研　究

がん患者に携わる病棟看護師の困難感

Cancer Nursing　Terminal Phase　Difficulty feeling

工藤　勇人　Hayato Kudo
田中　優姫　Yuuhi Tanaka
中田　明香理　Sayaka Nakata
大嶋　守　Mamoru Oshima

要　旨

日本人の死亡原因１位は悪性新生物であり、この状況が長期に及んでいる為、看護師はがん患者と関わる機会が多い。先行研究を調べると看護師が患者との関わりでストレスやジレンマを感じていたり、関係性を構築する中で葛藤が生じていることが報告されている。そのため当院でもどのような困難感やジレンマ、ストレスを生じているのかを確認するために、看護師のがん看護に対する困難感尺度を使用し、調査を行った。すると、看護師の困難感は患者・家族とのコミュニケーションに対する困難感が非常に高く、次いで自らの知識・技術に対する困難感が高かった。さらにシステム・地域連携に関する困難感も高かった。また、困難感が少ない項目は医師の治療や対応に関すること、看取りに関することでありＡ病院消化器・血液内科混合病棟の看護師は医師の治療や対応、看取りでの対応について不満は少ないことが分かった。

Key words：Cancer ward nurses to patient difficulties

はじめに

2016 年、厚生労働省が公表する患者状況の概要によると、日本人の死亡原因の第 1 位は悪性新生物で、[1] この状況が長期に及ぶ傾向があり、現在、厚生労働省の第３次対がん総合戦略研究事業が推進されている。その一環である「緩和ケア普及の為の地域プロジェクト（OPTIM プロジェクト）」では、がん患者に対する関わり方、ケアの方法が広く一般にも公開されている。また、がん患者に携わる看護師、家族の不安を調査した看護研究では、「看護師が終末期がん患者と接する時間が少ない事へのジレンマやストレスを感じている。」[2]「看護師は終末期患者と親密な関係を築くほど、患者への死に対する思いの葛藤がある」[3] ことが報告されている。Ａ病院は、がん診療連携拠点病院であり、病棟でがん患者と関わる機会も多い。そのため、先行研究と同様の困難感やジレンマや当院特有のストレスが潜在しているのではないかという疑問が生じた。そこで病棟看護師を対象として、「看護師のがん看護に対する困難感尺度」を使用し、がん患者看護に携わった看護師のコミュニケーションや知識・技術の活用において不安や大変だと感じた困難感を明らかにすることを目的とした。

材料と方法

研究期間　2015 年 10 月から 2016 年 9 月

研究対象　対象者は、Ａ病院消化器・血液内科混合病棟でがん患者のケアに関わったことのある看護師 20 名を調査した。

データ収集方法　無記名の自記式質問紙法とし、2016 年 3 月に実施した。調査票は、回収箱を設置し、看護研究担当者のみがアンケート内容を確認できるようにした。看護師ががん患者、家族のケアを行うときに不安や大変さを感じたことを明らかにする看護師のがん看護に対する困難感尺度①）を使用。6 領域、49 項目からなり「非常にそう思う（6 点）」から「まったくそう思わない（１点）」の 6 件法で回答する。合計は 49 点で、点数が強いほど困難感があることを示す。調査票には回答者の属性を知るため、年齢、臨床経験年数の記入欄を設けた。（ 資料１参照 ）病棟スタッフステーションに回収箱を設置し、研究担当者のみがアンケートの回収を確認できるようにした。

データ分析方法　がん看護に関する困難感尺度の質問項目別の回答分布および６領域別に回答の選択肢ごとの割合を求めた。各項目の回答は「非常にそう思う」と「やや

砂川市立病院　看護部
Department of Nursing,Sunagawa City Medical Center

そう思う」の合計を困難感が強い回答として集計した。また、回答者の属性はカテゴリー別に集計した。

倫理的配慮　対象者に研究目的、方法を文書で説明。個人情報保護を厳守し、研究結果は個人を特定できないようコード化にして処理することを文書で説明し、アンケートの回収をもって同意とみなした。

結　果

2015 年 10 月から 2016 年 9 月までの約 1 年間でA病院の血液内科・消化器内科混合病棟の入院患者は 785 名、その内 242 名 (30.8％) ががん患者であった。対象者 20 名のうち、回答者は 20 名 (回答率 100％)、であった。回答者は、29 歳以下の看護師の割合が 10 名 (50.0％) で、経験年数 4 年以下の看護師が 8 名 (40.0％) であった。研究期間中に回答者が 1 年間に受け持ったがん患者数は 10 ～ 49 名が最も多く 11 名 (55.0％)。だった。 1 年間に経験した終末期がん患者の数は 10 ～ 49 名が 16 名 (55.0％) と最も多かった。過去 1 年間にがん看護に関する院外研修受講時間については 0 時間が 10 名 (50％) だった。がん看護に関する困難感尺度の結果を資料 2 に示す。

「非常にそう思う」から「ややそう思う」の合計を困難感が強い回答として集計すると、「Ⅰ．コミュニケーションに関すること」で最も高かった項目は「11. 家族と十分に話をする時間がとれない（100％）」であった。同様に、80％以上が困難と回答とした項目は「8. 患者と家族のコミュニケーションが上手くいっていない場合の対応に困る（95％）」「2. 転移や予後など“悪い知らせ”を伝えられた後の患者への対応が難しい（90％）」「6.“死にたい”と訴える患者に対する対応に困難を感じる（80％）」「3. 患者と十分に話をする時間がとれない（80％）」「10. 転移や予後など「悪い知らせ」を伝えられた後の家族への対応が難しい (80％)」「十分に病名告知や病状告知をされていない家族とのコミュニケーションが困難である（80％）」であった。

「Ⅱ．自らの知識・技術に関すること」で最も高かった項目は、「14. 私は抗がん剤治療や副作用に関する知識・技術が不十分に感じる（90％）」であった。同様に、80％以上が困難と回答とした項目は「19. 私は倦怠感のアセスメントや治療・ケアに関する知識や技術が不十分であると感じる (85％)」「21. 私は抑うつや不安などのアセスメントや治療・ケアに関する知識や技術が不十分であると感じる（85％)」「Ⅲ．医師の治療や対応に関すること」で最も高かった項目は、「29. 医師や看護師が患者に対する治療のゴールを共有できていない医師や看護師が患者に対する治療のゴールを共有できていない（60％）」であった。また、「全くそう思わない」から「あまりそう思わない」合計を困難感が強い割合として集計すると、「23. 医師が終末期の患者に関わることに消極的である (75%)」「25. 医師の医療用麻薬の処方の方法が不適切である (75%)」であった。「Ⅳ．告知・病状説明に関すること」で最も高かった項目は、「36. 患者・家族が治療や病状の説明内容や治療の目的（延命や緩和治療であることなど）を受けたのに理解していない（70％）」であった。また、「全くそう思わない」から「あまりそう思わない」の合計を困難感が強い割合として集計すると、「31. 医師からの患者への病名告知が不十分 (90%)」「33. 医師からの終末期の患者のへの治療や病状に関する説明が不十分 (70%)「医師からの終末期の家族への治療や症状に関する説明が不十分 (60%)」であった。「Ⅴ．システム・地域連携に関すること」で最も高かった項目は、「39. 身寄りがない患者の在宅療養が困難である（95％)」であった。ほかにも、80％以上が困難と回答とした項目は「41. 患者や家族に退院をすすめてから、実際に退院になるまでに準備に時間がかかりすぎる（80％)」「37. 在宅へ退院したほうがいいと思う患者が､実際には退院できない (80％)」であった。また、「まったくそう思わない」から「あまりそう思わない」の合計を困難感が強い割合として集計すると、「44. 治療期と終末期の患者を同じ病棟で受け持つことに困難を感じる (70%)」であった。「Ⅵ．看取りに関すること」で「まったくそう思わない」から「あまりそう思わない」の合計を困難感が強い割合として集計すると「48. 臨終前後の患者・家族に誠意のない対応をする医師がいる (100%)」「49. 臨終前後の患者・家族に誠意のない対応をする看護師がいる (100%)」であった。

考　察

看護師のがん看護に対する困難感は患者・家族とのコミュニケーションの領域が非常に高く、次いで自らの知識・技術に対する困難感が高かった。さらにシステム・地域連携に関する困難感も高かった。このような本結果は名越ら [2]、岩協ら [6]、横浜ら [7] の報告と同様の傾向であり、これらに対する困難さとは年齢とは関係なく看護師が感じており、経験年数を重ねるだけではスキルの習得や自信を得ることが難しい可能性を含んでいると考える。比較的困難感を感じていない項目は、「医師の治療や対応に関すること」、「告知･病状説明に関すること」「看取りに関すること」であった。患者・家族とのコミュニケーションに対する困難感がある、自らの知識・技術に対する困難感があるということは名越ら [2] 岩脇ら [6]、横浜ら [7] の報告と同様の傾向であり、本調査においても看護師は､年齢差に関わらずコミュニケーション､知識･技術に関して困難だと感じていることが分かった。システム・地域連携に関する領域では、治療期と終末期の患者を同じ病棟で受け持つことに対する困難感は少ない傾向にあった。当科はがん診療連携家転病院の一般病棟であり、がん患者の治療期と終末期の患者を同じ病棟で看護す

ることが一般的であり、病期は異なってもがん患者を同じ病棟で看るという点に対しては抵抗感が少ないことが伺える。一方、困難であると感じることとして、「身寄りがない患者の在宅療養」、「経済的な問題を抱えた患者への対応」、「患者や家族に退院をすすめ実際に退院になるまでに準備に時間がかかりすぎる」など、在宅療養へ移行したほうがいいと思う患者が、実際には退院できないということに対してはジレンマを感じていることが伺えた。これらには以下の人口分布の地域特性が関与している可能性が考えられる。平成 22 年度の国勢調査[9] 結果、北海道の高齢者人口[10] は 135 万人で、その中でも独居者は 26 万人で、47 都道府県中４位である。砂川市は人口 19,000 人中、高齢人口 5,900 人とほぼ 3 人に 1 人は高齢者で、特に 65 歳以上の 1 人暮らし高齢者は全 1,300 世帯の 14% を占めている。近隣の上砂川町、歌志内市は、平成 24 年度住民基本台帳人口 11) では 65 歳以上の占める割合は総人口の 40% を超えている。その為、身体的には、自宅退院が可能であっても、家族の受け入れ態勢が整っていないという状況が自宅退院を複雑にしていると考える。このような北海道、特にここ砂川市周辺地域の特性は、全国の過疎地や高齢者率の高い地域と共通する特徴ではないかと考える。告知・病状説明に関する領域では、「患者・家族が治療や病状の説明内容や治療の目的（延命や緩和治療であることなど）を受けたのに理解していない」が最も高い。これについては参考となる先行研究は見受けられていなかったが、このことは医療者側の説明と患者の理解との間に乖離が生じた状況が想定され、その対応に困難さを感じている可能性があり、そのような場面が頻繁に起きている可能性も考えられる。

医師の治療や対応に関する領域では、医師の治療法や患者との関わりに対しては不満足だと感じる看護師は比較的少なく、看取りに関する部分では臨終前後の医師の対応について不満足だと感じる看護師が 1 人もいなかった結果を考えると、看護師が医師の対応に看護師が満足感を得ているということが分かった。今回の調査結果には限界がある。対象者の半数は 30 歳以下の看護師であった為、対象母集団の一般的な意見というより、若年者の意見を反映している可能性がある。しかし、全体的な結果を見ると、困難だと感じていること、困難だと思わないことが年齢や経験年数には関係なく現れていることが資料３を確認すると明らかになった。がん患者に関わることの多い当病棟のみの調査であったため、今回、先行研究と同じような結果が出たのではないかと考えるが、がん患者と関わる機会の少ない病棟の意見も参考にするため院内全体での調査を実施していきたい。また、対象の背景や今回の尺度で抽出して出てきた困難感をより具体的に調べていくことも今後の課題であると考える。

【引用文献】

厚生労働省，平成 26 年患者調査の概況
http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou//geppo/nengai14/index.html　accessed:2015.5.22

2) 名越恵美，掛橋千賀子：終末期がん患者にかかわる看護師の体験の意味づけ - 一般病棟に焦点を当てて - ，日本がん看護学会学会誌 19 巻 1 号，43-49，2005.

3) 北野華奈恵，長谷川智子，上原佳子：がんの終末期患者と非終末期患者に対する看護師の認識と感情および感情労働の相違，日本がん看護学会学会誌 26 巻 3 号，44-51，2012.

4) 庄村雅子：死にゆくがん患者と家族員との相互作用に関する研究，日本がん看護学会学会誌 22 巻 1 号，65-75，2008.

5) 大重育美：一般病棟における終末期がん患者の家族ケア評価 - 30 歳未満と 30 歳以上の看護師の年代別比較 - ，日本がん看護学会学会誌 25 巻 3 号，39-45，2011.

6) 岩脇陽子，藤本早和子，関川加奈子：がん疼痛を抱える患者の看護実践において看護師が体験している困難，日本がん看護学会学会誌 26 巻 2 号，86-91，2012.

7) 横浜優子，森一恵：ギアチェンジ後に一般病棟に転院したがん患者のターミナルケアを行う看護師のジレンマと対処方法，日本がん看護学会学会誌 27 巻 3 号，33-39，2013.

8) 看護師のがん看護に関する困難感尺度の作成，小野寺麻衣１), 熊田真紀子 2)，大桐規子 2), 浅野玲子 2), 小笠原喜美代 2), 後藤あき子 2)，柴田弘子 2), 庄子由美 2), 仙石美枝子 2), 山内かず子 2), 門間典子 2), 宮下光令 3)Palliative Care Research 2013:8(2)，240-7

9) 千葉県庁，一人暮らし高齢者数
https://www.pref.chiba.lg.jp/koufuku/toukeidata/kourei-jinkou/.../hitori- ken.pdf　accessed:2015.6.12

10) 総務省 , 住民基本台帳人口
http://www.pref.hokkaido.lg.jp/hf/khf/jinkou/27_1_1koureikaritsujyun.pdf　accessed:2015.6.12

11) 砂川市 , 平成 24 年住民基本台帳
https://www.city.sunagawa.hokkaido.jp/shisei/kikaku.../4467-7.pdf　accessed:2015.6.12

【参考文献】

①) 看護師のがん看護に関する困難感尺度の作成
http://www.pctool.umin.jp/NDCC.pdf,　accessed:2015.May.22

②) 厚生労働省，OPTIM プロジェクト　これからの過ごし方について
http://gankanwa.umin.jp/pdf/mitori02.pdf,accessed:2015.May.22

資料１、資料２、資料３　別紙参照

がん患者のケアに関するアンケート調査

資料 1

以下の項目であてはまるものに、レ点をつけてお答え下さい。

１、年齢
- □ 29 歳以下
- □ 30～39 歳
- □ 40 歳以上

２、臨床経験年数
- □ ４年以下
- □ ５～９年
- □ 10～14 年
- □ 15～19 年
- □ 20 年以上

３、１年間に経験した終末期がん患者の受け持った人数
- □ なし
- □ 1～9 人
- □ 10～49 人
- □ 50～99 人
- □ 100 人以上

４、過去１年間のがん看護に関する院内外研修受講時間
- □ ０時間
- □ １～９時間
- □ 10～19 時間
- □ 20 時間以上

５、過去１年間のがん看護に関する院外研修受講時間
- □ ０時間
- □ １～９時間
- □ 10～19 時間
- □ 20 時間以上

看護師のがん看護に対する困難感尺度集計結果

＜資料2＞

	全くそう思わない	そう思わない	あまりそう思わない	ややそう思う	そう思う	非常にそう思う	そう思うの合計		全くそう思わない（%）	そう思わない（%）	あまりそう思わない（%）	ややそう思う（%）	そう思う（%）	非常にそう思う（%）	そう思うの合計（%）
Ⅰ．コミュニケーションに関すること															
1．十分に病名告知や病状告知をされていない患者とのコミュニケーションが困難である	0	1	5	10	4	0	14		0	5	25	50	20	0	70
2．転移や予後など「悪い知らせ」を伝えられた後の患者への対応が難しい	0	0	2	7	9	2	18		0	0	10	35	45	10	90
3．患者と十分に話をする時間がとれない	0	0	4	7	9	0	16		0	0	20	35	45	0	80
4．患者から不安や心配を表出された場合の対応に困難を感じる	0	1	8	4	6	1	11		0	5	40	20	30	5	55
5．患者から「死」に関する話題を出されたり、「死にたい」と言われた場合の対応に困難	0	1	6	5	6	2	13		0	5	30	25	30	10	65
6．「死にたい」と訴える患者に対する対応に困難を感じる	0	1	3	8	6	2	16		0	5	15	40	30	10	80
7．せん妄や意識レベルの低下などで本人の意思が不明な患者への対応に困難を感じる	0	1	4	8	4	3	15		0	5	20	40	20	15	75
8．患者と家族のコミュニケーションが上手くいっていない場合の対応に困る	0	0	1	6	9	4	19		0	0	5	30	45	20	95
9．十分に病名告知や病状告知をされていない家族とのコミュニケーションが困難である	0	0	4	7	7	2	16		0	0	20	35	35	10	80
10．転移や予後など「悪い知らせ」を伝えられた後の家族への対応が難しい	0	0	4	9	6	1	16		0	0	20	45	30	5	80
11．家族と十分に話をする時間がとれない	0	0	0	10	8	2	20		0	0	0	50	40	10	100
12．家族から不安や心配を表出された場合の対応に困難を感じる	0	0	7	7	4	2	13		0	0	35	35	20	10	65
13．家族から「死」に関する話題を出された場合の対応に困難を感じる	0	2	6	6	4	2	12		0	10	35	35	20	10	65
Ⅱ．自らの知識・技術に関すること															
14．私は抗がん剤治療や副作用に関する知識・技術が不十分に感じる	0	0	2	8	8	2	18		0	0	10	40	40	10	90
15．私は手術後の患者のケアに関する知識が不十分に感じる	0	0	3	3	9	5	17		0	0	15	15	45	25	85
16．私は放射線治療や副作用に関する知識が不十分に感じる	0	1	4	9	4	2	15		0	5	20	45	20	10	75
17．私は疼痛や治療・ケア、副作用に関する知識や技術が不十分であると感じる	0	1	3	7	9	0	16		0	5	15	35	45	0	80
18．私は呼吸困難のアセスメントや治療・ケアに関する知識や技術が不十分であると感じる	0	0	3	10	7	0	17		0	0	15	50	35	0	85
19．私は倦怠感のアセスメントや治療・ケアに関する知識や技術が不十分であると感じる	0	0	3	11	6	0	17		0	0	15	55	30	0	85
20．私は嘔気のアセスメントや治療・ケアに対するケアや支援に関する知識や技術が不十分であると感じる	0	1	6	9	4	0	13		0	5	30	45	20	0	65
21．私は抑うつや不安などのアセスメントや治療・ケアに関する知識や技術が不十分であると感じる	0	1	2	12	4	1	17		0	5	10	60	20	5	85
22．私はせん妄のアセスメントや治療・ケアに関する知識や技術が不十分であると感じる	0	1	2	12	4	1	17		0	5	10	60	20	5	85
Ⅲ．医師の治療や対応に関すること															
23．医師が終末期の患者に関わることに消極的である	0	7	8	2	2	1	5		0	35	40	10	10	5	25
24．医師が医療用麻薬を処方に消極的である	0	6	7	6	1	0	7		0	30	35	30	5	0	35
25．医師の医療用麻薬の処方の方法が不適切である	0	8	7	5	0	0	5		0	40	35	25	0	0	25
26．医師の痛みや呼吸困難などの身体症状の緩和に関する知識や技術が不十分である	0	8	6	5	1	0	6		0	40	30	25	5	0	30
27．医師の抑うつや不安などの精神症状の緩和に関する知識や技術が不十分である	0	5	5	9	1	0	10		0	25	25	45	5	0	50
28．身体症状や精神症状の緩和に関して、医師と看護師、他の職種の連携が不十分である	0	5	5	9	1	0	10		0	25	25	45	5	0	50
29．医師や看護師が患者に対する治療のゴールを共有できていない	0	2	6	12	0	0	12		0	10	30	60	0	0	60
30．治療方針の決定が医師のみでなされ、看護師の意見が組み入れられない	0	7	6	7	0	0	7		0	35	30	35	0	0	35
Ⅳ．告知・病状説明に関すること															
31．医師からの患者への病名告知が不十分	1	6	11	2	0	0	2		5	30	55	10	0	0	10
32．医師からの治療期の患者への治療や病状に関する説明が不十分	1	8	4	7	0	0	7		5	40	20	35	0	0	35
33．医師からの終末期の患者への治療や病状に関する説明が不十分	1	8	5	6	0	0	6		5	40	25	30	0	0	30
34．医師からの治療期の家族への治療や病状に関する説明が不十分	0	9	3	7	1	0	8		0	45	15	35	5	0	40
35．医師からの終末期の家族への治療や病状に関する説明が不十分	0	9	3	5	3	0	8		0	45	15	25	15	0	40
36．患者・家族が治療や病状の説明内容や治療の目的（延命や緩和治療であることなど）を受けたのに理解していない	0	2	4	8	6	0	14		0	10	20	40	30	0	70
Ⅴ．システム・地域連携に関すること															
37．在宅へ退院したほうがいいと思う患者が、実際には退院できない	0	2	2	10	4	2	16		0	10	10	50	20	10	80
38．在宅でがん患者を診療できる診療所や訪問看護ステーションが少ない	0	0	8	5	4	3	12		0	0	40	25	20	15	60
39．身寄りがない患者の在宅療養が困難である	0	0	1	2	11	6	19		0	0	5	10	55	30	95
40．患者や家族に退院をすすめたり、準備をはじめるタイミングが遅い	0	1	5	11	2	1	14		0	5	25	55	10	5	70
41．患者や家族に退院をすすめてから、実際に退院になるまでに準備に時間がかかりすぎる	0	1	3	9	5	2	16		0	5	15	45	25	10	80
42．経済的な問題を抱えた患者への対応に困難を感じる	0	1	2	11	5	1	17		0	5	10	55	25	5	85
43．患者の治療やケアに必要な薬剤や機器（ポンプやエアマットなど）が病院・病棟に不足している	0	2	4	6	7	1	14		0	10	20	30	35	5	70
44．治療期と終末期の患者を同じ病棟で受け持つことに困難を感じる	0	4	10	2	4	0	6		0	20	50	10	20	0	30
Ⅵ．看取りに関すること															
45．急変や連絡が不十分で臨終時に家族が立ち会えないことがある	0	1	7	9	3	0	12		0	5	35	45	15	0	60
46．家族による看取りではなく、医療者が中心の看取りになっている	0	1	8	7	4	0	11		0	5	40	35	20	0	55
47．患者が亡くなったあとに十分に家族とお別れの時間をとってあげることができない	0	3	14	1	2	0	3		0	15	70	5	10	0	15
48．臨終前後の患者・家族に誠意のない対応をする医師がいる	1	10	9	0	0	0	0		5	50	45	0	0	0	0
49．臨終前後の患者・家族に誠意のない対応をする看護師がいる	5	11	4	0	0	0	0		25	55	20	0	0	0	0

終末期がん患者のケアに関するアンケート調査　資料3

	人数	%
【年齢】		
29歳以下	10	50.0%
30～39歳	5	25.0%
40歳以上	5	25.0%
【臨床経験年数】		
4年以下	8	40.0%
5～9年	2	10.0%
10～14年	3	15.0%
15～19年	2	10.0%
20年以上	5	25.0%
【1年間に経験したがん患者のケア人数】		
なし	0	0.0%
1～9名	2	10.0%
1～49名	11	55.0%
50～99名	6	30.0%
100名以上	1	5.0%
【1年間に経験した終末期がん患者のケア人数】		
なし		
1～9名	2	10.0%
10～49名	16	80.0%
50～99名	2	10.0%
100名以上	0	0.0%
【過去5年間のがん看護に関する院外研修受講時間】		
0時間	10	50.0%
1～9時間	6	30.0%
10～19時間	2	10.0%
20時間	2	10.0%

研　究

セルフスティグマを抱く患者に対し、治療的人間関係の発展により自立を促した援助

Assistance which encouraged patient’s with self-stigma to be independent by buildingtherapeutic-relationship.

森田　美憂[1)]　Miyuu Morita
戸田　悦子[2)]　Etsuko Toda

要　旨

精神看護学実習でセルフスティグマを抱える統合失調症患者を受け持ち、筆者と対象の治療的人間関係が発展することで、対象がセルフスティグマに関する自己開示をする場面や肯定的な言動・行動への変化もみられた。対象に変化が起こった要因を明らかにすることを目的に、事例研究を行った。再構成を活用したことで信頼関係の構築を促し、さらに、ペプロウの理論に基づいて治療的人間関係を発展することで、セルフスティグマの自己開示を促し自立を促すことができるということが示唆された。

Key words：self-stigma therapeutic-relationship independent

I. はじめに

社会には精神疾患患者に対し差別や偏見が残っており、精神障害者が社会的回復に向かう際の障害となっている。武井[1)]は、「『入院医療中心から地域生活中心へ』と法律の主旨が変化している今日でも、まだ精神障害者はこわいという社会通念はすたれない。」と述べている。筆者自身も精神障害者による医師や看護師への傷害事件の報道を見たことで、精神疾患患者に対して理由のない不安や恐怖を感じていた。一方、患者自身もセルフスティグマを抱えており、回復の重大な妨害要因となることが指摘されている。

三ツ井 他[2)]は、「疾患罹患後、（中略）看護師が、患者からセルフスティグマに関する自己開示を受けた際の対応は、患者の社会参加や自己効力感の向上といった精神疾患からのリカバリーの過程の初期段階における重要な支援の一つであると考える。」と述べている。セルフスティグマを抱える統合失調症患者を受け持ち、自尊感情が低下し他者に依存する場面が多くみられた。筆者と A さんの治療的人間関係が発展することで、患者がセルフスティグマに関する自己開示をする場面や肯定的な言動・行動への変化もみられた。なぜ再構成を活用したコミュニケーションが治療的人間関係に変化をもたらしたのか、何が患者の自己決定を支え、自立を促すことにつながったのか疑問が生じた。そのことを明らかにするため、患者－看護者関係を治療的人間関係のプロセスであると述べた、ペプロウの理論に基づいて考察する。

II. 材料と方法

1. 研究対象

研究参加の同意を得られた看護学臨地実習受持患者（統合失調症）１名。

2. データ収集期間

平成 X 年 7 月 13 日から同年 7 月 28 日。

3. 用語の操作的定義

1) セルフスティグマ：自分が精神疾患患者であることを悲観的・被害的に思い込み、自己を否定的に捉える言動・行動。

2) 治療的人間関係：患者の自立を促進するために、共に問題解決方法を検討していく看護師－患者関係。

4. 倫理的配慮

研究対象者には実習担当教員と共に、研究の趣旨、目的以外に使用しないこと、プライバシーの厳守、いずれの時点でも本研究への参加を撤回でき、協力を拒否しても不利益は生じないことを口頭で説明し同意を得た。

III. 事例紹介

1. 患者紹介

１）札幌市立大学　看護学部
School of nursing, Sapporo city university
２）砂川市立病院　附属看護専門学校
Attached nursing vocational school Sunagawa city medical center

Aさん 50 歳代女性。高等学校卒業後、単身で本州へ渡り清掃業に就くが仕事は続かず帰郷する。その後も仕事を転々とするも長くは続かず、現在無職である。仕事をしていた際に、簡単な仕事なのに思う様にできなかったことや、職場で無視されたことなどの失敗体験を積み重ねている。そのことで、「私は働けないんです。」と自尊感情が低下しており、社会復帰を否定している。対人関係においても「自分は余計なことを言ってしまって友達と疎遠になってしまった」などの失敗体験を積み重ねている。このことから、A さんはセルフスティグマを抱えていると考えられる。

入院日は平成 X 年 6 月 20 日であり、受け持ち期間は平成 X 年 7 月 13 日から同年 7 月 28 日である。

2. 疾病について

20 歳代に幻覚妄想状態を認め、統合失調症と診断され入院となる。その後、不眠・不安を訴え入退院を繰り返している。思考障害、記憶障害があり、服薬自己管理は困難なため、訪問看護を利用していた。今回、入院 1 週間前より緊張病性興奮、幻覚、妄想、記憶障害の訴えがあり 2 日分の内服薬を多量服薬してしまったことを契機に症状が悪化しB院救急外来を受診し、閉鎖病棟に任意入院となる。治療は、薬物療法、精神療法、作業療法、理学療法、レクリエーション療法を受けている。薬物療法は、リスペリドン OD 錠 1mg「トーワ」5 錠朝 1 錠夕 2 錠就寝前 2 錠、エビリファイ OD 錠 12mg2 錠 1 日 1 回朝食後 30 分、ビソプロロールフマル酸塩錠 5mg「トーワ」1 錠 1 日 1 回朝食後 30 分、ヒルナミン錠 (5mg)6 錠 1 日 3 回朝夕食後 / 就寝前、緩下剤、催眠・鎮静薬、抗コリン薬、消化性潰瘍治療薬、降圧剤、経口血糖降下薬を朝昼夕寝る前毎に一包化し、看護師管理で服薬している。精神療法では、医師が精神症状を観察し治療が行われている。作業療法では編み物や木目込みを行っている。理学療法では、病棟内歩行や階段昇降を行っている。レクリエーション療法 (以下レクリエーションと称す) では、ラジオ体操やコーヒータイムに参加している。

3. 入院後の生活状態

4 人部屋に入院している。午前は、作業療法に参加し、昼食はデイルームで食事をする。午後は、レクリエーション療法に参加している。日常生活動作は自立している。日中は緊張病性興奮時リスペリドンを内服している。他者との関わりに不安を示す傾向があり、レクリエーションの参加を断る場面もある。

IV. 看護の実際

1. 思考過程の明示

統合失調症は遺伝的要因や脳の代謝障害、心理的・社会的負担の相互作用により発症するとされている。心理・社会的負担としては、単身で本州に渡り就職したが、簡単な仕事なのに思う様にできず、職場で無視されたことなどのストレスフルな体験があげられる。また、家族による金銭搾取があったことから、家族生活によるストレスも発症・再発要因となったと考えられる。大脳の神経伝達物質ドパミンの代謝異常も発症要因として考えられる。

症状は陽性症状と陰性症状に分けられる。陽性症状は中脳辺縁系の過剰興奮によりドパミンの過剰生成、ドパミン受容体の過感受性によって起こる。陰性症状は、前頭葉皮質のドパミン機能低下により起こる。入院時は緊張病性興奮、不眠、不安が強かったが、現在これらの症状は落ち着き、現在は不眠、不安、身体愁訴、幻聴、微小妄想、思考障害、記憶障害、緊張病性興奮がみられる。

入退院を繰り返すことで、保護的な環境に適応し主体性が低下し、筆者に対してこれでよいのか確かめる姿がみられることから、自分の言動・行動に自信をもつことができなくなってきていると考えられる。

入院生活では、さまざまな行事やプログラムに参加するだけではなく、スタッフや患者同士の間で徐々に人間関係が広がってきている。そして、どの人なら攻撃されたり傷つけたりされないかを見極められるようになり、自分の弱点や対人関係の癖、これまでうまくいかなかった対処パターンについて振り返る機会となる。そうして、これまで生きてきた自分なりの強さを見出すことができれば、人間関係能力が向上されていくと考えられる。そのことで、統合失調症の症状を抱えながらも自分で日常生活を送ることが可能になるという社会的回復を果たすことで、生命力をさらに維持・拡大することができると考える。

2. ケア方針

徐々に活動の幅を広げ、生活技能や社会性を維持・向上できるよう働きかける

3. 行い整える内容又は看護計画

1) 患者自身で判断し行動する際に、患者の判断を支持し肯定的に関わり自主性を尊重する。
2) 作業療法やレクレーションの参加へ不安を示す際、受容的・共感的態度で接しながら患者の話を聞いていき、安全の保証を行うことで安心感を与える。
3) レクレーションや作業療法、外出後は成功体験を共有し、患者の自信につながるように肯定的な関わりを行う。

V. 結果

＜受け持ち 1 日目＞

本日の実習終了の挨拶をし、翌日のレクリエーションやコミュニケーションへの参加を促した。A さんは予定がなければ参加するという返答であり、声のトーンは低く表情も硬いため、参加に対して肯定的に捉えていない様子である。再構成を行い、筆者は精神疾患患者に対して理由のない緊張や恐怖を感じており、そのことが直角法や A さんとあまり視線を合わせないという距離感を保つ関わりにつながっていたことに気づく。

＜受け持ち 2 日目＞

レクリエーションで A さんとペアになって UNO に参加した。A さんは「私こういうのすぐ負けちゃうんだよね。」と自信を持てずにいた。筆者から肯定的な声掛けをすると安心された様子になる。カードを選ぶ際は筆者に何度も確認していたが、筆者から 2 択で提案したり、好きな色を選ぶように促すと自分でカードを選ぶことができた。再構成を活用し、A さんはものごとを否定的に捉える傾向にあることに気づいた。

＜受け持ち 3 日目＞

A さんは楽しそうにレクリエーションに参加していたが、途中で腰の痛みを訴えて帰室される。帰室後、A さんは対人関係による不安で帰室されたことを話される。筆者は A さんの不安な思いに対して共感的理解を示した。そして、帰室したことで周囲の人に悪評を与えていないこと、レクリエーションは自由に参加できる場であると伝えることで安全の保証をした。再構成から、A さんの不安に対して不安な感情に焦点を当てて受容的・共感的に関わることで、安心して感情を表出できる環境をつくる関わりが必要だと考えた。

＜受け持ち 4 日目＞

バイタルサイン測定時、A さんから「昨日レクレーションの時、私なんかがやっていいのかなと不安になった。」と筆者に伝える。筆者は感情に不安な思いに焦点を当てて、受容的・共感的に関わる。そして、A さんから筆者を会話に誘うという変化がみられた。

＜受け持ち 5 日目＞

午後の理学療法時、A さんにレクリエーションへの参加を促すと、参加に対して消極的である。理由を尋ねると、「私なんだか人がたくさんいる中に行くの苦手なので…。」と不安の表出があり表情も暗くなる。筆者は不安な思いに対して受容的・共感的に関わり、安全の保証を行った。そのことで A さんはレクリエーションへの参加に積極的になり、自ら開放病棟へ移動しレクリエーションへ参加する。

＜受け持ち 6 日目＞

作業療法にて編み物を行う。そこで、デザインを決める際に、A さんは自分で決めることができず筆者を頼る発言がある。筆者は 2 つの組合せを提案して A さんが最終的に自分で決定できるように工夫した。そのことで、A さんはスムーズに選択することができていた。しかし、その際も筆者に対して確認する発言があり、自己の判断に自信を持てない様子。そのため、筆者が肯定すると、A さんは表情が明るくなる。

＜受け持ち 10 日目＞

朝のバイタルサイン測定時、筆者から A さんに何か気になることや不安なことがないか尋ねると、医師に当てた内容を記したメモ帳を見せてくれた。メモ帳の内容は、「1、まだ薬を飲む自信がないので退院はまだ無理のような気がします」、「2、今はまだ学生さんが来ているのでがんばっていますが、来てないと今後はわからない」他であった。そのことに対して筆者は再構成を活用し、不安な感情に対して受容的・共感的に関わる。そして、看護師管理で服薬を正しく行うことができていることを認め、病状の安定を目指して目の前の治療に取り組むように提案した。A さんは「そうですね。お薬毎日飲まなきゃね。」と納得される。

＜受け持ち 11 日目＞

実習最終日のため、今までの楽しかった思い出や感謝の思いを自己一致させながら共有することを意識して関わった。A さんは、笑顔で楽しかった思い出を振り返ることができていた。しかし、A さんから「今は学生さん話しかけてくれるからいいですけど…。学生さんいなくなったら寂しくなりますね…。」という発言があり声のトーンが低く表情も暗くなる。その後、指導者立ち合いの元、再び A さんの元を訪室して挨拶を行う。A さんは、「学生さんの勉強になってよかったです。注射の練習する時は私の腕貸しますから、練習したいとき来てくださいね。」と筆者に対して笑顔でユーモア溢れる言葉を伝える。そして、A さんから「今日明日のことを考えてがんばります」という前向きな発言がみられる。

VI. 考案

ペプロウ[3]は、「看護婦と患者が問題解決のために協力して働くことを学ぶとき、この四局面はそれぞれ、保健問題に関連して互いに重複した役割あるいは機能をはたすのが特徴である。」と述べている。この患者－看護者関係を治療的人間関係のプロセスであると述べた、ペプロウの理論に基づいて考察する。

1. 方向づけの局面（受け持ち 1 日目～ 4 日目）

A さんは翌日のレクレーションへの参加に肯定的ではないが、これは A さんと筆者が出会って間もない状態で信頼関係が築けていなかったため、会話を続かず沈黙になり互いに気まずさを感じていたことが考えられる。そして、再構成により受容的・共感的に関わることが必要であると考えた。

その後、筆者自身が A さんに対して恐怖や緊張を抱くことなく、安心感を与えるために受容的・共感的に関わっていくことを意識して関わった。ペプロウ[4]は「援助を求めたり、援助をうけたりしているうちに、いわば、願いは何でもいってかまわないし、それはみたされるものである、ということを知ることによって、患者はやがて気楽な気分になるのである。」と述べている。A さんは安心できる環境を求めていたが、自分のニードをうまく表現できなかったことが考えられる。

受け持ち 3 日目には、A さんは自身のセルフスティグマに関する思いを自己開示していた。三ツ井 他[5]は、「患者の自己開示に対して看護師はまず【受容・共感】していた。これは患者が自己開示において体験する『情動の開放』『孤独感をやわらげる』『自分をより深く理解してもらう』 3 つの意義に対応した援助であると言える。」と述べている。筆者は再構成を活用し、A さんの感情に焦点を当てて受容的・共感的に関わり、安心して参加できる環境を整えていった。そのことで、A さんは筆者がニードを満たしてくれる存在であることを理解したと思われる。そして、筆者に対して自分の不安を話してもよい存在であると気づき、対人関係への不安を話すようになった。この対人関係による不安は、A さんが抱えるセルフスティグマであるといえる。A さんの安心できる環境を求めているというニードを把握して満たしたことで、患者－看護者の信頼関係を築くことができたと考えられる。

2. 同一化の局面（受け持ち 5 日目～ 9 日目）

レクリエーションの参加を断る際に、腰の痛みなど別の理由を話すことはなくなり、看護者が理解可能な表現で不安を訴えるようになった。しかし、その不安に対して自分はどうしたいのか、また、どうして欲しいのかについて表現できていなかった。ペプロウ[6]は、「看護婦は、（中略）率直な態度で、患者の切実な問題に関するニードについてたずねてみる必要がある。」と述べている。筆者は再構成を活用し、不安な思いに共感的理解を示しながら、安全の保証を行っていった。そのことで、A さんは作業療法やレクレーションへの参加に積極的になってきたが、自己決定できずに筆者を頼る場面が増えていった。筆者は、A さんの状態を把握し、A さんが選択しやすいように工夫しながら自己決定を促す声掛けを行った。そして、自己決定できた場面では、肯定的な声掛けを行うことで、A さんの自信を高めることにつながったと考えられる。A さんが筆者に頼る場面が増えたことは、筆者がともに自立に向かって取り組んでいることを実感し、筆者への信頼が強化されたためであると考える。

3. 開拓利用の局面（受け持ち 10 日目～ 11 日目）

ペプロウ[7]は、「主要な問題は、重症期のように依存したいニードと、回復期のように独立したいニードとの間のバランスをうちこわそうとすることである。」と述べている。A さんが抱えるセルフスティグマの自己開示がみられ、自分は退院できないと思い込んでいる。そして、治療に向かう際に筆者への依存を示す発言があり、依存したいというニードを抱いている。A さんは今回の入院の契機が多量服薬であったことから、服薬管理を行う自信が喪失しており、そのことが社会復帰へのあきらめにもつながっていると考えられる。三ツ井 他[8]は、「【罹患による否定的な自己認識】や【内服に対する否定的な認識】を抱いている患者がいる場合には、初めに【教育的介入】にて否定的な認識の修正を試み、コンプライアンスの向上を目指したケアを行うことがセルフスティグマを増強させないためにも重要であると考える。」と述べている。筆者は、A さんに対して入院後、看護師管理ではあるが確実な服薬を継続することができていることを認めて、A さんの自己効力感を高める関わりを行った。そして、まずは目の前の治療に専念して、病状が安定してから次の課題に向かうように促すことで、コンプライアンスの向上を図り、セルフスティグマを低減させることができたと考える。

その後、再度 A さんから筆者への依存を示す発言がある。A さんと楽しかった思い出や、少しずつ外出できるようにもなり病状は回復に向かっていることを振り返っていった。

そのことで、A さんから筆者へユーモアのある発言をし、A さん自身から筆者との別れ、今後の治療を前向きに捉える発言があり、自立へのニードが高めることができたと考えられる。

ペプロウは看護のプロセスを治療的人間関係のプロセスであると明らかにしている。筆者は【方向づけの局面】において、再構成を活用することで感情に焦点を当てたコミュニケーションへと工夫することができた。そして、A さんの対人関係への不安に気づき、安全な環境というニードを満たすことで患者－看護者間の信頼関係を築いた。次に、【同

一化の局面】では筆者は自己決定できた場面で、再構成を活用し肯定的な関わりを行っていった。
そのことで A さんは筆者のことを、自立を支える存在として信頼を強化していった。そして【開拓利用の局面】では、A さんからのセルフスティグマの自己開示に対し服薬できていることを認め、セルフスティグマを低減させる関わりとなった。そのことで、A さんは筆者の存在なしでも頑張ろうという意欲を抱くことができ、自立を促した。このことから、治療的人間関係の発展により A さんの自立を促進することにつながったと考えられる。

受け持ち期間終了（受け持ち 11 日目）であり、継続的な看護実践を行うことができないため、次の段階である【問題解決の局面】に発展させることはできなかった。

Ⅶ. 結論

1. 再構成を活用し患者の感情に焦点を当てて受容的・共感的に関わり、安心できる環境を作る、感情の表出を促し信頼関係を構築できる
2. セルフスティグマを抱える統合失調症患者に対し、ペプロウの理論に基づいて治療的人間関係を発展する看護を展開することで、セルフスティグマの自己開示を促し自立を支援することができる

引用文献

1) 武井麻子：系統看護学講座専門分野Ⅱ精神看護学 2，第 4 版，医学書院，67，2014.
2) 三ツ井直子 他：統合失調症患者のセルフスティグマに関連する自己開示と看護援助の実態，日本看護学会論文集，精神看護，第 37 回，47，2015.
3) HILDEGARD E.PEPLAU/ 稲田八重子 他 (訳)：ペプロウ人間関係の看護論．第 1 版，医学書院，17，1952/2005.
4) 同書，31.
5) 前掲書 2)，49.
6) 前掲書 3)，37.
7) 前掲書 3)，40.
8) 前掲書 2)，50.

参考文献

1) 正井美希：ペプロウの理論に基づいた自己肯定感を高めるアプローチ，日本看護学会論文集，精神看護学，第 38 回，63-65，2007.
2) 小倉啓 / 宏山本勝則 他 (編)：根拠がわかる精神看護技術，第 1 版，メヂカルフレンド社，259-314，2014.

研　究

プリセプターを支える教育担当主任としての関わり

Involvement as education Chief supports the preceptors

若狭　聡子　　赤坂　早知子
Satoko　Wakasa　　Sachiko　Akasaka

要　旨

A 病院では、プリセプターシップ導入時より新人教育を充実させるべく、各部署に教育担当主任を配置し新人看護職員育成に取り組んでいる。教育担当主任教育では、初年度は新人教育計画の作成と見直しを行ない次年度にフォローアップ研修を行なうなどの取り組みで教育主任としての役割の認識を高めており、プリセプターにおいては、毎年プリセプター研修にて、プリセプターとしての心得や指導方法を学び、プリセプターの役割認識を高め、互いに協力・支援し合える体制をとっている。主任学習会において、プリセプター開始前の導入的な関わりや、周囲のスタッフからの支援、精神的なフォローといったことに困難を感じ、支援を求めていることが明らかとなりました。そこで、教育担当主任へ現状調査を行い、行った支援を振り返り、評価することで、教育担当主任としての関わりについて示唆を得たので報告する。

Key words：preceptors　Education Chief　Support

Ⅰ．はじめに

A 病院では、プリセプターシップ導入時より新人教育を充実させるべく、各部署に教育担当主任を配置し新人看護職員育成に取り組んでいる。新人看護職員育成計画とは看護部の理念・目標に基づき新人看護職員を 1 年間かけて看護部全体でサポートする計画であり、同時に教育担当主任教育も行っている。

教育担当主任教育では、初年度は新人教育計画の作成と見直しを行ない次年度にフォローアップ研修を行なうなどの取り組みで教育主任としての役割の認識を高めており、プリセプターにおいては、毎年プリセプター研修にて、プリセプターとしての心得や指導方法を学び、プリセプターの役割認識を高め、互いに協力・支援し合える体制をとっている。

主任学習会において、プリセプター開始前の導入的な関わりや、周囲のスタッフからの支援、精神的なフォローといったことに困難を感じ、支援を求めていることが明らかとなりました。そこで、教育担当主任へ現状調査を行い、行った支援を振り返り、評価することで、教育担当主任としての関わりについて示唆を得たので以下に報告する。

Ⅱ．研究方法

1　研究対象者：部署の教育担当を 3 年以上経験した主任看護師 8 名
2　研究期間：平成 26 年 12 月～平成 27 年 6 月
3　研究デザイン：質的帰納的研究
4　分析方法：半構成的に①プリセプター前の教育、②プリセプターを支える体制、③プリセプターの精神的フォローについて自筆式自由記載をしてもらった。得られたデータをカテゴリー化し、内容分析を行った。
5　倫理的配慮：本研究は A 病院倫理委員会の承　認を得た上で、対象となる各病棟の教育担当主任へ協力依頼の際には、口頭・書面で説明を行いました。データは本人が特定されないように匿名化して扱い、研究以外では使用しないこと　研究終了後には破棄することを事前に説明した。

砂川市立病院　看護部
Department of Nursing,Sunagawa City Medical Center

Ⅲ．結果

27 個のコードから〈プリセプターが困った時に一緒に解決方法を考えていく〉、〈チームにいるプリセプター経験者の活用〉、〈部署の話合いで困った事を話してもらう〉、〈プリセプターの効果的な指導方法をフィードバックする〉、〈次世代のプリセプターに会議に参加してもらう〈主任・師長に報告し、主任が対応していく〉の 6 個のカテゴリーが形成された。

〈プリセプターが困った時に一緒に解決方法を考えていく〉というカテゴリーには、声をかけて新人教育の進行状況を確認しフォローした、定期的に声をかけ困った事だけではなく、今どのように関わっているか話していた、不安に感じている時や、困難に感じている時は話を聞き、一緒に解決方法を考えそのあとどうなったかを確認していたなどのコードがあった。〈チームにいるプリセプター経験者の活用〉というカテゴリーには、プリセプターはハートテクニック支援看護師から経験を聞けている。・経験のあるプリセプターがいたので、プリセプター同士で相談し対処できていた、などのコードがあった。〈部署の話合いで困った事を話してもらう〉というカテゴリーには、プリセプター会議は支援に関わるものが全員参加して、情報共有することにしている。コーディネーター会議や詰所会議でその他のスタッフと情報共有し、皆で育てるということを意識づけていた。などのコードがあった。

〈プリセプターの効果的な指導方法をフィードバッグする〉というカテゴリーにはプリセプターの関わり方が配慮がよいなど振り返り話すことができた。プリセプター会議などで新人の指導について振り返っていった。というコードがあった。

〈次世代のプリセプターの会議に参加してもらう〉というカテゴリーには、1 年間 (次世代のプリセプターに) プリセプターのサブとして会議に参加してもらった。指導案の作成などにも (次世代のプリセプターに) 参加してもらった。などのコードがあった。

〈師長・主任に報告し、主任が対応していく〉というカテゴリーには、何かあった時にはスタッフから主任・師長に報告があり、環境を整えていく体制があった。というコードがあった。

Ⅳ．考察

教育担当主任が師長・主任やプリセプター経験者から情報交換や助言をもらえる場の提供をしたことは、関わりや評価、スタッフ全員の理解や協力を求めるプリセプターに対し頑張っていることを認めてくれる評価や皆で新人看護師を育てる環境であるということを知る機会となり、指導方法に対する不安の軽減などにつながっていたと考える。

また、永井[1)]はプリセプターに任命されたメンバーが「これは能力拡大のよいチャンスだ。チャレンジしてみよう」という気持ちになるようにもっていく“動機づけ”を行うのは、管理者の役割であると述べている。新人看護師の指導方法や関わり方を学習する機会や、場を求めるプリセプターに、会議の場に参加してもらうことや、指導案の作成に参加してもらうことなど次世代のプリセプターに対して事前教育を行っていたことは、今後プリセプターに選出された際に前向きな気持ちになれるよい動機づけになっていたと考える。

Ⅴ．結論

1．次世代のプリセプターに対する動機づけの意味合いも含めた事前教育をしていた。
2．師長・主任やプリセプター経験者からの情報交換や助言がもらえる場の提供をしていた。
3．プリセプターが自身の指導方法をフィードバックできるような関わりをしていた。
4．プリセプターが困った時に一緒に解決方法を考えていた。

Ⅵ．おわりに

今後の課題として対象者が少なく、自由記載の量も２７個であったため、今後データ数を増やし分析し、教育担当主任として必要な関わりについて検討していきたい。

尚、本研究は、2015 年第 54 回全国自治体学会 (函館) にて発表した内容である。

Ⅶ．引用文献

1）永井則子：プリセプターシップの理解と実践　新人ナースの教育法、第 3 版、東京都、日本看護協会出版会、p54、2009 年

研　究

看護補助者による質改善（QC）活動の実際

Actual quality improvement by nursing assistants (QC) activities

山崎　君江
Kimie　Yamazaki

要　旨

TQM（Total　Quality　Management）とは、全員・全体（Total）で、医療・サービスの質（Quality）を継続的に向上させる（Management）ことであり、実際の活動には「QC」と呼ばれる手法を用いている。「医療の質」は「チーム医療」との代名詞となってきているここ近年、急性期の臨床現場においては、看護職員が専門性を要する業務に専念するために看護補助者の適切な教育・育成体制作りが進められている。看護補助者と円滑に協働し「看護の質向上」に貢献できるよう、看護補助者の QC 活動を通し TQM に参画したので報告する。

Key words：　TQM　総合的品質管理　QC　品質管理　nursing assistants　看護補助者　Team medical care　チーム医療

〔はじめに〕

医療関係諸機関では、「質」を確保するために一般産業界が導入し経営管理の中心に位置づけている TQM（Total Quality Management ）の考え方を、医療界でも学ぼうとしている。「質 」とは　その性質上一言で定義できるものではなく、客観的に示すことは難しいと考えるが、当院看護部では、何かで質を表わしたい、どうすればより良い看護が提供できるのかを検討した結果、TQM の有効性を表すひとつとして QC 活動の推進・普及を実施してきた。先駆けとしてまず看護師は、平成 23 年より QC 活動を実施してきているが、看護の力を「より良い」ものにしていくには、看護職だけでなく、看護業務を補助する看護補助者が医療スタッフの一員として効果的に参加してもらうことも重要なカギとなる。これらについては、平成 19 年「医師および医療関係職種と事務職員等との間等での役割分担の推進について」や平成 22 年「チーム医療の推進に関する検討会報告書」など厚生労働省からの通知にも示されている。診療報酬においても「急性期看護補助加算」が新設されるなど、社会全体が「医療の質向上」をめざし、チーム医療の推進にむけて取り組むような動向となっている。当院においても、看護職が専門性を必要とする業務に専念できるよう、看護職と看護補助者がそれぞれの業務をお互いに尊重し、協働して同じ目標をめざし組織的に取り組む必要があると考えた。

〔目的〕

当院では平成 16 年から 23 年まで看護補助者の学習会を実施しており、その内容は情報伝達や院内講師による学習会や、日常生活援助の技術訓練を主に行ってきた。そこでその学習会での学びや、看護補助者全員が集まるという機会を活用し、平成 24 年から以下の 3 点を目的とした質改善活動（QC）への取り組みとした。

1）看護師が専門性を必要とする業務に専念する。
2）患者の高齢化に伴い、急性期医療における看護補助業務の重要性の増加。
3）看護チームの一員として、専門的判断を要しない療養上の世話業務、及び診療補助業務の実施を行う。

看護補助者の今までは「決められた時間に決められた業務をこなす」対象は「もの」であることが多く、「患者にとってこれでいいのか」「患者にとってもっと効果のある方法はないのか」と、対象が「ひと」となり看護補助者自身で日々の業務に疑問を持ち、実践の質に変化をもたらす活動を行

砂川市立病院　看護部
Department of Nursing,Sunagawa City Medical Center

うようになった。そこで看護補助者による質改善活動（QC）の経過を振り返り、看護補助者の質の変化について報告する。

〔方法〕

期間：平成２４年度〜平成２６年度 計３回実施

対象：正規看護補助者

方法：年度初めにグループ編成を行い、各グループで年間スケジュールを作成し計画に沿って実施。年度末に看護部全部署に案内を行い「質改善活動報告会」として成果を発表する。

〔結果・考察〕

初回 24 年度の報告会演題では（図１）生活援助を実践するためのマニュアル作成が主となっていた。当院の看護手順マニュアルは看護師を対象としたマニュアルであり、医療器具の使用やバイタルの測定など診療の補助業務が加味されているものが多く、資格を有しない看護補助者には活用しづらいものであった。そこで看護補助者用として、看護師用のマニュアルを参考・参照しながら注意事項はどんな事があるのかなどを取り入れ、清潔手順、排泄手順の作成に取り組み自分たちの表現方法や文章で記述し看護手順を完成させた。オムツ交換では、看護補助者にとって病気の理解について正しく知識を持つことはできていない。そこで認知症についての学習会を実施し、その学びをケアに取り込んだ看護手順を作成した。平成 25 年度では、看護手順の作成で洗髪・手浴・足浴に着手している。前年度と比較してみると、自分たちが実際にモデルとなってケアを実践している写真を取り入れるなど、文章が主体のマニュアルから視覚を活用したマニュアルへと進化されていた。時には入浴剤使用についての記載もあり、癒しのケアを盛り込むなど患者の思いに着目した内容となっており、進化の見えるものとなっていた。当院ではナイチンゲール看護論を取り入れケアを実践しているが、まさに患者の生命の幅を広げるケアが生かされているマニュアルとなっていた。看護補助者にもナイチンゲールの思想が浸透していると感じるものであった。26 年度では 25 年度から継続して活動している「砂川市立病院院内マップ」がある。当院は平成 22 年度に新設となり、セキュリティー機能が整備され院内職員にとって安心は確保できたが、患者・家族など外部の利用者にとっては複雑化している院内構造となっていた。外部利用者の目線で院内を見て院内マップを作成。その後一年、総合案内や病棟カウンターなどに置き患者・家族など外部利用者に使用して頂き、その結果をアンケートで評価。次年度には改正マップを作成し発表をおこなった。質改善において PDCA サイクルは必須であるが、まさに看護補助者自らが、利用者の気持ちに寄り添った思いの結果が PDCA をまわすということになっていた。発表会後のアンケートの結果（図 2）には、「小さなことではあるが、自分たちの目線でいろいろ感じる事、疑問など日頃思っていることを形に出来た」「自分がもし不安になった時どんな物があったら安心かを思った」「自分たちが自主的にやりたいことを勉強するのは良い事」など前向きな意見がみられていた。反面「年々人が少なくなり勤務形態も違い時間を合わせるのも大変」との意見もあった。

当院における看護補助者人数の推移（図 3）からも読み取れるよう、平成 24 年には 18 名いた正規看護補助者は平成 27 年には 11 名であり、現在看護補助者の正規雇用採用は無く、退職後の補充は臨時採用者で賄われている。そこで臨時看護補助者についても、教育・育成の機会を設け、平成 26 年度から質改善活動（QC）を取り入れたところである。当院は平成２２年ニチイ学館が病棟業務から撤退。臨時看護補助者によるクラーク業務やメッセンジャーを主業務とする看護補助者の名称を「ナースエイド」とした。看護補助者は正規看護補助者、臨時看護補助者、ナースエイド（臨時雇用）の 3 種が誕生した。現在 3 種の看護補助者はそれぞれに担当師長を設け毎月会議を運営。その中で研修会や勉強会を実施し自分たちの業務を振り返り疑問点を出し合い、改善に向けての話合う機会を設けた。その内容を平成 26 年度に、「ナースエイド QC 活動」として発表会（図４）を実施した。正規看護補助者、ナースエイドについては今後も質改善活動（QC）を継続していく予定であるが、臨時看護補助者についての質改善活動（QC）については未実施である。決められた時間に決められた業務をこなすだけではなく「なぜこの業務が必要なのか？」「この業務は誰のためにしているのか？」「どうすれば良い業務につながるのか？」思考を働かせながら目標を持って仕事のできる職業人に教育・育成していくことが課題である。

平成２４年度	・オムツ交換（認知症患者に対応した） ・おむつ交換 ・特殊浴室を利用した入浴介
平成２５年度	・ICU、HCU への案内図作成 ・借用書請求一覧の追跡調査 ・キネステティークのポイント動画 ・砂川市立病院院内マップ ・看護助手業務の洗髪、リクライニング車いすを使用しての洗髪について ・看護助手業務（手浴・足浴）手順の見直し
平成２６年度	・砂川市立病院院内マップ２ ・カテキンパワーについて ・患者様が快適に過ごせるための環境整備 ・看護助手業務の手順作り

図１：年度別 正規看護補助者質改善活動（QC）演題

小さなことではあるが、自分たちの目線でいろいろ感じる事、疑問など日頃思っていることを形に出来た
途中挫折しそうになったが、自分がもし不安になった時どんな物があったら安心できるかを思ったら出来た
意見のぶつかり合いもあったが、いいものが出来た
物事に対し踏み込んで追及することでもっと深く知ることが出来る
年々レベルアップがすごくプレッシャーもあるが、刺激も受ける
自分たちが自主的にやりたいことを勉強するのは良い事

図２：正規看護補助者質改善活動後アンケート結果

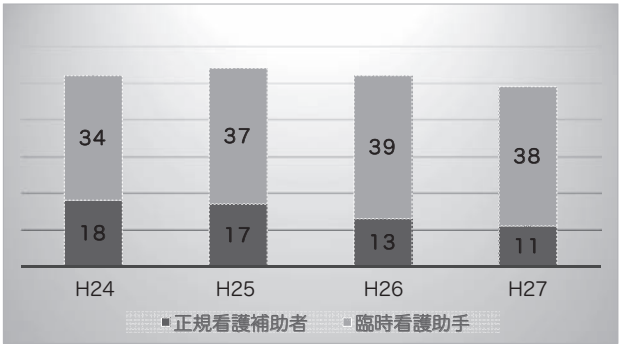


図３：看護補助者人数の推移

平成２６年度	面会対応について～マニュアルと現状との比較～
	エイド業務の合理化と円滑化をめざし ～医事課-診療情報課-医療連携室関連 の仕事の見直しと改善～
	面会時間外の対応についての現状
	業務の円滑～文章チェックリスト一覧表の作成」

図４：ナースエイド質改善活動（QC）演題

〔結　論〕

看護の質を考える時、看護チームの一員としての看護補助者も看護職と同様、看護に対する高い倫理観と職業意識が求められる。教育過程において、講義形式の研修は認知領域を広げるためには必要であるが、次の段階には知識を実践で活用することが重要。看護補助者は専門職としての資格はないが、体系化された学習機会を提供することにより、思考は広がりを持ちその考えや意見・思いが反映される現場によってやりがいを持って業務を行えるようになる。看護補助者の士気向上は、看護の質向上に大きな影響を与えるものとなる。

看護補助者の質改善活動（QC）は、専門的判断を要しない療養上の世話及び診療補助業務を行う時、患者の思いに寄り添うことへの自覚と責任感に対し気持ちの変化をもたらした。

〔参考文献〕

1）厚生労働省（2010）：「チーム医療の推進について」取りまとめ（「チーム医療の推進に関する検討会」報告書）http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/03/dl/s0319-9a.pdf（2015.7.3 検索）

2）厚生労働省医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について（2007）http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000025aq3-att/2r98520000025axw.pdf（2015.7.3 検索）

3）福島繁（1989）：病院 TQC 導入と推進 産業労働出版協会

4）梅田政夫（2001）TQM 成功のための 7 つの鍵　日本規格協会

5）松田亀松（1987）病院の QC サークル活動 - 婦長看護婦職員のための - 日本技連出版社

研　究

心不全患者に対する計画的な退院支援の実施
– 経済的貢献の視点から考える –

Efforts discharge support for the re-hospitalization prevention of heart failure patients
-considered from the perspective of economic contribution

西田　千草
Chigusa Nishida

要　旨

心疾患を患う患者はその経過の中で心不全を発症し、次第に入退院を繰り返すようになる。心不全患者の多くが狭心症・心筋梗塞をベースとして患っており、これらを心不全予備軍と考えると入院患者の約 70％を占めていた。入退院を繰り返す要因として、日常生活における自己管理（栄養・服薬管理など）の不足が考えられるため、疾患・薬剤・栄養などの各種指導などを行っているが、計画的な退院支援は行われておらず取り組みの改善が必要である。心不全患者に対する退院支援を計画的に実施していけるようにフローチャートを作成し、退院支援を実践した結果、退院前カンファレンス・栄養指導・薬剤指導の実施率がいずれも増加し、心不全患者に対する計画的な退院支援が可能となった。

Key words：Heart failure(心不全)Flowchart(フローチャート)
Discharge support(退院支援)Lifestyle guidance(生活指導)

【はじめに】

我が国では高齢化が進み、当院の医療圏となる中空知地域も例外ではなく、65 歳以上の高齢化率が 33.8％（全道平均 25.7％）、75 歳以上の後期高齢化率が 18.1％（全道平均 12.9％）と、全道平均を上回っている。それに伴い国民医療費は膨らんでおり、医療保険制度の見直しなど様々な取り組みが行われているが、国・地方の財政は危機的な状況となり、自治体病院の経営状況も大変厳しいものとなってきている。このような状況の中、当院には中空知医療圏域における中核的機能を担う役割が求められている。

当病棟は循環器内科・胸部外科の混合病棟であり、冠動脈・大動脈疾患や不整脈など、様々な疾患を抱える患者が検査・治療のために入院してくる。心臓に病を持つ患者はその経過の中で心不全を発症し、次第に入退院を繰り返すようになる。本年度の１～３月の循環器入院は 273 名であり、そのうち心不全による入院患者は 63 名（平均年齢 70.3 歳：39 歳～ 97 歳）で約 23％であった。狭心症・心筋梗塞による入院は 129 名（約 47％）であり、心不全患者の多くが狭心症・心筋梗塞をベースとして患っており、これらを心不全予備軍と考えると入院患者の約 70％を占めることになる。また、心不全患者のうち約 80％が循環器内科への入院歴がある患者であった。

心不全患者は、栄養と水分摂取・運動・内服など生活するうえで様々な疾病管理が必要とされる。

これらの管理が十分行われない場合、患者の年齢に関わらず、短期間での入退院を繰り返す例も少なくない。そのため、医師・看護師・栄養士・薬剤師・理学（作業）療法士など多くの職種で支援していく必要がある。

当病棟での取り組みとして、栄養相談・薬剤指導・退院前カンファレンスの実施を行っている。

退院前カンファレンスは、退院が決定した患者・家族に対して、医師・看護師・栄養士などの多職種が合同で話し合い、退院後の生活について指導を実施できる場を設けている。本年度 1 ～ 3 月のそれらの実施状況をみると、栄養相談は 29 名（約 10％）、薬剤指導は 105 名（約 38％）、退院前カンファレンスは 0 名で年間を通しても数名に実施できたのみであった。この数字からみても、当病棟においては計画的な退院指導が十分に行えていないことが分かり、患者の

砂川市立病院　看護部
Department of Nursing, Sunagawa City Medical Center

自己管理を支援し、再入院の繰り返しを予防するためには、退院指導に関する取り組みの改善が必要である。また、退院前カンファレンスの実施についても、退院直前に患者・医療従事者ともに準備が出来ていない状態での実施となっており、指導内容に関する振り返りなども十分に行われておらず、その指導が患者の退院後の生活に活かされているのかという疑問もあった。

前述した通り、当病棟における心不全患者は再入院や入退院を繰り返す症例が多く、退院指導の充実は再入院の予防、そして医療費の抑制に役立つものであると考える。また、病院としても栄養指導・薬剤指導などの実施より加算による収入を得ることができ、病院経営にも重要になる。そこで、心不全患者の再入院を予防するための計画的な退院支援の実施について、経済的貢献の視点から取り組みについて考える。

【材料と方法】

心不全患者に対して計画的な退院支援を実施できるようにフローチャートを作成し、その導入前後で栄養・薬剤指導の実施率、退院前カンファレンスの実施件数について経済的貢献の視点から比較する。

1. 研究期間

平成 26 年 8 月 1 日～平成 27 年 3 月 31 日

2. データ収集期間

1）導入前：平成 26 年 1 月 1 日～平成 26 年 3 月 31 日

2）導入後：平成 26 年 12 月 1 日～平成 27 年 1 月 31 日

3. データ収集内容

1）循環器内科における心不全による入院患者数

2）栄養指導実施件数

3）薬剤指導実施件数

4）退院前カンファレンス実施件数

4. フローチャートの内容（図 1）

(1) 対象者：条件の設定（疾患、年齢、キーパーソンの存在など）

(2) 疾患・栄養・薬剤指導の実施計画

(3) 退院前カンファレンス実施の調整（医師、薬剤師、栄養士、理学（作業）療法士などの他部署との調整）

上記の 3 点を記載できる内容にする。また、退院前カンファレンスへの準備を整えるため、ICU・HCU 退室～翌週に初回の栄養・薬剤指導、看護師による疾患指導を行う。指導に関する患者・家族の反応はフローチャートもしくは経過表に記載し、その反応を元に退院前カンファレンスを実施するように計画した。

5. フローチャートの使用

1）フローチャートを使用して心不全患者に対する退院支援を計画的に実施する。

2）フローチャートに従い、心不全患者・AMI 患者を対象として退院支援を実践していく（定着するまでは対象者を限定する）。

6. 病棟フタッフへの周知

部署会議において SWOT 分析の結果と作成したフローチャートについて説明し、病棟スタッフへの周知を行う。

7. 用語の定義

1）退院前カンファレンスとは、医師・看護師・薬剤師・理学（作業）療法士などの多職種が集まり、患者・家族に対して退院後の生活について各専門分野での指導を実施することを指す。

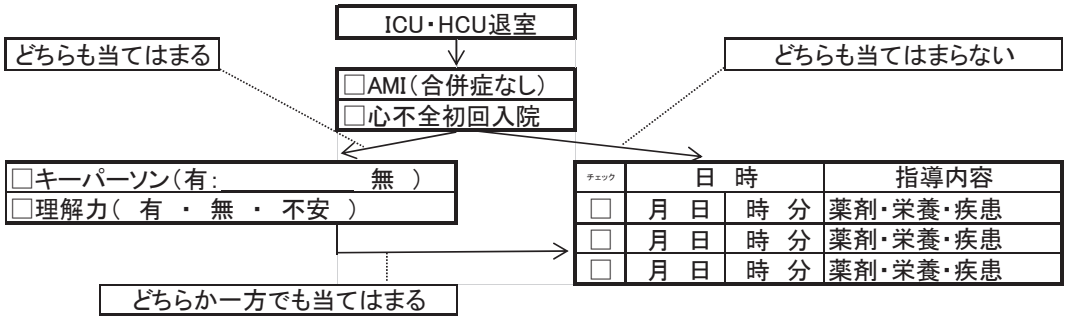
【考　察】

フローチャート導入後、6 名に対する退院前カンファレスを実施することが出来た。これまで年間を通して数例にしか実施できていなかったことを考えると、退院指導の実施率向上はできた。また、フローチャートを作成したことにより、退院前カンファレンス実施までに栄養・薬剤指導を行うこともできており、その振り返りを活かしながら患者・医療者共に準備状態を整えてからのカンファレンス実施ができていたのではないかと思う。また、病棟内での「栄養指導増幅」の啓蒙活動もあり、栄養指導の実施率も上昇している。循環器疾患を持つ患者にとって「栄養」と「薬剤」は重要なポイントとなっており、これらの生活指導が確実に実施できていることは、患者の自己管理に役立つものであると考える。また、病院経営の視点から考えても、加算に伴う収入を得ることになり、両者にとって有益であると考える。

今後の課題としては、退院前カンファレンスを定着させていくことや地域連携室スタッフや地域の福祉・医療従事者を交えた退院前カンファレンスの実施（退院調整加算の取得）、薬剤師や理学（作業）療法士）などの他職種との連携（確実な各種加算の取得）、心不全外来との連携などがある。これまでの取り組みを継続しながら、これらの課題を解消し病院経営に貢献しながらの心不全患者に対する退院支援を実施していきたい。

図1）フローチャート

心不全患者　生活指導に関するフローチャート



チェック	日　時		指導内容
□	月　日	時　分	薬剤・栄養・疾患
□	月　日	時　分	薬剤・栄養・疾患
□	月　日	時　分	薬剤・栄養・疾患

1週目

チェック	日　時		指導内容	コメント
□	月　日	時　分	薬剤・栄養・疾患	
□	月　日	時　分	薬剤・栄養・疾患	
□	月　日	時　分	薬剤・栄養・疾患	
□	月　日	時　分	その他（　　）	
□	心リハが開始されているか　（リハ担当：　　）			
□	疾患指導後、体重測定・血圧測定について説明　（血圧計貸出：　No1、　No2、　No3　）			
□	心不全手帳を渡したか			

2週目

□	カンファレンス（Dr・Ns）　対象患者にとって重要となる支援内容の決定
□	退院前カンファレンス実施の日時の決定　（　　月　日　　時　分～）
□	他職種への連絡　（□薬剤師、　□栄養士、　□理学（作業）療法士、　□その他（　　）
□	患者・家族への説明と調整

C P C

CPC レポート
成人男性に骨肉腫を発症し、壊死性筋膜炎により死亡した一例

A fatal case of necrotizing fasciitis in adult man with osteosarcoma

白川智沙斗[1)] 舘岡 穣[1)] 岩木 宏之[2)]
Chisato Shirakawa Jo Tateoka Hiroyuki Iwaki

要 旨

骨肉腫の好発年齢は思春期が大半であるが、成人男性に発症した症例を経験した。症例は 73 歳男性で、骨肉腫との関連は不明であるが壊死性筋膜炎が死因となった。

Key words：self-stigma therapeutic-relationship independent

【症例】 73 歳男性

【主訴】 無症状

【現病歴】
2010 年に左大腿骨肉腫と診断され 2011/4/14 に左大腿を切断した。その後多発肺転移のため数回肺転移巣切除を行っていたが、肺転移のコントロールがつかず、BSC の方針となったため 2014 年 7 月に自宅近くの当院へ緩和治療目的に紹介となった。その後外来で経過観察となっていたが、2015/10/27 に嘔気・倦怠感を自覚し低 Na 血症の診断で入院となった。

【既往歴】
左大腿骨骨肉腫
多発肺転移
じん肺

【生活歴】
飲酒 なし、喫煙 なし
【ADL】義足歩行、その他自立
【薬剤歴】アストミン、カルボシステイン、酸化マグネシウム、ナイキサン、ランソプラゾール、スチックゼノール、テルペラン

【現症】
BT 36.9℃、BP 123/63mmHg、HR 98bpm、SpO2 94%(RA)
眼瞼結膜蒼白軽度、頸部リンパ節腫大なし、咽頭発赤なし
心音整　雑音なし、肺音清　雑音なし、下腿浮腫なし
【血液検査】WBC 5700/μl、Hb 10.6g/dl、Plt 23.8/μl、TP 6.8g/dl、Alb 3.3g/dl、T-Bil 0.66mg/dl、AST 22IU/l、ALT 15IU/l、LD 220IU/l、γ-GTP 73 IU/l、ALP 1438 IU/l、Glu 139mg/dl、Cre 0.52mg/dl、BUN 9.1mg/dl、Na 124mEq/l、K 4.2mEq/l、Cl 87mEq/l、CRP 7.08mg/dl

【CT】
胸部：両肺に石灰化を伴う腫瘤影が多発し増大あり . 気管は左側に圧排
腹部：肝十二指腸間膜にリンパ節転移あり増大

【診断】
#1. 骨肉腫
 #1a. 肺転移
 #1b. 肝十二指腸間膜リンパ節腫大
#2. 低 Na 血症
経過および治療概要：
第 1 病日：入院。生理食塩水 1000ml 補液
第 2 病日：生理食塩水 1000ml 補液。食事全量摂取可能。
第 3 病日：ベタメタゾン 2.0mg 内服開始
第 16 病日：経過良好のため退院
第 22 病日：嘔気を自覚し外来受診。脱水のため再入院。
第 23-28 病日：細胞外液 1500ml 補液。
第 33 病日：手背・下腿浮腫のためフロセミド 20mg 内服開始
第 37 病日：フロセミド 40mg に増量
第 45 病日：夜間トイレで排便後に意識消失。右大腿に内

1）砂川市立病院　初期研修医
Resident doctor,Department of Clinical Medicine,Sunagawa City Medical Center
2）砂川市立病院　病理診断科
Division of Pathology,Department of Clinical Medicine,Sunagawa City Medical Center

出血・水疱形成・皮膚変色あり
第46病日:明け方HR150台に上昇。その後血圧60台に低下。8:47 に死亡確認。

臨床経過が急速であり、バイタルや状態からは何らかの感染による敗血症が疑われた。右大腿水疱からの壊死性筋膜炎もしくはそれ以外の原因があったのか不明な点が多かったため、死後約 1 時間後に解剖を依頼。

【臨床診断】

骨肉腫術後　敗血症

【病理組織学的診断】

主病変　1：骨肉腫（左大腿骨原発）
　　転移：右肺、右横隔膜、左胸腔胸壁、膵周囲、心臓
　　2：敗血症　壊死性筋膜炎＋脂肪織炎
副病変　1：骨肉腫による左下肢切断状態

【死因・考案】

2010 年近医にて左大腿骨骨肉腫と診断され左大腿骨骨幹部以遠の切離術後状態で、肺転移や横隔膜転移を認めた。骨肉腫自体は通常型 fibroblastic osteosarcoma であった。右大腿部に仙骨部褥瘡から連続する表皮の水疱を伴う壊死性筋膜炎を認めた。剖検時の血液、組織からの培養で溶血性連鎖球菌が同定され、それによる敗血症性ショックにより死亡したと考えられる。骨肉腫自体の転移はあるものの死因への関与は低いと考えられる。

【考察】

骨肉腫は 10~25 歳の思春期に好発する原発性悪性骨腫瘍の一つである。文献によると、今回の症例のように成人や高齢者で発症する骨肉腫もあり、それらは骨パジェットや骨梗塞、放射線照射骨などから二次性に発症する場合があると報告されている。今回の症例では 60 代後半で発症した骨肉腫であったが、骨パジェットなどの骨病変の既往は明らかではなかった。また、剖検の結果からも骨肉腫自体の死因への関与は否定的であった。

壊死性筋膜炎は典型的には溶血性連鎖球菌もしくは好気性細菌と嫌気性細菌の混合感染による発生する。潰瘍や感染巣、外傷部位から皮下組織へ拡大する。症状は急速に悪化し、高熱や頻脈、意識障害、血圧低下などを来す。死亡率は約 30% と予後不良であり、早期の抗菌薬治療、外科的デブリドマンが必要である。今回の症例では症状出現から発症までの時間経過やバイタルなどを考えると仙骨部褥瘡から右大腿部にかけての壊死性筋膜炎による敗血症が死因であると考えて矛盾はないだろう。