
研究報告

総合病院の小児病棟所属の看護管理者が認識している 看護管理上の困難

平 山 恵 子

Difficulties in nursing management recognized by nursing managers of pediatric wards of general hospitals

Keiko HIRAYAMA

Abstract

The aim of this study was to clarify the difficulties in nursing management recognized by nursing managers of pediatric wards of general hospitals.

This survey involved four persons who were a chief nurse or sub-chief nurse belonging to a pediatric ward (or a ward admitting children also) of a general hospital, with clinical experience on a ward other than a pediatric ward. The data were collected by a semi-structured interview. The data were classified by category and analyzed focusing on the difficulties recognized by nursing managers.

This survey clarified that the following three items were extracted as difficulties. 1) It is difficult to cooperate with people around children including family members, nursing staff and physicians in order to respond to the change of diversifying family needs. 2) In the pediatric wards of general hospitals, it is difficult to find a breakthrough concerning issues arising from the diversity of children's diseases. 3) Although initiatives within the hospital are believed to be necessary to improve the quality of nursing in the pediatric ward, it is difficult to come to a mutual understanding with superior administrators, who have no experience in pediatric nursing.

It was revealed that nursing administrators in the pediatric wards of general hospitals are lonely and facing various nursing management difficulties. As a means to deal with this issue, the importance of a foundation for nursing administrators to establish decision-making and people who support the decisions made by nursing administrators was suggested.

キーワード：小児病棟，小児混合病棟，看護管理者

I. 背 景

これまでに、小児医療の体制構築に向けて、看護領域では、電話相談、ナースプラクティショナーの設立の是非、救急外来での看護師によるトリアージ、といった視点を中心に論議されてきた。ところが、総合病院の小児病棟における看護管理上の課題に特化し、体系的に取り扱った研究は少ない。そこで、なぜ総合病院の小児病棟における看護管理について研究を行う必要性があるのかを、記述する。

第一の理由は、総合病院の小児病棟の医療提供体制を整えることが、社会的な喫緊の課題として注視されていることである。現在、小児救急医療の体制は極めて不十分で、大部分の重症小児救急患者(死亡例など)は、成人施設や、救命救急の準備のない小児医療機関で対処されている現状(藤村, 2009)が指摘されている。このような背景を受け、平成17年12月、厚生労働省は4局長連名で、「小児科・産科における医療資源の集約化・重点化の推進」を都道府県知事に通知した。さらに、平成19年7月、厚生労働省医政局指導課から「小児医療の体制構築に係る指針」が通達され、平成20年度から都道府県知事は「地域医療計画・小児医療」によって行政運営を図ることになった。「小児医療の体制構築に係わる指針」には、そのほとんどが総合病院の小児科である「地域小児医療センター」を、「小児医療圏において中核的な小児医療を実施する」施設として機能させることが明示されており、総合病院の小児病棟における医療提供体制のあり方が重要視されているといえる。医療提供体制は、看護提供体制を包含しているため、総合病院の小児病棟における看護提供体制のあり方の検討も、重要度が高いといえる。

第二の理由は、小児病棟における看護管理上の困難について明らかにすることが、子どもへの看護の質の保証に関する課題を整理することによって貢献すると考えたためである。看護マネジメントの機能は良質な看護サービスをより円滑に提供するためのしくみやその運営活動であり、看護実践のあるところすべてにおいて必要とさ

れる(井部, 2004)。つまり、看護管理上の困難とは、看護サービスが円滑に提供されることが困難になることを指し、看護の質の保証を危うくするものであるといえる。従って、総合病院の小児病棟における看護管理上の困難について明らかにする取り組みは、総合病院の小児病棟における看護の質の保証に関わる課題を明らかにするための足掛かりとして意味があると考ええる。

II. 研究目的

総合病院の小児病棟所属の看護管理者が認識している小児病棟特有の看護管理上の困難を明らかにすることである。

III. 研究方法

1. 研究デザイン

研究デザインは質的研究である。

2. 用語の定義

本研究では、総合病院を「多科を有する500床以上の一般病床」と定義した。また、看護管理者を、以下のように定義した。総合病院の小児病棟もしくは小児混合病棟の看護師長あるいは看護副師長、かつ小児病棟以外での臨床経験がある者である。研究参加者の条件に、小児病棟以外での臨床経験を加えた理由は、他病棟と比較したうえで、小児病棟に特化した困難を認識していると推察したためである。また、小児病棟だけでなく小児混合病棟も含めた理由は、総合病院において主立って小児患者のケアを担う病棟であるという特性を重視したためである。小児病棟と表記しているものは、小児病棟と小児混合病棟の両方を指し、小児混合病棟と表記しているものは、小児と成人の混合病棟のみを指す。

3. 研究協力者の選択

コンビニエンスサンプリングを用いて、総合病院の看護部長に研究依頼書を送付した。研究参加の承諾が得られた施設には、研究参加者の

条件を満たす者に研究依頼書を渡してもらった。その際、研究参加について強制しないように依頼した。そして、研究参加の協力が得られた看護管理者を研究参加者とした。

4. データ収集の方法と手順

データ収集は半構成的なインタビューを行った。小児病棟における看護管理を行うなかで、最も困難を認識している事柄について、自由に語ってもらうことを基本としながら、作成したインタビューガイドの質問項目を網羅するように、話の流れに応じて、研究者が確認や質問を行った。予備調査として小児病棟での看護管理経験がある者、1名にインタビューを行い、インタビューガイドの適切さを確認したうえで、本調査を行った。

データ収集期間は2008年7月から2009年5月である。面接場所は参加者が落ち着いて話せる所を指定してもらった。インタビュー内容は許可を得てICレコーダーに録音し、40～80分のインタビューを行った。

内容はすべて研究者自らが定性的データに変換し、具体性を持たせないように配慮した。

5. データの分析方法

分析は、看護管理者がどのような困難を認識しているのかということに焦点を当てながら、類似点と相違点を比較検討して、内容ごとに分類した。なお、分析の過程において、小児看護の専門家からのスーパーバイズを受けた。

6. 倫理的配慮

倫理的配慮として研究の参加は自由意思であること、途中で中断できること、匿名性を確保すること、学会等で結果が公表されることを説明し、同意のもと実施した。研究参加者が少ないため、研究参加者の所属が小児病棟であるか小児混合病棟かを明らかにすることは避け、個人が特定できないように配慮した。この研究は、日本赤十字看護大学倫理審査委員会の承認(2008-40)を得て開始した。

IV. 結 果

研究は、4名の小児病棟の看護管理者に協力を得て行った。職位は、看護師長3名と看護副師長1名である。小児病棟以外での管理経験のある病棟数は1～2箇所であり、小児病棟での管理の経験期間は1～4年であった。4名が所属する病棟では、乳幼児期の子どもの入院に際して、家族が付き添って泊まることを推奨していた。いずれの施設も、輪番制で小児の夜間救急外来を担当し、担当以外の日は、ドクターコール体制をとっていた。

参加者の語りから、看護管理者が認識している困難に関与する物事について、3つのテーマが抽出された。1つ目は、家族のニーズの多様化という変化に対応するために、家族、看護スタッフ、医師など、子どもを取り巻く人々と協調していくことが難しい、2つ目は総合病院の小児病棟では、子どもの疾患の多様性に起因する問題に対して、打開策をみつけることが難しい、3つ目は小児病棟における看護の質の向上には、病院内での取り組みが必要だと判断しても、小児看護の経験がない上司の管理者と共通理解を図ることが難しい、であった。以下では、3つのテーマにそって、看護管理上の困難について述べる。

1. 家族のニーズの多様化という変化に対応するために、家族、看護スタッフ、医師など、子どもを取り巻く人々と協調していくことが難しい

- (1) 付き添いに関する家族の多様化するニーズに、小児科チームとして柔軟に対応することが難しい

看護管理者らが所属する病棟では、乳幼児の入院に家族が付き添うことを推奨していた。従来は、その基準にそって、女性である母親や祖母が付き添うことが多く、家族が付き添うことを推奨するという基準でも十分に対応できていた。しかし、昨今では家族が付き添えないことや、父親が付き添うことを希望するなど、付き添いに関するニーズが多様化していた。そのため、看護管理者らは従来の付添いの基準をその

まま運用することに限界を感じ、家族のニーズに応じて柔軟に対応をしたいという思いを持っていた。看護管理者らは、付き添いのニーズに応えるために、医師や看護スタッフと相談し、同室に入院する他の親の協力を得ながら、部屋のやりくりにあたっていた。看護管理者らは、「付き添いがないとやっていけない」という思いから、何とか家族に付き添いをしてもらえるように奮闘していた。

管理体制が、オートロックじゃないし、面会自由だし、どこからでも入れるというところから、それ（乳児誘拐のリスク）もあるので、付き添いをしてもらって病棟が成り立っている状態ですね。やっぱり付き添いがないとやっていけないってところもありますよね。

看護管理者らは、子どものケアを行うために、今の看護人員だけでは不十分であり、付き添いをしてもらわないと成り立たないと思っていた。その様な状況で、付き添いのニーズに合わせた柔軟な対応は容易でなく、特に親が付き添えないというニーズに対応する難しさを抱えていた。そして、付き添いのニーズに柔軟な対応をするという価値観やその具体的な方法を、医師や看護スタッフに伝えながら協調していくことの困難を感じていた。

付き添いは、お父さんでもお母さんでもいいかなと思うんですが、先生のほうですごく嫌な先生（嫌がるの意味）がいるので、そうすると、どう説得していけばいいかなって。（略）どうすれば解決するのかほんと思うんですけど。

今のところ小児科の先生との話し合いでは、やっぱり子どもの成長発達考えたら、ここで（親から）離すのがいいのか、どっちがいいか考えたら、やっぱり親がいるのが普通の生活だろうということ。（略）医者からみればわずかの期間なのでお母さんに我慢してもらう。

（看護スタッフが）調整がなかなか思うように判断できない…その、周りのお母様方に了承

を得れば男の人でも今晚は一晚泊まっていいんじゃないかみたいな柔軟な対応ができれば…。おばあちゃんでもおばさんでも誰でもいいから女性に来てもらってくださいみたいに言ってしまうスタッフがいたりとか、それでトラブルみたいになってしまうことがあります。（略）他の病院ではどのようにしているのでしょうか？

このような状況に対して、看護管理者らは、家族の「希望があまりかなえられていないという状況は申し訳ない」と感じながらも、解決法を見いだせずにいた。

- (2) 子どもが子どもを育てるみたいな親や、過保護や虐待といった親の抱える問題が多様化する中で、看護師として適切な役割を見失わずに家族と協力して子どものケアを行うことが難しい

看護管理者らは、家族背景、生活背景、社会的な背景の影響を受けて、家族が抱える問題が多様化していることを語った。たとえば、子どもが子どもを育てるみたいな親、過保護、虐待、精神状態が安定しない、両親ともにほとんど病院に來られないなどである。看護管理者らは、家族がもっているケアする力の個別性を見極めつつ、家族と一緒に子どもの成長を促すような関わりをする必要があると考えていた。しかし、子どもの親がこのような問題を抱えている場合、医療者が子どものしつけを親に代わってせざるを得なくなるなど、子どもに対するケアのために家族と協力する段階にも至らず、家族との関わり方に苦慮していた。

いろんな職業だったり、いろんな家族背景の方がいらっちゃって、いわゆるお母さんが育児放棄していて（子どもの）体重が増えなくて、そうするとお母さんが付き添うわけにはいかないじゃないですか、お母さんがいるんだけど、あまりちゃんとやってくれないようだってなると、結局ね。（略）私はもう少し高いレベルのね（小児科チームでケアすることを）求めている、具体的には症例検討とかね、あとは家族背景のなかでの私たちの役割。

この語りをした看護管理者は、問題を抱える家族との関わりに難しさを感じ、看護職の役割や、家族と協調していく方法について、症例検討などを通じて検討していたが、納得のいく方向性を見出せずに心残りを感じていた。

2. 総合病院の小児病棟では、子どもの疾患の多様性に起因する問題に対して、打開策をみつけることが難しい

- (1) 見たこともない疾患の子どもや重症の子どもが入院するという変化に対応しきれないとき、うちではみきれないと判断することが難しい

小児混合病棟の看護管理者らは、普段、急性期の比較的軽症の子どもが入院してくる中で、今までに経験したことのない疾患の子どもが入院したり、入院中に子どもが急激に重症化し非常に重篤な状態になったりしたときに、本当にここの病院でいいのだろうか、うちの病院で対応できるのか、みつづけていいのかという思いを抱くことが語られた。ある看護管理者は、病棟医師の交替に伴い、今までよりも重症な子どもの入院も受け入れるという方針へと変化したことに対し、ついていけなかったと、当時の状況を以下のように語った。

重篤な状態になるってことを私たちも予測できなくて、インフォームドコンセントを家族と同居して聞いたときに一番衝撃的だったのは、もしも副作用が強かったり治療がうまくいかなかった場合は亡くなることもありますって話をされたんですね。そうすると、私たちのなかで本当にここの病院でいいんだろうかって、ご家族と同じような気持ちになって。(略)(急激に重症化した子どもが亡くなるまでケアしたときに)先生も一生懸命やって、私たちも夜勤を α 人を $\alpha+1$ 人にしたり(上司と相談して看護師を一人増員した)手一杯対応させていただいたんですが、その判断は良かったのかなって、早めに他の病院にお願いする手もあったんじゃないかなってことで。使命感じゃないですけど。ちょっとジレンマになって。

この語りをした看護管理者は、子どもを看なければという「使命感」と、子どもにとっては、より良い医療が受けられる他施設への転院を勧めたほうがよいのではないかという「使命感」の間でジレンマを感じながら、判断に迷ったことについて、非常に難しい問題であったことを重たい口調で話した。一方、小児救急医療体制が充実している地域の看護管理者は、どのような疾患の子どもや、どのような症状の子どもを転送するのかという基準を医師と共通に認識しているため、転院の判断に関する困難は語られなかった。

- (2) 感染症の子どもと非感染症の子どもが、ひとつの病棟に入院しているなかでは、できる限りの感染管理を行っても、重大な院内感染を防ぐことが難しい

看護管理者らは、総合病院の小児病棟に入院してくる子どもの疾患は、小児内科、小児外科、整形外科の疾患など小児全科と多様であり、感染症と非感染症の子どもが一病棟内に入院していることを語った。そして、多様な疾患の子どもが入院する中では、感染症の子どもと非感染症の子ども(もしくは成人患者)が、隣室になることを避けられない状況となり、非感染症の子どもが院内で感染しないための管理に困難を感じていた。

(小児病棟における看護管理上の困難は)やっぱり感染管理ですよ。同じ病棟内に感染を受けちゃいけない子と、感染症の子が同居しているということですね。(略)化学療法中の子と、隣り(の部屋)が肺炎とか胃腸炎の子とがいるんで、もう持ち出せないんですね(化学療法中の子どもに感染症を罹患させるわけにいかないという意味)。お互いに。だから、悲惨な管理しています。(略)胃腸炎で入ったら、うつってしまったとかありますもんね。そういうことのないようにしたいんですけど。ひとりに一部屋はあげられないので。(総合病院の小児病棟は)全部(の診療科を)しなきゃならないっていうのもありますね、感染もいっぱいありますしね。感染したらアウトなんで。

この語りをした看護管理者は、スタッフにスタンダードプリコーションの徹底を図り、さらに院内の感染管理認定看護師と連携しながら、感染予防策を講じていた。それでもなお、感染を防ぎきれない状況が語られた。さらに、小児混合病棟では、小児病棟と比較して小児用の病床数が少ないため、個室隔離が一層困難である様子が伺えた。

白血球が下がっていて、クリーンルームみたいに使っている部屋と、その隣には、子どもの胃腸炎の隔離みたいになっている部屋ってこともあるので、そこら辺で、もしね、怖いですね。小児科だと、やっぱり感染症の子が多いので、そうすると隔離ってポイントになるので、個室も準備しなくちゃいけないし、(略)そこら辺のベッドコントロールというのがとにかく難しいですね。感染しやすい状態になっている(患者がいる)ところに、感染症の子どもがいるっていうこと自体が、元々の組み合わせ自体にも無理がある。安全管理って意味で、そのへんでは、そもそものいいのかなっていうのはありますね。

小児混合病棟の看護管理者は、感染症の子どもが多い小児科と、化学療法を行っている多数の成人診療科を組み合わせることに疑問を抱いていた。

3. 小児病棟における看護の質の向上には、病院内での取り組みが必要だと判断しても、小児看護の経験がない上司の管理者と共通理解を図ることが難しい

- (1) 泣き叫び続ける子どもの声が騒音と捉えられないように、夜間の病棟の静けさを保つことが難しい

看護管理者らは、子どもの泣き声が、付き添いをしている家族にとって耳障りになることがあり、夜間の安静を保つことに困難を感じていた。また、小児混合病棟では、入院している子どもや付き添いをしている家族だけでなく、化学療法の副作用などにより身体的苦痛の強い成人患者、ターミナルの成人患者、手術直後の成

人患者にとって、子どもの泣き声が騒音と捉えられるほどに大変な負担になりうると認識していた。

どうしても、時間に関係なく調子が悪ければ泣き叫ぶっていうか…それが(化学療法を繰り返してターミナルになっている)成人患者の大変な負担になってしまったりもするし、自分に身体的に苦痛があって、例えば手術だったりとか化学療法で、副作用が強いようなときに、子どもの泣き声ってすごい耳障りで、どうにかしろって怒鳴る方もいたりするんですよ。そういった騒音っていうんですかね、何か夜間の安静が保てないっていうことも。

看護管理者らは、対応ひとつ工夫するだけで泣きが落ち着くことは多々あるので、泣いている子どもにきちんとした対応することが基本にあると捉えていた。ところが、子どもは体調が悪く、入院によるストレスが辛いと、時間に関係なく泣き叫び、家族や看護師が協力してあやしても病棟中に泣き声が響くため、家族に病棟外であやしてもらうように依頼するなど試行錯誤していることが語られた。しかし、いつも十分な対応ができるわけではない。

ほんとに子どもがすごい泣いた日の次の日は、大部屋の人たちから、成人患者の方から、クレームが回ると言われますね。昨日は、何だったの？みたいな。だから、対応がね、ちょっと不十分だったのかなっていう気はするんで、難しいですね。本当に、ある程度(看護師数の)余裕もないと、対応ってできないです。こっちで急変があるときに、泣いてても、そっちは、後回しになってしまうので、子どものぐずりとか、夜泣きとか。成人と小児科の、全く違う性質のところを、同じ病棟にしていること自体、やっぱり無理があるから。

このように、小児混合病棟の看護管理者は、看護人員が十分でなく、泣いている子どもへの対応を後回しにせざるを得ない現状が語られた。このことを、小児看護経験のない上司に伝えて

も「うまく伝わらない」と認識していた。また、看護管理者らは、成人患者と小児患者を同じ病棟で看るという小児混合病棟の不合理性を感じていた。

- (2) 子どもへの苦手意識をもち、小児病棟を希望せず異動してきた看護師が「あるまじき言動」を起こさないように支援することが難しい

看護管理者らは、小児科への異動を希望せず小児病棟に配属されたスタッフは、子どもへの苦手意識というハードルを抱きやすいと捉えていた。看護管理者らは、子どもへの苦手意識というハードルを抱くスタッフの教育に困難を感じながらも、スタッフ皆で教育的な関わりをもつ、勉強会の実施、看護手順の作成、学生実習に巻き込むなど、様々な対策を講じていた。そして、「子どもってこんなもん」「入院中であっても、子どもの成長を妨げないように、少しでも成長を促すような関わり」をしようと思えるように関わっていた。それでもなお、子どもへの苦手意識をもつ看護師が、看護師として「あるまじき言動」を起こさないようにすることは困難であった。

今は子どもが苦手って人がいるので、明らかにいるので、それなのに小児科に異動になってしまうってことがあるので、そういうのも難しい。(略) (小児病棟を希望せずに異動してきた) 小児病棟の看護師さんとしてあるまじき言動があったってクレームを書かれたり、ちょっと続いたりとかってというのがあって、小児病棟は、患者さんは、こちらが苦手意識を持つと向こうもねってというのがあって、小児病棟の看護師さんっていったらやさしくて、なんでも話をきいてくれるって印象が違うみたい。

看護管理者らは、小児病棟を希望していない看護師が異動してきても、小児病棟でのやりがいや目標を見出すという切り替えができない人が少なくないことを問題視し、その点について、小児看護の経験がない上司の理解を得たいと思っていた。

(小児看護の経験がない上司に) 専門的に小児を分かっているスタッフがいないと、小児はとて大変なんだってことをわかってもらえれば、きっと良いんでしょうね。(略) (異動が) 発表されるときには決定で、その後に(意見を) 言っても何も変えられないので、かといって事前に(上司からの) 相談はないですよ。(略) そこらへんはうちの病院全体の課題かなっていう気は、すごいですね。

小児の専門的知識というか、持っているという人が、(上司の独断で他部署に) 異動してしまったりとかいうことで、だんだんだんだん少なくなっていくっていう現状もあるので、(略) 危ないというか、知らないでやってしまうことが(その日の勤務者が小児看護の知識がない看護師で構成され、ケアにあたること) やっぱりそれがちょっと一番怖い。

このように、看護管理者は、小児看護を希望していない人が異動してくることや、小児看護の知識がある人材を小児病棟に確保できないことに対して、病院全体の異動のあり方が課題であると認識していた。一方、小児病棟への異動を希望したスタッフが配属される病棟の看護管理者は、スタッフの「子どもへの対応は慣れている」と認識しており、同様の困難は語られなかった。

- (3) 「小児は小児の時間がかかる」なか、不十分な看護人員でケアするスタッフの負担を減らし、子どもの発達を踏まえたケアを実践することが難しい

看護管理者らは、子どもの場合、ひとつひとつ検査や処置に時間がかかるため、検査・処置ばかりに追われて、子どもの発達に関わる援助をするには、現在の看護人員では難しいと考えていた。

遊びとかもすこし学習をみてあげたりとか遊んであげたりということがすごく大切なことなんじゃないかなと思うんですけど、処置が多かったりすると、そこのところがやっぱり全くで

きない日もあって、時間でやることをきちっとやるというだけで、小児の発達にも関わるようなところの援助のところがほんとに抜けて、抜けてというかできなくなって困っている現状がある。(略)小児の処置には、すごく時間がかかるので、それだけで手(看護人員)が必要であるということ(略)子どもが成長している過程にあるから、そこを援助(子どもの発達を促す援助)っていったところを入院中もやりたくて必要だと。

また、看護人員が不十分だと、子どもの安全の確保が難しいと感じていた。ある小児混合病棟の看護管理者は、スタッフから、少ない人数で勤務する不安を訴えられた経験を、以下のよう

に語った。

自分しか小児のスタッフがいなくていったときに、(略)なかなか相談することができないっていうことで、かなり自分の責任が大きくて(略)私しかみないことが怖くてしょうがないって(略)ひとりにかかる負担がやっぱり大きい。

小児病棟は入院患者数に非常に変動があるため病床稼働率が低く、他の病棟と比べると重症度が低いため、小児病棟にばかり人員を置けないという病院の事情があった。その事情を考慮しても、看護管理者らは小児病棟の看護人員が不十分であると、上司に働きかけていた。しかし、上司には小児病棟では親が付き添っているから楽だという固定観念があり、看護管理者の切実な訴えは受け入れられず、「厳しい」という思いを持っていた。

小児は看護必要度がいらなくていいって言われているじゃないですか。付き添いがいるからいいけれど。(略)どこにも尺度がないんですよ。(重症な子どもが多数入院している小児病棟の看護管理者の語り)

よくデータを出しなさいって言われるんですが、上司がどうしてもお母さんついてるから、

そんなに小児はやることないって、そんな小児はスタッフがいなくていいんじゃないって言われることがある。けど小児は小児の時間がかかる(子どもの発達を踏まえたケアには時間がかかる)ので、プラス手(看護人員)もこれだけかかるから、小児としてはこれだけの人数を確保したいんだってことを、しっかり、こう証明したい。

看護管理者らは、上司から人員増の必要性について根拠を提示するよう求められていたが、アピールするための根拠を示せず、上司を納得させるだけの説明ができずにいた。しかし、看護管理者らは、「小児は、専門があって大変だっていうところのアピールが足りない」と上司が納得できる説明ができないことを自己の責任として捉え、不甲斐なさを感じていた。

(4) スタッフと看護管理者が「専門的なかわりができている」と胸を張って言い切ることが難しい

看護管理者らは、「スタッフのモチベーションと専門性をどういうふうに向上させていくか」が難しいと認識していた。小児専門病院であれば、外科系なら外科系、内科系なら内科系と括られ、小児病棟ごとに専門分化している。ところが、総合病院の小児病棟では小児全科の子どものすべての疾患に対応しているため疾患の種類が多様となる。そのため、看護管理者は、「胸をはって、ちゃんと専門的なかわりができています」と言えない部分があると専門性を向上させることに困難を認識していた。

内容的にね、専門的にきちんとかう、あの実際看護が提供できているかっていうと、やっぱり広く浅くなくなってしまっているっていう現状があるので、総合病院だとなんか胸をはって、ちゃんと専門的なかわりができていますっていうのがいえない部分があるかなって気はしますね。(略)もっと広く浅くっていうか、普通の子ども病院であれば血液疾患とか分かれているので、ほんとに違うんですよ。なかなか難しいですね。総合病院だと。

特に、小児混合病棟の看護管理者は、入院している子どもが少なく、同じ病棟に成人患者がいるため、スタッフがここは本当に小児科なのかという思いに陥りやすいと語り、スタッフのモチベーションの維持に一層の困難を感じていた。

(小児と成人の) 混合じゃなくて小児病棟っていうことを望んでいる、スタッフも結構多いんですね、子どもだけをみれるといいなって、ただ、専門的なβ床(10床以下)で、専門性を究めるまでいかないし、しかも混合で(成人)患者をみていますから、モチベーションを維持するために、小児病棟っていった(成人患者)もいろいろみて、「本当にここは小児科なの?」っていう思いに陥りやすいのかなって。

小児混合病棟の看護管理者らは、スタッフが小児看護専門看護師や小児救急認定看護師の資格を取得しても、非常に症例が少なく、十分な活躍の場がなく力を発揮できないと認識していた。さらに、病床数の少なさや、成人患者のケアもするという制約がある中で、スタッフの専門性を向上させていく難しさが語られた。このことについて、上司に相談している看護管理者もいたが、相談することすら「難しい」と言い淀む看護管理者もいた。

V. 考 察

結果より、総合病院の小児病棟の看護管理者は、小児病棟内では解決できないと判断した事柄について、小児看護経験のない上司と共通理解を図る難しさを感じていた。看護管理者らは、上司と共通理解を図るために小児病棟の現状をアピールする努力が必要だと認識していたが、そこには自分の価値観を確立する難しさや、根拠を示す難しさがあった。そのため、看護管理者らは、上司と共通理解を図るための説明ができないことに不甲斐なさを感じると同時に、理解してもらえないことに対して厳しいという思いを持っていた。看護管理者らが語ったこれらの困難には、子どもや家族、スタッフの

ために奮闘している裏で、小児病棟の看護管理者が孤独に耐えている姿が浮かび上がった。そこで、なぜ総合病院の小児病棟の看護管理者が認識している看護管理上の困難には孤独を伴うのか、考察する。

1. 小児病棟の実態を説明する難しさ

看護管理者らは、病棟内で解決できない問題について、上司である看護管理者に理解を得ようとしていた。しかし、小児病棟で生じていることの説明には難しさが存在した。たとえば、看護管理者らは、スタッフが抱える子どもに対する苦手意識というハードルを超えるための支援に難しさを感じていた。そのため、当該病棟の看護師を短期間で他部署に異動させたくない、小児病棟を希望している看護師に異動してきてほしいと思っていた。先行研究においても、総合病院では小児専門病院に比較して、看護師が子どもとの関わりや家族への対応にストレスを強く感じており、中でも小児看護を希望しない看護師は、難しい対象(子どもや家族)への関わりにストレスを強く感じていた(石見・高田・文字他, 2004)ことが示されている。また、小児病棟における新卒看護師が遭遇するコンフリクトについて調査した研究では、知識不足や未熟な看護技術のため「その子どもに納得できるような、発達段階にあった説明ができない」といった小児看護特有の多様なコンフリクトの内容が記述されている(山本, 2004)。成人病棟での看護経験がある看護師にとっても、子どもへの看護を希望しない看護師には、このようなコンフリクトが生じやすいと推察される。一方、本研究では、スタッフの異動希望を反映させた異動のしくみをとっている病院の看護管理者からは、同様の困難が語られていない。このことから、人事異動に際してスタッフのキャリアアップを確認すること(Schein, 1999/2003)は、スタッフ、小児病棟、病院にとっても有用であると考えられる。

看護管理者らは、小児看護を専門的に分かっているスタッフが少なくなることは、子どものケアをするうえで危ないと認識していた。しかし、看護管理者らは、比較的軽症な患者が入っ

てくる小児病棟において、小児看護を専門的に分かっている人がケアをしないと、なぜ危ないのかを示す根拠を持ち合わせていなかった。さらに、子どもの発達を踏まえたケアを充実するには看護人員が不十分だと認識していたが、そういったケアにはなぜ時間がかかるのかという説明に難渋していた。これまで、総合病院の小児病棟における看護人員の研究は、業務量の観点から行われ、小児病棟に適正な看護師数が配置されていないことが指摘されている(伊藤, 2007; 金井, 2004; 大谷, 2000; 山元・地蔵・谷村, 2004)。また、海外の365万人の小児患者を対象とした研究では、看護時間の多さが、術後合併症である肺炎や敗血症の発生の減少に有意に影響していることが示されている(Barbara, 2007)。

このように、小児領域においても、看護の質を踏まえて適切な看護人員を検討する試みが始まっている。しかし、既存の研究には、看護師が実践したいと思いつつも、実践しきれていないケアや、看護師の看護実践能力までは付加されていない。それぞれの総合病院の小児病棟に適切した人事配置を示す根拠にはならないのである。ところが、看護管理者たちが説明しようとして望んでいたのは、ケアをなんとかやりくりすることではなく、子どもの発達を促すような関わりができる、子どもが泣き叫ぶときに対応できる、付き添いのニーズに応えることができる、安全が保たれるといった看護の質を保つのに十分な人員を示すことだった。

現時点においては、看護管理者らは、当該病棟では看護人員が不十分であることを、自らの語りによって説明するしか手段がなく、それはとても困難なのである。小児看護領域内においてさえ、小児看護領域の技術習得に関して、重要視すべき教育内容に対する共通理解の不足や、技術の捉え方や解釈に一貫性がない(平井, 2003)という指摘からも推察されるように、小児看護に求められることの説明が容易ではないこともその理由として挙げられる。さらに、子どもと家族には固有のニーズがあり、子どもと家族の置かれた状況の特殊性や個別性を理解したうえでの「状況に応じた看護」(筒井, 2004)

の重要性が言われている。しかし、小児看護経験のない上司に、小児病棟の実態を伝えるのは難しい。以上より、小児病棟の看護の質を向上のために、どのような人材をどの程度配置する必要があるのかという人事配置の在り方について、小児看護経験のない看護管理者に伝えるのは、非常に難しいことだといえる。そのため、総合病院の看護管理者は、小児病棟の看護管理に求められることを理解することが、そもそも難しいのだということを把握した上で、小児病棟の看護管理者の意見に耳を傾け、尊重する姿勢が求められると考える。

本研究の看護管理者らは、日々、上司と良好なコミュニケーションをとっている様子が伺えた。それでもなお、困難の核心に触れる内容を、共通に理解し合うことは難しいのではないかと思われた。それは、小児看護を経験していない者にとって、小児看護の実態を理解することに難しさが伴うからではないかと考えられる。したがって、総合病院の看護管理者は、小児病棟の看護管理者に対し、病棟管理上の困難について意図して質問をなげかけ、困難を引き出すという関わりを持つことが必要かもしれない。

2. 総合病院の小児病棟の看護管理者という孤独になりやすい立場

総合病院に小児病棟はひとつしかなく、子どもの看護を担う看護管理者は小児病棟にしかない。そのうえ、先に述べたように小児病棟の実態を語る難しさから、他部署の看護管理者と困難さを共有しにくいという孤独感が存在するものとする。小児専門病院であれば、すべての看護管理者が子どもをケアする病棟という前提で、看護管理に取り組むため、たとえ解決が難しい問題であっても、体験している困難を共有できる。インタビュー終了後に、「他の病院の小児病棟の看護管理者も同じような思いをしているのではないか」と言った看護管理者がいたことから、似たような経験を共有できる看護管理者がおらず、孤軍奮闘している様子が伺えた。

たとえば、小児病棟の付き添いのあり方については、1970年代以降、様々な論議がなされ

てきたが、付き添いの廃止、付き添いの規制など家族参加を実現するための規則のあり方について、まだ専門職者の間においても合意に至っていない(中野, 2000). 付き添いの在り方を探るべく多数の研究に関しても、主に病棟環境や付き添いの規則といったシステムの実態や、家族のニーズを問うものが多い(古溝, 2006). そのような背景の中で、本研究の看護管理者らは、家族のニーズに柔軟に対応したいと思いつつも、付き添いについての自身の価値観を確立させる難しさを抱いていた。看護管理者の中には、インタビュー中に「他の病院ではどのようにしているのでしょうか」と研究者に尋ねてくる者もいた。小児専門病院であれば、病院全体として付き添いの規則やその運用の仕方を検討できるであろう。しかし、総合病院では、小児病棟の看護管理者だけが抱えている問題となり、この案件に関して相談できる他部署の看護管理者が院内に少なく、孤独のうちに思索していた。

また、本研究では、看護管理者らが見たこともない疾患の子どもや重症の子どもが入院してきても、当該病棟では看きれないと判断する難しさを認識していた。これは、総合病院の小児病棟という単独の病棟内で、子どもの疾患の多様性に起因する問題に対して打開策を見つける難しさを表している。小児専門病院であれば、それぞれの病棟に入院している子どもが重症化したとき、当該病棟でみるか、あるいはPICUへ転棟するか、上司である看護管理者やPICUの看護管理者と相談することができる。総合病院であっても、成人病棟であれば他部署の看護管理者と相談して、その患者に適切な病棟について相談することができる。しかし、総合病院の小児病棟では、子どもの重症度と当該病棟で看護ケアができる範囲を勘案して意思決定するのは、小児病棟の看護管理者と医師によるところが大きいと推察される。

本研究においても、ケア度の上昇が予測されれば、夜勤人員の増員を上司に依頼している看護管理者もいた。しかし、その子どもを当該病棟で看続けることについての判断は、小児病棟の看護管理者に委ねられており、孤独のうちに

ジレンマを抱きながらの意思決定を迫られていたのである。総合病院の小児病棟という場で、他部署の看護管理者と相談できないことが、一層の苦難をもたらしていると考えられた。既存の文献では、看護部長の倫理的ジレンマを伴う、最も困難であった意志決定の体験を分析した研究において、看護部長が孤独な立場にいたことが示されている(勝原, 2003). ところが、本研究のように総合病院の小児病棟の看護管理者が、倫理的ジレンマを伴う意志決定を含め、看護管理上の困難に対して、孤独を抱えながら立ち向かっていることを記した研究は見当たらない。

倫理的ジレンマを伴う意志決定に関する課題については、システムの変更により解消されるものもあるが、システムの変更だけでは解消されない物事も、数少なくないを考える。そうしたときに、看護管理者が抱える困難感や孤独感を軽減するのは、総合病院の看護管理者の認識する困難を共有し、看護管理者の管理実践の基盤となる価値観を支持する存在だといえよう(勝原, 2003). たとえば、日本小児看護学会にて看護管理者間が交流する機会を設ける、日本看護管理学会にて小児病棟の看護管理者が交流する企画を設けるのも一案だろう。このような、同じ立場の看護管理者同士が意見交換をする場の設定により、個々の看護管理者が意思決定を確立させるための拠り所を得られるのではないだろうか。

本研究では、総合病院の小児病棟の看護管理者から、多様な看護管理上の困難が語られた。なぜ、これほどの困難が語られたのかを鑑みたときに、いずれの困難にも子どもに最善の看護を提供したいという看護師としての使命感の存在が推察された。言い換えれば、看護管理者らは、使命感を持っているからこそ苦慮するとも考えられる。Buresh・Gordon (2000/2002)は、看護師が「主体的行動者の声」をあげることで、看護師間のつながりを強める役割を果たし、看護の外部にいる人々の支持をはるかに得やすくなり、ひいては、建設的な意見の衝突をもたらす、看護師と患者を援助することになると記述している。これまで、小児病棟の

看護管理者が、病棟外において発言する機会は、それほど多いとはいえないのではないだろうか。Buresh・Gordonが指摘するように、子どもの看護実践において解決できない困難や、使命感に基づいて実践している看護について発言していくことが、子どもがより質の高い看護を受けることに繋がっていくものと考える。

VI. 実践への示唆と今後の課題

本研究により、総合病院の小児病棟の看護管理者は、看護管理上の困難について上司と共通に理解し合えず、孤独を抱えていることが分かった。対策として、看護管理者の意思決定を確立させるための拠り所や、看護管理者の意思決定を支持する存在の重要性が示唆された。今後は、看護管理者が困難を感じながら意思決定をする際、どのようなリソースを使い、どのような過程を辿っているか明らかにする必要があるだろう。それにより総合病院の小児病棟の看護管理者の看護管理上の困難の解決に向けて、有用な示唆が得られると考える。

謝 辞

本研究を行うにあたりご協力いただきました参加者の方々、ご助言くださいました先生方に心より感謝申し上げます。なお、本研究は、平成20年度日本赤十字看護大学課題研究費の助成を受けて実施いたしました。

文 献

Barbara, A.M., David, W.H., Wallace, F.B. (2007). Nurse staffing and adverse events in hospitalized children. Policy, Politics, & Nursing Practice, 8(2), 83-92.

Buresh, B., Gordon, S. (2000)／早野真佐子 (2002). 沈黙から発言へ. 日本看護協会出版会.

藤村正哲 (2009). 幼児死亡の分析と提言に関する研究. 大阪府立母子保健総合医療センター雑誌, 24(3), 111-118.

古溝陽子 (2006). 入院している子どもに付き

添う家族に関する文献検討. 福島県立医科大学看護学部紀要, 8, 39-40.

井部俊子 (2004). 看護管理学習テキスト3 看護マネジメント論. 日本看護協会出版会.

石見和世・高田一美・文字智子他 (2004). 小児と関わる看護師の職務ストレス認知—病院・病棟形態と状況要因による差異—. 第35回日本看護学会論文集小児看護, 35, 149-151.

伊藤龍子 (2007). 小児患者に要する看護時間と適正人員配置に関する研究. 小児保健研究, 66(6), 797-802.

勝原裕美子 (2003). 看護部長の「倫理的ジレンマ」をもたらす道德的欲求. 日本看護科学学会誌, 23(3), 1-10.

金井Pak雅子 (2004). 看護ニーズに基づく看護労働力の適正配分に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金 厚生労働科学特別研究事業 平成15年度総括研究報告書.

平井るり (2003). 小児看護技術の卒後教育に関する文献検討. 日本小児看護学会誌, 12(2), 23-30.

中野綾美 (2000). 小児看護における家族参加その意義と課題. 小児看護, 23(6), 707-712.

大谷和子 (2000). 回帰分析における看護度と看護量の関係について. 看護展望, 25(4), 106-111.

Schein, E.H. (1999)／金井壽宏 (2003). キャリア・アンカー—ほんとうの価値を発見しよう, 白桃書房.

筒井真優美 (2004). 小児看護における技の探求: 子どもの最善の利益を守るために. 日本小児看護学会誌, 13(1), 92-100.

山元恵子・地蔵愛子・谷村雅子 (2004). 小児看護に時間と人員を要する理由—小児看護24時間のタイムスタディー—. 小児看護, 27(4), 495-508.

山本千恵 (2004). 小児病棟における新卒看護師が遭遇するコンフリクトの要因とその支援. 日本看護学会 看護管理, 35, 90-92.