をもって生活できる範囲に狭めることで、【慣れている生活の仕方を守る】ことができていたと言えた。A氏の慣れている生活というのは、競馬やお酒と言った生活の潤いや楽しみの部分であったり、机を拭いたりパソコンを持って来たりして「朝の態勢に持っていくための、ちょっと物を動かしたり、それはあるかもしれないね。」(㉒)というような、おそらくずいぶん以前から何かをするときの儀式のように癖づいた活動の仕方であったりという部分である。A氏の日常生活における活動の調整の仕方である、【体力に見合った範囲で活動できるように生活の範囲を狭める】とは、何か活動ができなくなったり諦めたりするものではなく、体力に合わせて余分な活動をそぎ落とし、スリムにしていくことで負担を減らしていくような調整の仕方であり、そうすることによって【慣れている生活の仕方を守る】という意味を持っていたと考えられる。

述べられていたように、A氏にとってCOPDや心不全の急性増悪期の体験は、は明確に死を想起させるものであった。しかし、この体験こそがA氏の先駆的決意性の契機であったとは言いがたい。A氏は元々体力がなく大きな手術をしたら社会復帰できないのではないかと思っていた(⑥)と語っており、COPDや心不全の診断以前から、明確ではないにしても自分自身の死を意識した経験を持っていたと思われる。そのため、呼吸苦や易疲労などの症状を体力として捉えることで、COPDや心不全もA氏の自身の体力がないという存在了解の内に収まってしまったのであろう。【体力に見合った範囲で活動できるように生活の範囲を狭める】ことは、体力のない己を企投したA氏のふるまいであった。だからこそA氏は、病いによって「別に特にできなくなったとかいうのはない」(㉓)のではなく、体力のない【疲れるようなことはしない】ことで体力の消耗を防ぎ、【体力を維持できるようにやってみる】ことで体力を維持しながら、【体力に見合った範囲で活動できるように生活の範囲を狭める】ことで、体力がないなりに【慣れている生活の仕方を守る】ことができていたと言えた。

IV. 考察

A氏の日常生活における活動の調整の意味は【慣れている生活の仕方を守る】ことであった。そのための仕方として行われていたのが【疲れるようなことはしない】【体力を維持できるようにやってみる】【体力に見合った範囲で活動できるように生活の範囲を狭める】であった。このようなA氏の調整の仕方と意味について、A氏がCHFとCOPDという病いを持った存在として、どのようにA氏の世界に住み込んでいたのかという視点から考察を加える。

1. 活動を調整することのパラダイムと手許性

一般的に COPD においても CHF においても適切な範囲での運動を行うことによって不活動を防ぐ必要がある。不活動であることは、病態の進行の負のスパイラルを増長させる要因であるため、薬物や栄養、運動の視点からの療養法を用いて労作時の呼吸困難感をマネジメントしながら、出来る限り活動的な日常生活を維持できるように支援³⁾していく。この場合、活動を調整することのパラダイムは、病状の進行を防ぐことである。その結果、症状が緩和され、生活の質が維持されるのであるが、一義的なパラダイムは病状の進行の抑制である。一方で、A氏が行っていた日常生活における活動の調整は、“体力”を軸として行われていた。体力とは何もしなければ低下していくが、何かをすることによって維持可能なものであった。そのため、無理をしない活動にしたり、体力を維持するための活動を行ったりをしながら体力を調整し、その体力に見合った範囲の活動を行うことで、A氏の慣れている生活の仕方を守ることができていた。A氏の活動の調整のパラダイムは、慣れている生活を継続することにある。呼吸苦を避けたり、病気をコントロールしたりすることではない。COPD も CHF も、ともに進行性で不可逆的なものであり、コントロールすることは困難である。このような困難に挑み続けることは難しく、いずれは挑むことができなくなるであろうことは想像に難くない。また松本ら⁴⁾の研究では、COPD 患者の希望を脅かす要素として「活動を妨げる感覚」があることが明らかにされている。物事に耐えうるだけの心身の力や根気を使い果たし、労作時の息切れに対する恐怖感や活動の中断や失敗に対する気がかりを持つことは、患者が絶望に苛まれる原因ともいえる。CHF においても同様に、体がいうことをきかないために日常生活の中で生じる不都合さや、症状が進んでいくことを止めることができないことによって「体の統制感の喪失」を自覚することが明らかになっている⁵⁾。COPD も CHF も、抑うつやうつ症状を併発することが多いことの一部として、こうした無力感や統制感の喪失がある。比較的軽症な場合には、ある程度コントロールすることは可能であろうが、一つ一つは軽症であっても、複数を合併した状態でコントロールすることは困難を伴う。A氏は病気や症状を“体力”として捉えることで、調整する主体ではなく背景として受け入れ、生活を守っていた。A氏に現れている“しんどくなる”という症状は、COPD と CHF が混然一体となったよくわからないものである。つまり、病気や症状のコントロールにパラダイムを置くのではなく、生活を維持することにパラダイムを向けることによって、A氏の身に起きていることが理解可能なものになり、対処可能なものになったのだと考えられる。

Heidegger⁶⁾ は世界の内側で道具的存在と出会い、道具的存在が使用可能なものとしての意味を帯びて了解されている状況を手許性とよぶ。A氏は息切れや呼吸苦といったそれぞれの症状を捉えるのではなく、総じて“体力”として捉えたことで、症状も生活を送るうえで使用可能な道具として了解された。A氏にとって日常生活における活動の調整という体験が、出来なくなったという体験ではなく、まだいろいろしなければならぬことをしていくことが可能であると語ることができる体験であった。その理由として、上記のように複雑な症状やそれによって起きる日常生活の変化が、手許にあるものとして了解され、道具として使用することで、A氏自身がおかれた状況に対処可能であったことが考えられた。

2. 看護への示唆

患者の療養生活の支援として、呼吸のコントロールの仕方、からだの動かし方、急性増悪の予

防、症状のコントロール、モニタリング、体調の管理を行っていく。本稿の結果から、こうした支援の具体的な方法がいくつか示唆された。例えば、症状モニタリングでは、患者の身体の捉え方に基づき、A氏にとっての体力のように患者が了解しやすい視点を設定すること、活動の調整のパラダイムを症状の軽減やコントロールに向けるのではなく、生活の継続にあてることである。もちろん症状マネジメントも重要であることは述べるまでもないが、特に呼吸苦のように体験する症状は同じであっても機序が異なるような症状をマネジメントすることは難しい。病態だけではなく、患者が体験している症状を丁寧に聞き取ることによって、病気を持った患者の身体に手許性を持たせるようなアプローチは可能である。河田⁷⁾は、COPD患者の体調調整に関する研究の結果から、患者の生活をより全体的なものとして、個別的なものとして捉えることの必要性を述べている。A氏の体力のように、病いを得る以前の生活の経験の中に、病いを得ながら生活を続けていくために必要な体験が埋もれている可能性もある。そのため、病気や症状だけではなく、患者の生活歴を丁寧に聞き取り、全体的に捉えていく必要がある。また、息切れや呼吸苦は、体力や疲労、感冒などの一時的な疾患によっても生じる症状でもある。先行研究⁸⁾において「日常的な息切れを感じていたが、それは〈疲れ〉や〈運動不足〉或は〈老い〉や〈環境の変化〉だと自己の内々に理由を見出し解釈することによって、その感覚を息切れや息苦しさで自覚することなく過ごしていた。この意味において、「息苦しさ」は〈意識がないと分からない〉ことであり、生活の中に埋没した体験であった。」とされているように、生活の中に埋もれていて自分自身でも気づけない体験である可能性もある。とくにA氏がそうであったように、複数の疾患にり患している場合には更に症状の体験の中にも埋もれてしまうことが考えられる。単に新たな療養の仕方を伝えるだけではなく、患者の生活歴を聞き取り、患者とともにそれまでの患者の生活に向き合う姿勢をもつことが、介入への糸口の一つだと言える。

V. 研究の限界と課題

一つ目に、解釈学的現象学の手法において「提供されたテキストに可能な限りの、最もふさわしい説明を与えることが、現象学的な研究の学術的な伝統における厳密な規則である」⁹⁾が、そこには、解釈を行う研究者の主観や先入観などが入り込む可能性があるという、研究手法そのものにある限界がある。これについては研究手法に精通した研究者のスーパーバイズを受けながら解釈を行ったが、研究協力者からのフィードバックを得るなどの方法についても検討すべき余地が残されていたと考える。二つ目に、本研究は1名の研究協力者の語りを解釈した結果であり、限られた状況下での結果という限界がある。今後は病期や性別、年齢など、研究協力者の幅を広げていくことが必要である。

謝辞：本研究にご協力いただきましたA氏、研究協力施設の方々、ご指導いただきました先生がた、特に野並葉子教授に深く謝申し上げます。

【引用文献】

- 1) 日本呼吸器学会, *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4版*. 東京: メディカルレビュー社, 2013.

- 2) 日本循環器学会. 慢性心不全治療ガイドライン (2010年改訂版). 2013.
- 3) 佐藤晋. COPD まるわかりノート. ハートナーシング, 28 (10), 992-999, 看護科学学会誌, 26 (2), 58-66, 2006.
- 4) 松本麻里, 土居洋子. 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), 58-66, 2006.
- 5) 阿川慶子, 原祥子, 小野光美, 沖中由美. 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, 17 (1), 46-54, 2012.
- 6) Heidegger M. *存在と時間II* (第3版). (訳) 原佑, 渡邊二郎. 東京: 中央公論社, 2003.
- 7) 河田照絵. 安定期慢性閉塞性肺疾患患者の日常生活における体調調整の特徴. 日本看護科学学会誌, 31 (4), 86-95, 2011.
- 8) 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, 22, 39-48, 2008.
- 9) Benner, P. (Ed.) (2006). ベナー 解釈的現象学 健康と病気における身体性・ケアリング・倫理. (相良ローゼンマイヤーみはる 監) 東京: 医歯薬出版. (1994).

【参考文献】

- Benner, P. (Ed.) (2006). ベナー 解釈的現象学 健康と病気における身体性・ケアリング・倫理. (相良ローゼンマイヤーみはる 監) 東京: 医歯薬出版. (1994).
- Benner, P., & Wrubel, J. (1999). 現象学的人間論と看護. (難波卓志 訳). 東京: 医学書院. (1989).
- Heidegger, M. (2003a). *存在と時間I* (第3版). (原佑, 渡邊二郎, 訳) 東京: 中央公論社. (1927).
- Heidegger, M. (2003b). *存在と時間II* (第3版). (原佑, 渡邊二郎, 訳) 東京: 中央公論社. (1927).
- Heidegger, M. (2003c). *存在と時間III* (第3版). (原佑, 渡邊二郎, 訳) 東京: 中央公論社. (1927).
- Heidegger, M. (2006). *ハイデッガーカッセル講演*. (後藤嘉也 訳) 東京: 平凡社 (1992).
- 本田弘治 (1990). 解釈学的現象学における他者理解について. 奈良大学紀要, 18, 26-34.
- 市川浩 (1993). <身>の構造 身体論を超えて. 東京: 講談社.
- 眞茅みゆき (2013). 循環器疾患患者のメンタルケアに必要な基礎知識 心不全患者のメンタルケアにおける看護のポイント. *Heart*, 3 (11), 11-23.

