

日本赤十字九州国際看護大学/Japanese Red

Cross Kyushu International College of

Nursing

院内助産システムを運営する看護管理者が捉えたマネジメント上の課題と解決への取り組み

| | |
|-------|--|
| メタデータ | 言語: Japanese 出版者: 公開日: 2017-03-30 キーワード (Ja): キーワード (En): midwife-led unit system, nurse manager, managerial challenges and solution approaches 作成者: 木村, きよみ メールアドレス: 所属: |
| URL | https://doi.org/10.15019/00000511 |

著作権は本学に帰属する。

原著

院内助産システムを運営する看護管理者が捉えた マネジメント上の課題と解決への取り組み

木村 きよみ¹⁾

本研究の目的は、総合病院で院内助産システムを運営する看護管理者が、開設準備期、開設当初、開設から現在の各期において、どのようなマネジメント上の課題を捉え、その解決にどのように取り組んでいるかを明らかにすることである。開設から3年程度経過した施設の看護管理者3名を対象に、半構造化面接による質的記述的研究を行った。その結果、開設準備期には、「スタッフを巻き込んで院内助産導入の意思決定」「院内助産の導入のための体制の整備」「院内助産導入のための病院への交渉」「院内助産導入のためのハード面の整備」「院内助産導入に向けた外来妊婦のニーズへの対応」という課題を捉え、スタッフの動機づけとなるよう導入決定や準備を進めるとともに、医師や関係部署への交渉を行っていた。開設当初には、「院内助産の基準全体の見直し」「院内助産を運営するための体制の整備」「院内助産に対するスタッフの自己効力の向上」「助産師の判断能力の向上」という課題を捉え、安全性を高めるための基準の見直しや医師との連携体制の強化に取り組んでいた。開設から現在には、「助産師の育成・システムの充実による院内助産の維持・拡大」「院内助産の対象基準の見直し」という課題を捉え、助産師の実践能力向上や拡大に向けたさらなる基準の見直しを行っていた。これらのことより、看護管理者として、参加的リーダーシップを発揮してスタッフの動機づけをすることや実情に応じて基準を見直し安全性を高めること、医師との連携体制の強化、助産師の実践能力向上への支援を行うことの必要が示唆された。

キーワード：院内助産システム、看護管理者、マネジメント上の課題、解決への取り組み

I 緒言

我が国では、産科医師の減少に伴い、1996年から2008年にかけて分娩施設が3,991から2,567施設へと35%減少し¹⁾、産科医療危機が問題となっている。これを受け、安心・安全な出産の場所を確保するため、産科医療の集約化及びネットワーク化が急速に進められている。厚生労働省は、2008年4月「院内助産所・助産師外来施設・設備整備事業」、同年6月「安心と希望の医療確保ビジョン」のもと、職種間の協働・チーム医療の充実をめざし、「院内助産システムガイドライン」を策定し、その普及を図っている¹⁾。また、日本看護協会は2008年重点事業の一つとして「院内助産システム推進3カ年計画」をあげ、安心・安全な出産環境を実現することをめざすすめていった²⁾。このような国や日本看護協会の取り組みによって、2008年から2012年にかけて助産外来・院内助産の実施施設は、着実に増加傾向にあるが、「助産外来」に比べ「院内助産」を導入する施設の伸び率は少ない現状がある。その中で看護管

理者は、「院内助産」のメリットは認識しているものの、開設には助産師の数と質の確保およびケア提供体制の整備が課題であると捉えていることが報告されている。また、院内助産システムの中で「院内助産」の開設やその継続的な運営への影響要因は、「年間分娩件数」「産科病棟の助産師数」「産科病棟の看護職員総数に対する助産師の割合」であり、看護管理者は、勤務体制の整備、看護部門との意識統一を課題と捉えていた³⁾。しかし実際、院内助産システムを担当する助産師の不足や疲弊から、その運営継続が難しい状況にある施設や休止した施設もみられる。院内助産システムを推進する上で、人員配置・勤務体制、マンパワー、産科の混合病棟化の問題等管理上の課題が指摘されているものの、運営に携わる看護管理者のマネジメント上の課題と解決への取り組みを検討した報告はみられない。以上のことから、院内助産システムを開設し運営を継続するには、看護管理者の関わりによるところが大きいと考え、その課題と取り組みについて明らかにする必要があると考えた。

組織の発達は人間のライフ・サイクルに例えられ、

1) 専門学校 北九州看護大学校

起業者段階・共同体段階・公式化段階・精巧化段階の主要な段階を経ると言われている⁴⁾。院内助産システム運営にも、さまざまな影響を受け、組織として発達し継続されると考える。そこで院内助産システム運営を開設準備期から開設当初、開設から現在の各期に分け捉えることで、状況に応じた看護管理者の課題と解決への取り組みを明らかにする必要があると考える。

以上のことから本研究の目的は、院内助産システムを運営する看護管理者が、開設準備期、開設当初、開設から現在の各期において、どのようなことをマネジメント上の課題と捉え、解決に向けてどのように取り組んでいるのかを明らかにすることである。本研究は、看護管理者にとって院内助産システムの開設からその運営を続けていくプロセスにおいて有用な示唆となると考える。

II 研究方法

1. 研究デザイン

半構造化面接法による質的記述的研究デザイン

2. 用語の定義

「院内助産システム」：助産師が主体的に行う看護・助産提供体制としての「助産外来」や「院内助産」を持つ仕組みを言う。「助産外来」は助産師により妊婦・褥婦の健康診査及び保健指導を行う外来、「院内助産」は分娩を目的に入院する産婦及び産後の母子に助産師が主体的なケア提供を行う方法・体制を言う⁵⁾。

「看護管理者」：院内助産システムを運営する助産師資格を有する看護師長とする。

「マネジメント上の課題」：院内助産システムを運営する看護管理者が捉えた管理上の課題、難しさ、苦勞していることを言う。

3. 研究対象

院内助産システム開設後3年程度経過した施設で、その開設に関与し、管理運営する看護管理者3名

4. データ収集方法

- 1) データ収集期間：平成25年11月～平成26年5月
- 2) 予備調査：病院、産科部門、院内助産システム運営について、1日間の施設見学と情報収集を行った。
- 3) 半構造化面接の時期・時間・場所：予備調査後、

2週間以内に、プライバシーを確保できる個室でインタビューガイドを用い、研究参加者の背景、院内助産システム開設までの経緯、「開設準備期」「開設当初」「開設から現在」の各期のマネジメント上の課題と解決への取り組みについて、半構造化面接を実施した。面接内容は同意を得てICレコーダーに録音し、逐語録を作成した。

5. データ分析方法

谷津⁶⁾の分析方法を参考に、以下の手順で内容を質的記述的に分析した。

- 1) 逐語録をもとに、研究参加者毎に捉えた院内助産システムのマネジメント上の課題と解決に向けた取り組みを表していると考えた内容を時系列に整理した。その後、院内助産システムの「開設準備期」、「開設当初」、および「開設から現在」の3期に整理し、研究参加者がどのように状況認識をしてどのような課題を捉え、どのような解決への取り組みを行ったかの視点で内容を分析し、コード化を行った。
- 2) 研究参加者毎、各期のコード間の類似性、相違性に注目して、「認識」と「課題」および「解決への取り組み」に分類し、さらにサブカテゴリーを抽出し、ストーリーラインを捉えた。
- 3) すべての研究参加者の「課題」となるサブカテゴリー間の類似性、相違性からカテゴリーを抽出し、「課題」のカテゴリーに対応した「解決への取り組み」のサブカテゴリーからカテゴリーを抽出した。

6. 信頼性、妥当性の確保

本調査の前に、プレインタビューを行い、インタビューガイド内容とデータ収集・分析の方法を検討し、修正を行った。調査および分析過程では指導教員のスーパーバイズを受けた。

7. 倫理的配慮

- 1) 研究対象の3施設の施設長（看護部長）並びに研究参加者に、文書並びに口頭にて研究目的、意義、方法、協力の任意性、中断の自由性、不利益を生じないこと、守秘義務、個人情報の厳守、またこの研究は個人並びに施設に対する評価が目的ではないことについて説明を行い、署名による承諾を得た。
- 2) データ及び記録媒体は、鍵のかかる場所に保管し、研究終了後に破棄した。
- 3) 本研究は、日本赤十字九州国際看護大学研究倫

理審査委員会の承認を得た(承認番号13-2)。

Ⅲ 結果

1. 研究参加者の概要

3氏は、総合病院の産科を含む混合病棟に勤務する年齢40代～50代、看護師長経験5～8年であった。面接時間は64分～90分であった。

2. 個別分析結果

「開設準備期」「開設当初」「開設から現在」各期の語りから抽出したコードより、看護管理者の捉えた「認識」と「課題」、「解決への取り組み」の内容を分類し、サブカテゴリー〈〉を用いて結果を以下に述べる。語りは斜体で示す。3氏の各期の「課題」とそれに対する「解決への取り組み」を表1～3に示したが、紙面の関係上「認識」のサブカテゴリーは省いた。また、A氏のみ語りのデータを用いて説明する。

「開設準備期」には、A氏は病棟の人的資源、地域での役割や妊婦のニーズを捉え、〈(A01)自施設において院内助産を導入する時期という認識〉でスタッフに院内助産導入のビジョンを示し、〈(A08)院内助産導入のために管理者とスタッフの意識を統一するという課題〉を捉え、〈(A16)個別インタビューと全員での意見交換の中で、管理者とスタッフが院内助産導入や助産ケアに対する思いを共有する〉という取り組みを行った。

(院内助産の) ニーズが地域の妊婦さんたちの中にもあるってことが本当に確証というか。(中略) もうやるなら今しかないと思って。(中略) 私たち管理者がいくらそう思っている、勤める助産師の意向とか気持ちというところが1つにならないと、なかなか導入はできないんじゃないかな。(中略) 自分達がしたいと思える出産が支援できるかというところからインタビューというか、聞き始めて(中略) (スタッフと) 院内助産を導入するにあたってどう思うのという意見交換をしました。

次に、A氏は安全面や責任問題、場所確保の問題から〈(A02)院内助産をすることに自信が持てず、導入に消極的なスタッフの存在の認識〉より、〈(A09)開設準備の中でスタッフの院内助産に取り組む動機づけをするという課題〉を捉え、〈(A17)院内助産導入の意義をスタッフに提示〉し、院内助産を病棟目標に挙げて、スタッフ全員で解決すべき課題とその

対策を考え行動できるよう〈(A18)スタッフとKJ法で院内助産導入における課題の抽出とグループ活動で対策を検討する〉という取り組みを行った。

(スタッフは) やれるという自信はなかっただろうと思います。(中略) 準備と一緒にスタッフが、これならやれるっていうモチベーションというか、動機づけを一緒にしていきかけた。(中略) 自分たちでやるという気持ちを持ってほしいと勉強会で声掛けをしていった。(中略) それ(院内助産導入の課題)をKJ法でまとめて、(解決のため)小グループ活動することにした。

また、A氏は〈(A03)院内助産導入のために反対意見を解決する必要性の認識〉から、管理者間の方針統一が不可欠と考え、〈(A10)管理者間で統一して反対意見のスタッフから出た問題の解決に取り組むという課題〉を捉えていた。そこで〈(A15)院内助産導入について管理者間で意識や意見統一をして反対意見のスタッフに対応する〉ことで導入を進めた。さらに、産科・小児混合病棟、固定チーム制という状況で、〈(A04)固定チーム制では院内助産のための業務調整が困難という認識〉があり、〈(A11)院内助産導入に向けスタッフ間の業務調整が容易な看護方式への変更という課題〉を捉え、〈(A19)院内助産導入に伴い固定チーム制廃止という業務改革の必要をスタッフに示す〉という取り組みをした。

反対意見とか、問題意見でも、結局それを解決しないと先に進めない。(中略) (反対)意見を細かく処理しておくことは院内助産をもうスタートって言った時点で強みになる、(中略)まずは中間管理職の私たちの意見の一致というか、意思を統一させることが必要だと思った。(中略) (小児や分娩の)患者さんの入退院が読めない病棟でもあって、臨機応変に(固定)チームを取っ払って、スタッフが流動的に動いて、業務調整し合える風土というところが必要かなって。

A氏は〈(A05)病棟運営上院内助産のための場所確保が困難な現状〉を認識し、〈(A12)関連部署に交渉し院内助産の場所を確保するという課題〉を捉え、〈(A20)公的な補助金を活用してハード面の整備をするための病院への交渉〉に取り組んだ。

具体的な業務改善というか、検討を進めるうちに場所の問題もあった。(中略)一部署で細々と決めていたので。でもそれでは進まないと思った。(中略)まず総務課を通して、県へ問い合わせてもらっ

1) A氏の分析結果

表1 A氏が捉えた各期の課題と解決への取り組み

| | 課題 サブカテゴリー (6) コード | 解決への取り組み サブカテゴリー (7) コード |
|--------|---|--|
| 開設準備期 | (A08) 院内助産導入のために管理者とスタッフの意識を統一するという課題 ・院内助産開設で助産師が主体的に働ける環境をつくる ・管理者とスタッフの意識を一つにし院内助産導入に取り組む ・院内助産導入に対するスタッフの同意を得る | (A16) 看護管理者とスタッフが院内助産導入や助産ケアに対する思いの共有 ・インタビューで個々のスタッフの院内助産に対する思い、自施設で自分がしたい助産ケアについてどのような思いかを把握する ・自宅分娩者の感想を踏まえて、院内助産導入についてのスタッフ全員での意見交換 |
| | (A09) 開設準備の中でスタッフの院内助産に取り組む動機づけをするという課題 ・病院からのトップダウンとともに、スタッフからのボトムアップの形で院内助産を始める ・院内助産開設を病棟目標に挙げ、病棟全員で取り組む体制を作る ・院内助産の場所の準備をしながらスタッフの動機づけをする | (A17) 院内助産導入の意義をスタッフに提示 (A18) スタッフによる院内助産導入における課題と対策の検討 ・院内助産は自分たちの使命という気持ちをもってほしいという声掛け ・KJ法で院内助産導入における課題、困難の抽出 ・KJ法で出た課題をグループに振り分けて対策の検討 |
| | (A10) 管理者間で統一して反対意見のスタッフから出た問題の解決に取り組むという課題 ・院内助産をできるようにするために管理者としてどうしたらいいのか ・管理者としてすべてのスタッフの意見を受け止める ・院内助産に関する疑問を解決し、より安全な院内助産システムを作る ・係長、主任を説得し、管理者として意見、意志の統一を図る | (A15) 院内助産導入における管理者間の方針統一のための話し合い ・院内助産導入に向けてキーパーソン-看護係長、自宅出産をした助産師-との動き ・事前に管理者間で院内助産導入の必要性についての意見交換 ・院内助産導入に向けた病院とスタッフの間の意見調整 ・係長との意識、意見を統一し、スタッフの否定的な意見もすべて受け止めるという姿勢 |
| | (A11) 院内助産導入に向けてスタッフ間の業務調整が容易な看護方式への変更という課題 ・スタッフが流動的に業務調整ができるような風土作りのための固定チーム制の廃止 | (A19) 固定チーム制廃止という業務改革 ・病棟運営方針を看護部のヒアリングで示す ・毎月の係長、主任とのミーティングで、固定チームの弊害についての話し合いや相談 ・院内助産導入について、明確な根拠をスタッフに示す |
| | (A12) 関連部門に交渉し院内助産の場所を確保するという課題 ・安全で安心して院内助産をする場所の確保のための交渉 ・改修工事で作った院内助産室の使用頻度はどう考えるか | (A20) ハード面整備に必要な予算確保のための病院への交渉 ・院内助産開設に向けた国や県からの補助金の有無の確認 ・院内助産のハード面整備のため病院へ交渉 ・3つ目の分娩室として院内助産室を作るという提案 |
| | (A13) 院内助産システムはチーム医療で医師と協働することの理解を得るという課題 ・院内助産は妊婦が妊娠期から健康を維持し、産婦主体で分娩するということの医師の理解を得る ・院内助産はロリリスク妊産婦に助産師が主体的に関わり、家庭的な雰囲気での分娩するということの医師の理解を得る ・院内助産システムはチーム医療であり、助産師のみではないということの医師の理解を得る | (A21) 医師に院内助産の理解・協力を得るためのアプローチ ・無関心な医師にプロジェクトチームへの参加を依頼するなどのアプローチ ・医師に関心を持ってもらうため、タイムリーに院内助産の進捗状況の報告 ・チーム医療の意義を強調して医師に交渉 |
| | 課題 サブカテゴリー (2) コード | 解決への取り組み サブカテゴリー (3) コード |
| 開設当初 | (A26) 基準を守り、安全な院内助産を運営するという課題 ・安全確保の視点から議論し院内助産基準を見直す | (A28) 事例検討から院内助産基準の見直しと遵守の徹底 ・正常・異常の判断について基準の見直しと文章化 ・必要時医師と相談はするが、基準を守ることの徹底 |
| | (A27) 院内助産に対するスタッフの自己効力を高めるという課題 ・スタッフが自信を持って院内助産ができるようにする | (A29) 助産師の判断能力向上のための支援 ・助産師の判断能力の向上に医師による超音波研修会の開催 ・妊娠中の異常に対する根拠をもった保健指導の充実 |
| | | (A30) スタッフの院内助産に対する不安緩和のための体制整備 ・分娩等で多忙時呼べるオンコール体制の整備 ・原則オンコール体制はスタッフ全員で行うという体制 ・スタッフの不安緩和のために、管理者が出て院内助産分娩を見守る体制 |
| 開設から現在 | 課題 サブカテゴリー (2) コード | |
| | (A34) 院内助産に里帰り分娩妊婦への対象拡大という課題 ・里帰り分娩妊婦で院内助産を希望する妊婦の受け入れという課題 | |
| | (A35) 院内助産の場所の問題を踏まえた件数を増やす時期の検討という課題 ・院内助産件数が増加に対するスタッフの対応能力の問題 ・院内助産件数を増やす時期の検討という課題 ・院内助産の場所確保を考えた件数の検討という課題 | |

た。こういう目的、予定で院内助産をする場所を確保したいということの交渉のために、資料を作って看護部に話して、そこから事務部の方に話を持って行ってもらいました。

また、医師は誤った認識を持っており、A氏は〈(A07) チーム医療としての院内助産に対する医師の理解が得られないという状況〉を認識し、院内助産システムを安全に運営するには、〈(A13) チーム医療の中で院内助産システムは医師と協働することの理解を得るという課題〉を捉え、〈(A21) 医師に院内助産の理解・協力を得るためのアプローチ〉という取り組みを行った。

ロリスクの人たち(妊産婦)を助産師主体で見守りながら出産できるっていうところ、なかなか(医師に)受入れてもらえなかった。(中略) チーム医療として正常から逸脱したときにすぐ医師につなげることができるのが総合病院でできる院内助産の1つメリット。(中略) (プロジェクトに)一緒に先生も入ってほしいって頼んだんです。

「開設当初」には、A氏は〈(A23) 院内助産での異常時の判断・対応が助産師のストレスとなっているという認識〉から、〈(A26) 基準を守り、安全な院内助産を運営するという課題〉を捉え、より安全な院内助産のために、〈(A28) 事例検討から院内助産基準の見直しと遵守の徹底〉を行った。

(スタッフが)自分で判断したことが後で何か、良くなかったという結果になると、とてもみんなは自分でやれるという自信を持っていけない。(中略) (基準を)一つ一つ文章化しないと。担当スタッフがその都度違うので、考え方とか、できるだけ安全にも配慮した上で基準を作っておこうということ。

また、A氏は〈(A22) 助産師が自信を持てれば院内助産分娩件数を増やすという認識〉〈(A24) オンコール体制に対するスタッフの待つ不安の認識〉〈(A25) 院内助産を経験することによるスタッフの気持ちが肯定的に変化したという認識〉から、〈(A27) 院内助産に対するスタッフの自己効力を高めるという課題〉を捉え、〈(A29) 助産師の診断や保健指導能力向上のための支援〉〈(A30) スタッフ全員で院内助産におけるオンコール体制の整備〉〈(A31) スタッフの不安緩和に看護管理者が院内助産を見守る〉という取り組みを行った。

自信ができたところで(中略)例数を増やせばいい

いなくて。(中略)最初の2、3例だけがスタッフの中では抵抗感があったと思う。(中略)エコーの研修とか練習とか、積極的に先生(医師)たちは教えてくださって。(中略)(妊婦の異常について)要因とか背景とか確認して行って、保健指導を助産師としてどうすべきか根拠とか確証とか文献も振り返りました。(中略)(オンコール体制は)スタッフ全員。看護師・助産師関係なく。(中略)最初はやはり不安があって。(管理者を)呼んでくださいっていう形。

「開設から現在」では、A氏は〈(A31) 里帰り妊婦はその時期の関係で院内助産対象外という認識〉から、ニーズに対し、〈(A34) 院内助産における里帰り分娩希望妊婦への対象拡大という課題〉を捉えた。

今の課題としては、里帰り。(中略)本当に健康な妊婦さんたちを——里帰りの妊婦さんたちをどう受け入れていっていかってというところで、少し、対象拡大が必要かどうかという検討はしています。

また、〈(A32) 院内助産に対する妊産婦のニーズの認識〉〈(A33) 院内助産件数は場所確保の問題から増やせないという認識〉から、〈(A35) 場所確保の問題を解決して院内助産件数を増やす時期の検討という課題〉を捉えていた。

ロコミだけで今、来てくださっているというところがあるので、ホームページには紹介はしているんですけど。(中略)結局、分娩の場所なんです。院内助産室が1つ。(院内助産)分娩の予定者が重なったときに。

A氏と同様にコード化、サブカテゴリー化を行った。サブカテゴリー〈〉を用いて結果を以下に述べる。

「開設準備期」には、B氏は〈(B01) 正常分娩を扱う院内助産は助産師ができる範囲という認識〉や〈(B02) 院内助産について助産所での分娩イメージを持つスタッフの存在〉から、〈(B10) スタッフ間で院内助産に関する共通認識を持った上で導入を決定するという課題〉を捉え、〈(B14) スタッフに院内助産に関する情報提供と話し合い〉を行った。さらに〈(B03) 既に助産師外来をしていることで院内助産導入が容易という認識〉の中、〈(B04) 院内助産導入による通常業務の安全確保も困難になるという不安を持つスタッフの存在〉〈(B05) 病棟に新たな院内助産チームを作って運営することは困難という認識〉から、〈(B11) 院内助産導入におけるスタッフの持つ不安や疑問を解決するための業務改善、意識改革と

2) B氏の分析結果

表2 B氏が捉えた各期の課題と解決への取り組み

| | 課題 | | 解決への取り組み | |
|------------------------------|--|--|--|--|
| | サブカテゴリー (5) | コード | サブカテゴリー (5) | コード |
| 開設準備期 | (B10) スタッフ間で院内助産に関する共通認識を持った上で導入を決定するという課題 | <ul style="list-style-type: none"> 院内助産は助産師外来からの関わりで正常分娩に至るという認識の共有 院内助産決定に先駆け病棟看護師の意見を聴く スタッフの意見を踏まえて院内助産導入を決定する | (B14) スタッフに院内助産に関する情報提供と話し合い | <ul style="list-style-type: none"> 院内助産導入決定後その体制についての話し合い 院内助産による妊産婦と助産師両方のメリットや他施設の資料提示 自施設で可能な院内助産の青写真の提案 |
| | (B11) 院内助産導入におけるスタッフの持つ不安や疑問を解決のための業務改善、意識改革という課題 | <ul style="list-style-type: none"> 抵抗勢力のスタッフの不安や疑問はみんな業務改善、意識改革する 院内助産はスタッフ全員で協力して正常分娩をすることの理解を得る | (B15) 院内助産導入の課題の共有と業務改善 | <ul style="list-style-type: none"> 抵抗勢力の人の心配や不安内容を確認し問題解決する方法についてスタッフみなどで検討 院内助産導入に積極的なスタッフを中心に導入への話し合い 院内助産のための保健指導内容の検討 |
| | (B12) 病院に院内助産導入の許可を得て準備を進めるという課題 | <ul style="list-style-type: none"> 看護部長に院内助産開設の意志表示と許可を得る 院内助産による医師、助産師のメリットを示し、院長に導入許可を得る | (B16) 院内助産導入のための関係部署への根回し | <ul style="list-style-type: none"> 看護部長へ院内助産導入のための起案書の提出 産科部長に相談しながら院内助産導入に関係部門への根回し 事務部門に働きかけ、資金確保のための厚労省助成金の申請 |
| | (B13) 地域の妊産婦に院内助産導入を周知し、受け入れられるという課題 | <ul style="list-style-type: none"> 妊産婦に院内助産を周知する 地域の妊産婦の院内助産を受け入れてもらう | (B17) 地域妊産婦のニーズを確認し院内助産導入することの周知を進めるという取り組み | <ul style="list-style-type: none"> 妊婦に助産師外来から院内助産に向けた準備をするという働きかけ 院内助産に対する妊産婦の認識調査 |
| | (B14) 既存の設備の中で院内助産を導入するという課題 | <ul style="list-style-type: none"> 既存の設備で院内助産を導入する 異常時の対応が確実にできる院内助産分娩とする | (B19) 既存の分娩室で院内助産をする | <ul style="list-style-type: none"> 院内助産でも異常時対応可能な分娩台を使用することの医師からの提案 院内助産分娩では分娩室を使用ということのみの取り決め 補助金による分娩台へ買い替え |
| 開設当初 | サブカテゴリー (3) | コード | サブカテゴリー (3) | コード |
| | (B21) 医師と院内助産対象基準に関する再確認という課題 | <ul style="list-style-type: none"> 基準から外れた妊婦が院内助産対象となっている場面で医師への確認 院内助産対象基準がわからないというスタッフの不満 | (B22) 医師と院内助産対象基準の見直しと認識の統一 | <ul style="list-style-type: none"> 医師と院内助産対象基準の見直し 基準外の院内助産妊産婦について医師とその理由の確認と話し合い |
| | (B25) 業務を大きく変えず全員で院内助産に取り組む体制づくりという課題 | <ul style="list-style-type: none"> 院内助産は通常の正常分娩というスタッフの理解 院内助産は病棟スタッフ全員で取り組む | (B26) すべての助産師が院内助産に対応するという体制づくり | <ul style="list-style-type: none"> 新人助産師も含む助産師全員で院内助産を行うという体制 シフト内の分娩担当助産師が院内助産を行うという体制 |
| (B29) 医師と連携して安全な院内助産を行うという課題 | <ul style="list-style-type: none"> 必要時医療機器や薬剤を使用できるという環境を活かした自施設での院内助産運営 必要時医師と相談しながら院内助産をする体制 | (B30) 院内助産における助産師と医師とのスムーズな連携体制 | <ul style="list-style-type: none"> 助産師が異常と判断すれば医師に立ち合いを依頼する体制 | |
| 開設から現在 | サブカテゴリー (1) | コード | サブカテゴリー (1) | コード |
| | (B34) 会陰縫合に関する助産師の意識統一と技術向上という課題 | <ul style="list-style-type: none"> 会陰裂傷発生や縫合の必要な会陰裂傷を減らす 助産師の会陰縫合に関する意識の統一 | (B37) 助産師の技術向上への支援 | <ul style="list-style-type: none"> 会陰裂傷縫合の研修会開催 妊婦の身体の準備に対する外来保健指導の充実 |

いう課題)を捉え、〈(B16) 院内助産導入の共有と業務改善〉として助産師外来や保健指導内容の見直しをスタッフ全員で取り組んでいた。

また、B氏は導入に賛同する〈(B06) 医師やスタッフの協力で院内助産導入ができる状況という認識〉〈(B07) 助産師の活動に肯定的な院長の存在〉から、〈(B12) 病院に院内助産導入の許可を得て準備を進めるという課題〉を捉え、〈(B17) 院内助産導入のための関係部署への根回し〉を行った。さらに〈(B08) 妊産婦は安全のため分娩時の医療介入は当然と考えているという助産師の認識〉があり、〈(B13) 地域の妊産婦に院内助産導入を周知し、受け入れられるという課題〉を捉え、調査研究にて〈(B17) 地域妊産婦のニーズを確認し院内助産導入することの周知を進めるという取り組み〉をした。また、〈(B09) ハード面の改修はせず、既存の設備で院内助産をするという認識〉から、〈(B14) 既存の設備の中で院内助産を導入するという課題〉を捉え、異常時を考慮して〈(B19) 既存の分娩室で院内助産をする〉ことに取り組んだ。

「開設当初」には、B氏は〈(B20) 医師の院内助産対象基準の判断が不明瞭〉であり、スタッフの不

満から、〈(B21) 医師と院内助産対象基準に関する再確認という課題〉を捉え、その都度医師と話し合い、対象基準の見直しを行った。また〈(B27) 正常経過の分娩は助産師のみで対応することの医師の暗黙の了解〉〈(B28) 院内助産分娩は経過に応じて医師が対応するという認識〉から、〈(B29) 医師と連携して安全な院内助産を行うという課題〉を捉え、〈(B30) 院内助産における助産師と医師とのスムーズな連携体制)作りを行った。

B氏は、〈(B23) 助産師を限定することの弊害の認識〉〈(B24) オンコール体制はせず、現行の勤務体制での院内助産導入が可能という認識〉から、〈(B25) 業務を大きく変えず全員で院内助産に取り組む体制作りという課題〉を捉え、〈(B26) すべての助産師が正常分娩の院内助産分娩に対応するという体制作り)を行った。

「開設から現在」では、B氏は〈(B31) 助産師の会陰裂傷縫合の技術と意識の差があるという認識〉から、〈(B34) 会陰縫合に関する助産師の意思統一と技術向上という課題〉を捉え、〈(B37) 助産師の技術向上への支援〉として、研修会開催と妊婦の体作り等の保健指導の充実に取り組んだ。

表3 C氏が捉えた各期の課題と解決への取り組み

| | 課題 | | 解決への取り組み | |
|--------------------------------|--|---|--|---|
| | サブカテゴリー (3) | コード | サブカテゴリー (4) | コード |
| 開設準備期 | (C06) 病院の承認を得て院内助産を導入という課題 | ・看護師長として自施設で院内助産を導入しなくてはいけない ・院長に院内助産導入の許可を得る | (C09) 院内助産導入のための関係部署への交渉 | ・院長に院内助産システムの企画書の提出して承認を得る ・他科の診療部長に院内助産システムを説明し理解を得る |
| | (C07) 病棟全体で院内助産導入準備を進めるという課題 | ・病棟スタッフ全員が役割を担うことで院内助産導入準備を進める | (C12) 院内助産導入準備にスタッフ全員で取り組む体制づくり | ・院内助産導入準備のためのプロジェクトチームの選抜 ・副師長を中心に院内助産導入準備のためのグループ活動マニュアル整備、広報、ハード面整備、教育担当 ・カンファレンスで院内助産に関する情報の共有 |
| | (C08) 院内助産導入を機にすべての分娩に対応するオンコール体制導入という課題 | ・院内助産とそれ以外の分娩にも対応するオンコール体制導入 ・助産師が安心感をもって業務できる体制整備 | (C10) 院内助産導入に向けた医師との協働体制の構築 (C11) 病院に人件費の採算を踏まえたオンコール体制導入の交渉 | ・院内助産分娩は助産師主導で行うが、医師は希望で立ち会うという体制 ・日ごろから医師との信頼関係を築くようスタッフに指導 ・病院企画課に依頼し新規助産師の採用費用とオンコール体制費用の比較・検討 |
| 開設当初 | 課題 | | 解決への取り組み | |
| | サブカテゴリー (1) | コード | サブカテゴリー (2) | コード |
| (C15) 院内助産対象に関する助産師としての判断という課題 | ・母児の安全のために助産師自身が客観的評価による院内助産対象判断ができる ・助産師の業務範囲を踏まえた妊産婦への関わり | (C16) 基準に沿って慎重に院内助産対象妊婦の選定 | ・医師の意見を踏まえ、対象基準は守ることの徹底 ・全例院内助産のリスクチェックの実施 ・カンファレンスでよりシビアに対象選定する | |
| | | (C17) 助産師外来からの妊婦への関わり強化 | ・院内助産ができるよう妊健の早い段階から妊婦へ関わる ・分娩に向けて妊婦と目標を共有し密な関わりをする | |

表3のつづき

| | 課題 | | 解決への取り組み | |
|--------|---------------------------------------|---|--|---|
| | サブカテゴリー (4) | コード | サブカテゴリー (2) | コード |
| 開設から現在 | (C23) 対象者を確保するための院内助産対象基準の見直しという課題 | ・院内助産対象者を経産婦からローリスク初産婦に拡大する | (C27) 院内助産対象に関する医師との話し合い | ・院内助産対象基準見直しについての医師とのディスカッション |
| | (C24) 院内助産の活動内容を見える化し医師との協力体制の維持という課題 | ・トラブルは話し合いで改善し医師との信頼関係を維持する ・院内助産の活動内容を見える化し、医師にアピールする | | |
| | (C25) 病棟と外来との一元化による院内助産システムの充実という課題 | ・病棟と外来を一元化することのメリットを生かした助産師の活動を進める ・外来・病棟の一元化により外来から継続したケア提供 | | |
| | (C26) 院内助産システム充実のための助産師の育成という課題 | ・院内助産を担える助産師の育成 | (C28) 院内助産システムを担う助産師の実践能力向上のための教育体制の強化 | ・外来と連携し、担当助産師として外来妊婦ケアの経験ができるような調整をする ・毎年継続して助産師をキャリアアップ研修へ参加させる ・他施設と助産師キャリアアップ事業継続を県に要望する |

3) C氏の分析結果

A氏と同様にコード化、サブカテゴリー化を行った。サブカテゴリー〈 〉を用いて結果を以下に述べる。

「開設準備期」には、C氏は院内助産に意欲的な助産師がいることで〈(C01) 現状から自施設での院内助産導入が可能という認識〉〈(C02) 産婦人科医師の不足で病院トップは院内助産導入意義の理解はあるという認識〉から、〈(C06) 病院の承認を得て院内助産を導入という課題〉を捉え、〈(C09) 院内助産導入のための関係部署への交渉〉を行った。さらに〈(C03) 院内助産を病棟スタッフ全員で取り組むという看護師長としてのスタンス〉〈(C05) 院内助産を病棟業務の一つと位置づけるという認識〉から、〈(C07) 病棟全体で院内助産導入準備を進めるという課題〉を捉え、〈(C12) 院内助産導入準備にスタッフ全員で取り組む体制づくり〉〈(C10) 院内助産導入に向けた医師との協働体制の構築〉を行った。また、C氏は、〈(C04) 夜間分娩重複時の助産師の不全感に対する看護師長としての問題の認識〉から、産婦と助産師にとって安全で安心に繋がる分娩時応援体制の整備が必要と考え、〈(C08) 院内助産導入を機にすべての分娩に対応するオンコール体制導入という課題〉を捉え、〈(C11) 病院に人件費の採算を踏まえたオンコール体制導入の交渉〉を行った。

「開設当初」には、C氏は〈(C13) 異常事例の経験から医師が許可した事例がすべて院内助産対象ではないという認識〉、〈(C14) 助産師自身も妊産婦の院内助産対象の判断をする必要があるという認識〉から、助産師の業務範囲を踏まえ、〈(C15) 院内助産対象に関する助産師としての判断という課題〉を捉え、〈(C16) 基準に沿って慎重に院内助産対象妊婦の選定という取り組み〉〈(C17) 助産師外来からの妊婦への関わりの強化〉を行った。

「開設から現在」では、C氏は対象を経産婦に限定しローリスク妊婦が少ない中、〈(C18) 院内助産対象の選定に苦慮する現状〉があることから、〈(C23) 対象者を確保するための院内助産対象基準の見直しという課題〉を捉え、〈(C27) 院内助産対象に関する医師との話し合い〉を行った。また、〈(C24) 院内助産の活動内容を見える化し医師との協働体制の維持という課題〉を捉えていた。

また、C氏は、〈(C19) 外来と病棟が一元化でないことで助産師の外来経験が進みにくいという問題意識〉から〈(C25) 病棟と外来との一元化による院内助産システムの充実という課題〉、また、〈(C21) 助産師の層が厚いことで教育体制が整っているという認識〉や〈(C22) 院内助産は助産師のモチベーションに繋がっているという認識〉から、〈(C26) 院内助産システム充実のための助産師の育成という課題〉を捉え、〈(C28) 院内助産システムを担う助産師の実践能力向上のための教育体制の強化〉に取り組んでいた。

3. 看護管理者が捉えた課題と解決への取り組み

1) 開設準備期の課題と解決への取り組み

3氏の個別分析で抽出した「開設準備期」における「課題」の14のサブカテゴリーから5のカテゴリー、「解決への取り組み」の16のサブカテゴリーから8のカテゴリーが抽出された。以下、カテゴリー《 》を用いて示す(表4)。

安全面に不安を感じて院内助産導入に消極的なスタッフが抵抗勢力となっていた中、看護管理者は運営をスタッフ全員で取り組むためにも、《スタッフを巻き込んで院内助産を導入することの意思決定》という課題を捉え、《院内助産に関するスタッフとの認識の共有》《院内助産を導入することのスタッ

フ間話し合い》を行った。さらに院内助産を行うための業務調整や病棟が抱える問題を踏まえ、《院内助産を導入するための体制の整備》という課題を捉え、《院内助産導入のための看護体制の改革》《院内助産導入に向けた医師との連携強化》《スタッフ全員で院内助産の導入準備に取り組む体制》という取り組みを行った。また、《院内助産導入のための病院への交渉》という課題を捉え、《実情を踏まえた院内助産を導入するための関係部署への交渉》という取り組みを行った。さらに病床管理上、院内助産の場所確保が困難な状況が考えられるため、看護管理者は病棟内の検討では限界があると考え、《院内助産導入のためのハード面の整備》という課題を捉えた。これは安全確保とともにスタッフの意欲にも影響すると考えた。そこで《ハード面整備のための予算確保》に向け病院への交渉を行った。また、抵抗勢力のスタッフは、妊産婦が分娩時の医療介入

は当然と思っているという認識を持っており、看護管理者は《院内助産導入に向けた外来妊婦のニーズへの対応》という課題を捉え、《院内助産を導入するための妊産婦への働きかけ》を行った。その結果、抵抗勢力のスタッフの意識変革にも繋がっていった。

2) 開設当初の課題と解決への取り組み

3 氏の個別分析で抽出した「開設当初」における「課題」の6のサブカテゴリーから4のカテゴリー、「解決への取り組み」の10のサブカテゴリーから4のカテゴリーが抽出された。以下、カテゴリー《 》を用いて示す(表5)。

スタッフは基準にない事象の判断に責任を負うことや医師と対象基準の違いに戸惑うこと等実践場面での問題から、《院内助産の基準全体の見直し》という課題を捉え、《事例を踏まえた院内助産の対象や対応に関する基準の見直し》を行った。また、看

表4 開設準備期における看護管理者が捉えた課題と解決への取り組み

| カテゴリー (5) | 課題 サブカテゴリー (14) | カテゴリー (8) | 解決への取り組み サブカテゴリー (16) |
|------------------------------|---|--|---|
| 《スタッフを巻き込んで院内助産を導入することの意思決定》 | 〈(A08) 院内助産導入のために管理者とスタッフの意識を統一するという課題〉 〈(A09) 開設準備の中でスタッフの院内助産に取り組む動機づけをするという課題〉 〈(A10) 管理者間で統一して反対意見のスタッフから出た問題の解決に取り組むという課題〉 〈(B10) スタッフ間で院内助産に関する共通認識を持った上で導入を決定するという課題〉 〈(B11) 院内助産導入におけるスタッフの持つ不安や疑問を解決するための業務改善、意識改革という課題〉 | 《院内助産に関するスタッフとの認識の共有》 《院内助産を導入することのスタッフ間話し合い》 | 〈(A15) 院内助産導入における管理者間の方針統一のための話し合い〉 〈(A17) 院内助産導入の意義をスタッフに提示〉 〈(B14) スタッフに院内助産に関する情報提供と話し合い〉 〈(A16) 管理者とスタッフが院内助産導入や助産ケアに対する思いを共有する〉 〈(A18) スタッフによる院内助産導入における課題と対策の検討〉 〈(B15) 院内助産導入の問題の共有と業務改善〉 |
| 《院内助産を導入するための体制の整備》 | 〈(A11) 院内助産導入に向けスタッフ間の業務調整が容易な看護方式への変更という課題〉 〈(A13) 院内助産システムはチーム医療で医師と協働することの理解を得るという課題〉 〈(C07) 病棟全体で院内助産導入準備を進めるという課題〉 〈(C08) 院内助産導入を機にすべての分娩に対応するオンコール体制導入という課題〉 | 《院内助産導入のための看護体制の改革》 《院内助産導入に向けた医師との連携強化》 《スタッフ全員で院内助産の導入準備に取り組む体制》 | 〈(A19) 固定チーム制廃止という業務改善〉 〈(C11) 病院に人件費の採算を踏まえたオンコール体制導入の交渉〉 〈(A21) 医師に院内助産の理解・協力を得るためのアプローチ〉 〈(C10) 院内助産導入に向けた医師との協働体制の構築〉 〈(C12) 院内助産導入準備にスタッフ全員で取り組む体制づくり〉 |
| 《院内助産導入のための病院への交渉》 | 〈(B12) 病院に院内助産導入の許可を得て準備を進めるという課題〉 〈(B14) 既存の設備の中で院内助産を導入するという課題〉 〈(C06) 病院の承認を得て院内助産を導入という課題〉 | 《実情を踏まえた院内助産を導入するための関係部署への交渉》 | 〈(B16) 院内助産導入のための関係部署への根回し〉 〈(B19) 既存の分娩室で院内助産をする〉 〈(C09) 院内助産導入のための関係部署への交渉〉 |
| 《院内助産導入のためのハード面の整備》 | 〈(A12) 関連部署に交渉し院内助産の場所を確保するという課題〉 | 《ハード面整備のための予算確保》 | 〈(A20) ハード面整備に必要な予算確保のための病院への交渉〉 |
| 《院内助産導入に向けた外来妊婦のニーズへの対応》 | 〈(B13) 地域の妊産婦に院内助産導入を周知し、受け入れられるという課題〉 | 《院内助産を導入するための妊産婦への働きかけ》 | 〈(B17) 地域妊産婦のニーズを確認し院内助産導入の周知を進める〉 |

看護管理者は、スタッフに院内助産で病棟業務や医師と連携の仕方が変わることの不安が生じていると認識し、《院内助産を運営するための体制の整備》という課題を捉え、《院内助産におけるケア提供体制づくり》に取り組んでいた。また、看護管理者は経験したスタッフが肯定的な気持ちに変わっていることを認識し、《院内助産に対するスタッフの自己効力の向上》《助産師の判断能力の向上》という課題を捉え、《助産師の能力開発への支援》《院内助産における助産師の妊産婦への関わりの強化》に取り組んでいた。

3) 開設から現在の課題と解決への取り組み

3氏の個別分析で抽出した「開設から現在」における「課題」の7のサブカテゴリーから2のカテゴリー、「解決への取り組み」の3のサブカテゴリーから2のカテゴリーが抽出された。以下、カテゴリー《 》を用いて示す（表6）。

看護管理者は院内助産の発展と継続に向けて、《助産師の育成・システムの充実による院内助産の維持・拡大》という課題を捉え、《院内助産を担う助産師の教育体制づくり》に取り組むとともに、現状から対象確保として、《院内助産の対象基準の見直し》という課題を捉え、《院内助産の対象確保に向けた対象基準の見直し》に取り組んでいた。

IV 考察

3氏を個別に考察し、さらに看護管理者の院内助産システム運営におけるマネジメント上の課題と解決への取り組みについて、各時期に分けて考察したことを述べる。

1. A氏の捉えた課題と解決への取り組み

「開設準備期」におけるA氏の捉えた課題と解決への取り組みは、スタッフ全員で院内助産導入決定

表5 開設当初における看護管理者が捉えた課題と解決への取り組み

| 課題 サブカテゴリー (6) | 解決への取り組み サブカテゴリー (10) |
|---|--|
| 《院内助産の基準全体の 見直し》 〈(A26) 基準を守り、安全な院内助産を運営するという課題〉 〈(B21) 医師と院内助産対象基準に関する再確認という課題〉 | 《事例を踏まえた院内助産の対象や対応に関する基準の見直し》 〈(A28) 事例検討から院内助産基準の見直しと遵守の徹底〉 〈(B22) 医師と院内助産対象基準の見直しと認識の統一〉 |
| 《院内助産を運営するための体制の整備》 〈(B25) 業務を大きく変えず全員で院内助産に取り組む体制作りという課題〉 〈(B29) 医師と連携して安全な院内助産を行うという課題〉 | 《院内助産におけるケア提供体制づくり》 〈(A30) スタッフの院内助産に対する不安緩和のための体制整備〉 〈(B26) すべての助産師が院内助産に対応するという体制づくり〉 〈(B30) 院内助産における助産師と医師とのスムーズな連携体制〉 |
| 《院内助産に対するスタッフの自己効力の向上》 〈(A27) 院内助産に対するスタッフの自己効力を高めるという課題〉 | 《助産師の能力開発への支援》 〈(A29) 助産師の判断能力向上のための支援〉 〈(A30) スタッフ全員で院内助産におけるオンコール体制の整備〉 〈(A31) スタッフの不安緩和に看護管理者が院内助産を見守る取る〉 |
| 《助産師の判断能力の向上》 〈(C15) 院内助産対象に関する助産師としての判断という課題〉 | 《院内助産における助産師の妊産婦への関わりの強化》 〈(C16) 基準に沿って慎重に院内助産対象妊婦の選定〉 〈(C17) 助産師外来からの妊婦への関わりの強化〉 |

表6 開設から現在における看護管理者が捉えた課題と解決への取り組み

| 課題 サブカテゴリー (7) | 解決への取り組み サブカテゴリー (3) |
|--|--|
| 《助産師の育成・システムの充実による院内助産の維持・拡大》 〈(A34) 院内助産における里帰り分娩希望妊婦への対象拡大という課題〉 〈(A35) 場所確保の問題を解決して院内助産件数を増やす時期の検討という課題〉 〈(B34) 会陰縫合に関する助産師の意思統一と技術向上という課題〉 〈(C24) 院内助産の活動内容を見える化し医師との協働体制の維持という課題〉 〈(C25) 病棟と外来との一元化による院内助産システムの充実という課題〉 〈(C26) 院内助産システム充実のための助産師の育成という課題〉 | 《院内助産を担う助産師の教育体制づくり》 〈(B37) 助産師の技術向上への支援〉 〈(C28) 院内助産システムを担う助産師の実践能力向上のための教育体制の強化〉 |
| 《院内助産の対象基準の見直し》 〈(C23) 対象者を確保するための院内助産対象基準の見直しという課題〉 | 《院内助産の対象の確保に向けた対象基準の見直し》 〈(C27) 院内助産対象に関する医師との話し合い〉 |

と準備を進めることと医師との連携体制の整備、関係部署への交渉であった。A氏は、スタッフ間にある混合病棟でのセクト主義や院内助産による業務の変化に対する不安が導入の抵抗になっていたことから、スタッフ全員を導入の意思決定プロセスに参画させることで動機づけをすると共に、スタッフ間の協力体制がとれる職場風土作りをすることが導入に必須であったと言える。A氏がスタッフを導入決定のプロセスに参画させたことは看護管理者として参加的リーダーシップによる関わりであり、コンフリクトのプロセスの第三段階における協調的手法⁹⁾と捉えることができる。ロビンス、S⁴⁾は、「コンフリクトのおかげで、重要な意思決定においてあらゆる意見、特に異質な意見や少数派の意見を比較検討され、それによる意思決定の質が向上し得る」と述べている。開設準備期、看護管理者はスタッフを導入決定のプロセスに参画させ深くコンセンサスを得ることは、スタッフの動機づけとその後の活動に繋がる重要な課題と解決への取り組みであることが示唆された。

また、A氏は看護管理者として、経営面のアセスメントをし、限られた資源の中で院内助産を導入するための環境を整えていく役割を担っていたと言える。渡邊ら⁷⁾は、院内助産開設に関わる要素として、ハード面のシステムづくりは、院内助産開設を決め、その後施設・設備の準備や管理的側面の人員配置と連携という要素が開設準備を推し進めると述べているように、A氏にとっても院内助産に必要なハード面の整備のために関連部門への交渉も院内助産導入における重要な課題と解決への取り組みであったと言える。

「開設当初」には、A氏はスタッフが安心して院内助産に取り組める環境を作るという課題を捉え、経験した事例を踏まえた基準の見直しやスタッフの自信に繋がるようなフィードバックをするという取り組みを行っていた。看護管理者は、スタッフが安心して取り組めるよう、院内助産で発生した問題に速やかに対応することや成功経験による自己効力向上に繋がる関わりをすることで、スタッフの取り組みの強化に繋げていくことが必要であると言える。

「開設から現在」では、A氏は院内助産が順調に運営できているという状況で今後組織を発展させていく時期にあることを認識し、慎重に目標設定して院内助産を維持・拡大するという課題を捉えていた。

看護管理者として、現在は院内助産のさらなる充実に向けて妊産婦のニーズやハード面から今後の運営を考え、対象や件数等拡大に向けた検討の時期であると言える。

2. B氏の捉えた課題と解決への取り組み

「開設準備期」には、B氏はスタッフとともに院内助産導入の意思決定と業務改革を行うという課題を捉え、エビデンスのある情報を提示し、スタッフの意識改革を進めるという取り組みを行っていた。A氏同様B氏も、参加的リーダーシップを発揮し、スタッフ全員で導入の意思決定と準備への取り組みを行っていたと言える。また、B氏は、助産師の持つ「総合病院を選択する妊産婦には分娩時の医療介入は当然と考えているという認識」が院内助産導入の抵抗となっていると考えた。しかし、地域妊産婦のニーズ調査の結果はスタッフの意識の変化に繋がり、院内助産導入が進んでいった。このことより看護管理者は、エビデンスのある情報を示し、スタッフの意識改革をしながら意思決定を行うことの重要性が示唆された。

「開設当初」には、医師との「院内助産対象基準の認識の違い」がスタッフの不満となる中、B氏は医師と院内助産対象基準に関する再確認という課題を捉えて、現状に即した対象基準の見直しと認識の統一を図っていた。看護管理者は、開設当初には実践で浮彫りとなった問題を速やかに検討することで、スタッフの安心感や意欲に繋げるとともにスタッフと医師とのさらなる連携の強化に繋げることが必要であると言える。

「開設から現在」では、B氏は会陰縫合に対する意識の違いや技術未修得のスタッフが多いという現状から、自律して助産ケアを提供するという助産師の意識や技術の向上を今後の課題と捉えていた。看護管理者は、医師との協働体制を整え、安全性を高め助産師が主体的に院内助産に取り組むことができるよう、常に助産師の育成を図ることが今後の発展・継続に必要であると言える。

3. C氏の捉えた課題と解決への取り組み

「開設準備期」には、C氏の課題と取り組みは、病院や関係部署への交渉、全員で取り組むことによるスタッフの動機づけ、医師との信頼関係と連携体制の構築を図ることで院内助産の導入を進めること

であった。看護管理者は、新たなケアの提供体制を導入する意義・目的、経営面での予測等の情報を提示し、理解を得る働きかけをすることが求められる⁵⁾。C氏は院内助産システム運営が地域において自施設の役割であることの意義をスタッフに示すとともに、情報提供をしながらスタッフ全員で導入準備を進めたことはA氏、B氏と同様であった。また、C氏は、院内助産導入を機にすべての分娩多忙時のオンコール体制の整備により助産ケア提供体制の強化を目指していた。看護管理者は院内助産導入においては、病棟全体のケアの質向上を目指し、体制づくりを行っていくことが重要であると示唆された。

「開設当初」には、C氏は医師と助産師の協働の中で、異常時は速やかに医師に委ねることや異常時の事例を分析した内容を医師に示すことで医師との連携の強化を図っていた。看護管理者は、助産師自身が専門性と役割を自覚し適切な判断を行うと共に、医師との連携体制を強化していくことで院内助産の安全性を高めることが開設当初の重要な課題と解決への取り組みであると言える。

「開設から現在」では、C氏は今後の院内助産システムの運営を継続する上で、対象確保を見据えた妊産婦の外来から継続した関わりと助産師の実践能力の向上のための教育体制の強化、院内助産システムのデータを見える化し、医師との連携の強化に繋げていくことが今後の課題と解決への取り組みであると言える。

4. 看護管理者が捉えたマネジメント上の課題と解決への取り組み

1) 開設準備期：院内助産導入プロセスにおける参加的リーダーシップと関係部署への交渉

院内助産導入プロセスにおいて、看護管理者は参加的リーダーシップを発揮し、チームとして導入の意思決定を行うこと、また、状況に応じて関係部署へ交渉を行うことが重要な課題と解決への取り組みであった。渡邊ら⁷⁾は、院内助産開設に向けて進むには、その背景に助産師の高い意識があり、プラスの要因として、助産師の意識統一を挙げている。また、村上⁸⁾の院内助産の実態調査では、「開設準備期」における困難として助産師間の意識の違いを問題と捉えている。本研究でも、院内助産導入に対するスタッフ間や看護管理者とスタッフ間に意識の差があり、それが抵抗勢力となっている状況があった。院

内助産を導入することの意思決定にスタッフを巻き込み、《院内助産に関するスタッフとの認識の共有》《院内助産を導入することのスタッフ間の話し合い》《スタッフ全員で院内助産の導入準備に取り組む体制》という取り組みは、看護管理者としてスタッフの意識統一、さらに院内助産への動機づけとなる関わりであったと言える。また、本研究では、3氏ともに地域における周産期医療の現状、自施設の役割を踏まえ院内助産導入の必要性を認識していた。

《院内助産導入に向けた外来妊婦のニーズへの対応》という課題は看護管理者として、地域の妊産婦のニーズに関する情報をスタッフと共有し、各施設の実情に応じた院内助産導入を進めていった。そのことが抵抗勢力や不安を抱くスタッフの意識の変化にも繋がる結果となっていた。ロバート・ハウスが開発したパス・ゴール理論によると、リーダーシップ行動は「行動決定源の所在意識が自分の内部にある部下は参加型のスタイルに最も満足する」と述べている⁹⁾。院内助産システムの「開設準備期」には、看護管理者として参加的リーダーシップを発揮し、院内助産導入の意思決定プロセスを通してスタッフの動機づけをしていくことが、その後運営を継続していくために重要であると示唆された。

さらに、院内助産導入を成功させるためには、病院や関係部門の理解と協力が必須となる。本研究でも、看護管理者は、《院内助産導入のための病院への交渉》という課題に対して《実情を踏まえた院内助産導入するための関係部署への交渉》という取り組みを行っていた。3氏ともに病院トップや関係部署への交渉にさまざまな方法をとっていた。その中でもA氏が捉えた《院内助産導入のためのハード面の整備》という課題は、「開設準備期」の中ではもっとも困難を感じた課題と振り返っていた。渡邊ら⁷⁾は、院内助産開設に関する要素として、院内助産導入を決めた後は、「ハード面のシステムづくり」という要素を捉えている。本研究でも、看護管理者は、ハード面の整備に関して予算確保の難しさを認識しており、現状を分析しながら、様々な資源を活用して導入準備を進めていった。変革に成功をもたらす要素として、変革のアイデア、必要性、採択、実行、資源が必要であると言われている⁴⁾。看護管理者は、交渉力を発揮し導入のための詳細な計画とその必要性を病院トップや関連部署に提案し、承認を得て準備を進めていくことが求められると考える。

2) 開設当初：安全に運営するための院内助産基準の見直しとスタッフへの支援

「開設当初」には、看護管理者は安全に院内助産システムの運営をするため、常に医師と情報を共有し、事例の振り返りから、「院内助産の基準全体の見直し」という課題に対して、「事例を踏まえた院内助産の対象や対応に関する基準の見直し」を行っていた。本研究でも、「開設当初」、院内助産における産婦の異常の発生や医師との対象基準の認識の違いから起こるトラブルを経験し、リスクマネジメントとして速やかな基準の見直しに取り組んでいた。鈴木¹⁰⁾は、助産師と産科医師のスムーズな連携とその安全性の確保のために、産科医師・助産師におけるコンセンサス（共通の基準、役割、責任分担の設定）と症例ごとの振り返りが重要と述べている。安全な運営のために経験事例から問題を全体で共有し、ケアの提供体制整備をすることは、看護管理者としてリスクマネジメントの観点から重要な課題と解決への取り組みであることが示唆された。

また、「院内助産に対するスタッフの自己効力の向上」という課題は、経験の不足によるスタッフの予期不安に対して、看護管理者は実践により成功体験をさせることでスタッフの自己効力を高め、自信と意欲向上に繋げる取り組みをしていたと言える。また、「助産師の判断能力の向上」という課題とその取り組みは、実践する中で判断を医師に求めるばかりではなく、院内助産を通して助産師の判断能力を高め、助産師の主体性を引き出す関わりであったと言える。これらのことから開設当初は、看護管理者としてスタッフの自己効力と意欲向上に繋がる支援的関わりが必要であると示唆された。

3) 開設から現在：院内助産システムにおける助産師の育成と院内助産の維持・拡大

開設から現在では、「助産師の育成・システムの充実による院内助産の維持・拡大」という課題と、「院内助産を担う助産師の教育体制づくり」という取り組みであった。院内助産システムの充実と、継続し発展していくためには、看護管理者として、将来像を見据えた人材の育成と組織として発展するための課題を捉え、取り組んでいくことが重要であると考えられる。院内助産システムは、新たに組織が誕生し成長、成熟していくという組織のライフサイクル・モデル⁴⁾で捉えることができる。その維持・拡大は、組織の発達段階における公式化段階と捉えることができる。

この時期の主たる目標は内部の安定と市場の拡大であると言われている⁵⁾。本研究から、各施設の実情に合わせ、より充実した院内助産を運営するための課題は、将来を見据えた院内助産を担う助産師の育成、安全性を高める基準の見直しへの取り組みであると示唆された。

4) 全期間を通して医師との連携体制の構築

院内助産システム導入には、産科医師の不足という背景を抱える施設もある中で、助産師の専門性を活かして医師との役割の分担と連携を進めることが求められている¹¹⁾。

渡邊ら⁷⁾は、院内助産の開設に関わる要素として、医師・病院の受け入れ・要望があると述べている。院内助産において正常から逸脱した場合、母児の安全のためにも医師と連携して速やかにケアを提供できる体制の整備が不可欠である。本研究でも、看護管理者は全期間を通じて医師の理解と協力を得て、チーム医療としての連携体制の整備を進める取り組みをしていた。院内助産システムはローリスク妊産婦を対象に助産師が主体的にケアを提供する体制である。しかし、正常に経過している院内助産においても、予期せぬ異常に移行する可能性は潜在している。院内助産に関わる助産師は常に母児の安全を確保しながらケアを提供し、異常時は速やかに移行できる医師との連携体制を持つことが必要と考える。そのためにも看護管理者として、院内助産の導入およびその後の運営に、医師との連携体制をどのように構築していくかが全期間を通して重要な課題であることが示唆された。

5. 研究の限界と今後の課題

本研究では、質的記述的研究デザインを用いて、院内助産システムを運営する看護管理者3氏が個別状況の中で捉えた課題と解決への取り組みを明らかにし、かつ3氏の共通性を見出すことができた。しかし、本研究の対象が3氏と少ないことで、すべての院内助産システムを運営する看護管理者に適用できるものではない。今後は対象施設の種類や対象数の拡大を図るとともに、対象の個別状況との関連から研究を積み重ねていくことが課題である。また、効果的な院内助産システムの運営を検討するには、継続を困難にしている点についても明らかにする必要があると考える。

V 結論

本研究は、院内助産システムを運営する看護管理者が捉えた、開設準備期、開設当初、開設から現在のマネジメント上の課題と解決への取り組みを明らかにすることを目的とした。その結果、各期における看護管理者の捉えた課題とその解決への取り組みは、以下の4点であった。

1. 開設準備期には、導入決定に参加的リーダーシップを発揮しスタッフの動機づけを行うことや体制整備のための関連部署への交渉を行うことが必要である。
2. 開設当初には、安全な運営のために、リスクマネジメントの観点から経験事例での問題を捉え、基準の見直しを行うこととスタッフが主体的に院内助産に取り組めるよう支援的関わりが重要である。
3. 開設から現在では、院内助産運営を継続していくために、システムの維持・拡大という課題に、人材育成と安全性を高める基準の見直しという取り組みが必要である。
4. 全期間を通して、安全な運営のためにもチーム医療として常に医師との連携を図ることが重要な課題と取り組みである。

本研究で明らかとなった院内助産システム導入からの看護管理者のマネジメント上の課題と取り組みは、その運営と継続に向け、看護管理者としての状況に応じたリーダーシップのあり方の示唆となると考える。

謝辞

本研究を進めるに当たり、ご理解と協力くださいました研究参加者の皆様、研究対象施設の関係者の皆様に心より感謝申し上げます。また、ご指導いただきました日本赤十字九州国際看護大学大学院看護学研究科 本田多美枝教授、Herrera C. Lourdes R 准教授に心より感謝申し上げます。本研究は、平成26年度日本赤十字九州国際看護大学大学院修士論文の一部に加筆修正したものである。

(受付 2016.8.25 採用 2016.12.16)

引用文献

- 1) 遠藤俊子. 平成22年度院内助産システム推進プロジェクト答申(日本看護協会). 2011.

<https://www.nurse.or.jp/nursing/josan/oyakudachi/kanren/2011/pdf/toshin22.pdf>, (参照2016-08-20).

- 2) “院内助産システムの推進3カ年計画.”日本看護協会.
<https://www.nurse.or.jp/nursing/josan/oyakudachi/kanren/2011/pdf/3keikaku.pdf>, (参照2016-08-20).
- 3) 平成21年度「院内助産システムの普及・課題に関する調査」報告 日本看護協会, 2010.
<https://www.nurse.or.jp/nursing/josan/oyakudachi/kanren/2011/pdf/21-hokoku.pdf>, (参照2016-08-20).
- 4) Daft, R. L.: *Essentials of organization theory & design* (2nd ed). 2001, 高木晴夫訳: 組織の経営学: 戦略と意思決定を支える. 166-174, 東京, ダイアモンド社, 2002.
- 5) 遠藤俊子, 加藤尚美, 池ノ上克, 他: 院内助産システムガイドブック: 産科医と助産師の連携・協働の実際. 31-36, 東京, 医歯薬出版, 2010.
- 6) 谷津裕子: Start Up 質的看護研究: qualitative nursing research. 東京, 学研メディカル秀潤社, 2010.
- 7) 渡邊めぐみ, 林猪都子, 乾つぶら: 院内助産開設に関わる要素-院内助産モデルケースの聞き取り調査から-. 日本助産学会誌, 26(2):256-263, 2012.
- 8) 村上明美: 「院内助産」を通して考える助産師の自立 院内助産所等の実態調査結果とこれからの院内助産所等のあり方. 助産師, 65(2):10-11, 2011.
- 9) Robbins, S. P.: *Essentials of organizational behavior*. 1997, 高木晴夫監訳: 組織行動のマネジメント: 入門から実践へ. 226-229, 東京, ダイアモンド社, 1997.
- 10) 鈴木俊治, 平泉良枝, 野町寧都: 助産師主導から医師主導分娩体制への移行例に関する検討. 周産期医学, 42(8):1072-1076, 2012.
- 11) 澤倫太郎: 産科医療の崩壊を止める: 産科医不足への対応 助産師と産科医の協働. 産婦人科の実際, 58(6):839-846, 2009.

参考文献

- 1) 石岡洋子, 甲斐洋子: 勤務助産師の院内助産シ

- システムに対する不安内容の検討. 日本看護学会
論文集 母性看護, 43: 68-71, 2013.
- 2) 鈴木俊治, 平泉良枝, 里見操緒: 当院における
ローリスク妊産婦の院内助産システム利用状況.
周産期医学, 41(7): 985-988, 2011.
 - 3) 齋藤いずみ, 岡田公江, 戸田まどか, 他: 大学
病院における「助産外来」開設のための研究成
果に基づく取り組み. 兵庫県母性衛生学会雑誌,
19: 50-53, 2010.
 - 4) 小島幸佳, 大山梨沙, 竹元由香里, 他: 院内助
産における症例検討からみた今後のあり方, 熊
本県母性衛生学会雑誌, 14: 41-44, 2011.
 - 5) 高木静代, 小林康江, 小室真祐子, 他: 妊婦の
観点からみた助産外来を受診することの意味.
母性衛生, 53(2): 242-249, 2012.
 - 6) 勝原裕美子: 組織とは何か 組織の成り立ちと
構造. 井部俊子, 中西睦子編: 看護管理学習テ
キスト 2 看護組織論. 東京, 日本看護協会出
版会, 2-33, 2004.
 - 7) 高村浩美, 田中啓子, 古川みね, 他: 院内助産
を振り返り助産師の役割を考える. 島根母性衛
生学会雑誌, 14: 51-55, 2010.
 - 8) 船津有沙, 横田真実, 松下みゆき, 他: 院内助
産に対する施設勤務助産師の意識に関する実態
調査. 香川母性衛生学会誌, 10(1): 1-11, 2010.
 - 9) 宮木良美, 新田京子, 芹沢麻里子: メディカル
バースセンター開設後の現状と今後の課題. 浜
松医療センター学術誌, 5(1): 90-91, 2011.

Original Article

Managerial challenges perceived by and solution approaches employed by nurse managers in the management of midwife-led units

Kiyomi KIMURA, NMW, MSN ¹⁾

The purpose of this research is to clarify the managerial challenges and solution approaches employed by the nurse managers of midwife-led units (MLU) during the preparation, establishment and operation stages of MLU implementation. The acting head nurses of three MLU that had been operated for at least three years were interviewed using semi-structured interviews. Data was qualitatively analyzed.

In the preparation stage, nurse managers acknowledged five challenges, “Staff involvement in the decision to introduce MLU”, “Preparation of a system to introduce MLU”, “Negotiation with the hospital administration”, “Preparation of necessary equipment for the MLU” and “MLU that considers obstetric outpatient needs”. Nurse managers decided to introduce MLU and preparation started with staff motivation and negotiation with medical doctors and hospital administration.

During the establishment stage, nurse managers perceived necessary to “Revise MLU standards”, “Prepare of a system to introduce MLU”, “Improve MLU staff self-efficacy” and “Improve midwives clinical judgment skills”. In order to ensure safety in the MLU, nurse managers revised standards and strengthened collaboration systems with medical doctors.

Since establishment and through MLU operation, nurse managers were aware of two challenges, “Importance of midwives education to maintain and expand MLU” and “Revision of MLU target population standards”. Nurse managers intend to guarantee the continuity and expansion of MLU system by promoting the revision of operation standards and the improvement of midwifery practical skills.

The results suggested that through participatory leadership approaches, nurse managers motivated staff and revised standards based on specific situations. Continuous efforts to improve safety, strengthening of collaboration systems with medical doctors and supporting improvement of midwifery practical skills are necessary for the success of MLU system.

Key words: midwife-led unit system, nurse manager, managerial challenges and solution approaches

1) Kitakyushu Nursing College