

研究報告

北海道の産科病棟の看護管理者が認識した 新型コロナウイルス感染症（COVID-19）による危機

白井紀子¹⁾, 林 佳子¹⁾, 前田尚美¹⁾, 荻田珠江²⁾, 正岡経子¹⁾

¹⁾ 札幌医科大学保健医療学部看護学科

²⁾ 東京家政大学健康科学部看護学科

【目的】北海道の産科病棟において看護管理者が認識した新型コロナウイルス感染症（COVID-19）による危機の察知、危機の内容を明らかにする。

【方法】北海道内の産科病棟において、2020年1月～2021年8月にCOVID-19への危機管理を行った看護管理者に無記名質問紙調査を行い、量的記述的に分析した。

【結果】産科病棟へのCOVID-19陽性あるいは陽性疑いの妊産婦・新生児の受け入れは42.3%であった。危機を察知したきっかけは「COVID-19陽性者の受け入れ施設となった」が最も多かった。危機の発生は42.3%であり、「病棟のケア業務の混乱」が最も多かった。病棟機能の停止に至るほどの危機からの回復には50.0%以上が4週間以上を要した。

【結論】感染の拡大とともに平時から感染症に対応する機能を持たない病院も陽性者等への対応が必要となり、産科病棟では様々な危機が発生した。COVID-19をはじめとする新興感染症による病棟の危機への対応、危機からの回復には、危機の察知を早め、妊産婦等へのケアの遂行を脅かす状況を早期に解決に導く必要がある。

キーワード：新型コロナウイルス感染症、産科病棟、周産期ケア、危機

Crises caused by the COVID-19 pandemic as observed by nursing administrators in maternity wards in Hokkaido, Japan

Noriko SHIRAI¹⁾, Yoshiko HAYASHI¹⁾, Naomi MAEDA¹⁾, Tamae OGITA²⁾, Keiko MASAOKA¹⁾

¹⁾ Department of Nursing, School of Health Sciences, Sapporo Medical University

²⁾ School of Nursing, Faculty of Health Sciences, Tokyo Kasei University

Objective: To identify crises caused by the COVID-19 pandemic and their characteristics as observed by nursing administrators in maternity wards in Hokkaido, Japan.

Methods: An anonymous questionnaire survey was completed by nursing administrators in maternity wards in Hokkaido, Japan who managed COVID-19 crises between January 2020 and August 2021. The results were analyzed quantitatively and descriptively.

Results: A total of 42.3% of expectant mothers and newborns admitted to maternity wards who were tested positive or suspected to be positive for COVID-19. The most common trigger for a crisis was "becoming an admitting facility for COVID-19 positive patients." The occurrence of crises was 42.3%, with "confusion about how to proceed with the tasks to provide care to patients in the ward" being the most common. In over 50% of cases, recovering from a crisis that led to a suspension of ward functions required four weeks or longer.

Conclusion: With the spread of COVID-19, hospitals without infectious disease units were also required to treat COVID-19 positive cases, causing various crises in maternity wards. To avoid such crises and to recover from them if they happen, it is critical to detect them quickly and resolve the situation quickly to avoid interference with the care of expectant mothers.

Key words: COVID-19, maternity ward, perinatal care, crisis

Sapporo J. Health Sci. 12:37-43(2023)

DOI:10.15114/sjhs.12.37

I. 緒 言

2019年12月以降, 世界中で感染が拡大した新型コロナウイルス感染症(以下, COVID-19)は, 出産を取り扱う周産期医療の現場にも大きな影響を及ぼしている。感染拡大予防の観点から, 立ち会い分娩や里帰り分娩ができなくなる妊産婦が増加した。そればかりではなく, 北海道では2020年10月より感染の第3波に見舞われ, 急速な院内感染の拡大による医療機関の機能停止, 産婦の感染による産科病棟の機能停止により, 妊産婦が出産する予定の病院を突然転院することを余儀なくされる事態も報じられた。分娩を間近に控えた時期の想定外の転院は, 出産という大きな変化を迎える妊産婦にとってはストレスの高い出来事である。特に北海道は, 分娩可能な施設が100km圏内に1施設しかないという地域もあり, 突然の転院に伴い長距離移動の必要性が生じた場合には妊産婦に与える影響は大きい。

危機とはリスクが顕在化して組織に深刻な影響をもたらす事態・状況, あるいは突発的な脅威をいい, その種類の中には, 地震等の自然災害や新型コロナウイルスSARS等の感染症も含まれる¹⁾。まさに, 今回のCOVID-19も危機発生の脅威と捉えられ, このたび北海道で生じた病院, 病棟機能の停止は危機であるといえる。危機への対応には, 近年, 保健・医療の分野においても危機管理の手法が活用されつつあるものの, このような突発的な新興感染症への対応については参考となるモデルやフローは確立されていない。よって, COVID-19による危機および危機管理の実態について明らかにすることは, データの蓄積を介した危機管理の迅速な導入や円滑化に繋がると考える。現在, 国内でCOVID-19が発生した後の病院施設の危機管理, 危機対応については試行錯誤の実践報告が蓄積されつつあるが, 産科の管理に関するものについては国内では2件の実践報告²⁾³⁾, 1件のケアに関する実態調査⁴⁾があるのみで, 産科病棟における危機の発生状況についても実情は明らかになっていない。

したがって, 北海道の産科病棟で生じた危機について明らかにすることは, COVID-19への長期的な対応が予測される状況において現場の脅威を見直し, 分娩可能な施設が限定され近隣の産科との連携が困難な地域の状況や, 産科の特性を踏まえた危機管理の検討に繋がると考える。また, 今後も発生する可能性がある未知の新興感染症による危機に迅速に対応するために, 産科特有の危機管理の要素を検討することができると思われる。

II. 研究目的および用語の定義

本研究の目的は, COVID-19をはじめとする新興感染症に対する産科病棟の危機管理を検討するために, 北海道の

産科病棟において看護管理者が認識したCOVID-19による危機の察知, 危機の内容を明らかにすることである。

用語の定義は以下のとおりとする。

危機: 産科病棟(混合病棟も含む)の運営, 妊産褥婦や新生児のケアに関する活動に影響を与え, その存続を脅かす事象のこと。

危機管理: 可能な限り危機を察知(事前に予知)し, その未然防止を図るとともに, 万一発生した場合にケアの対象者およびスタッフの生命, 健康の安全を脅かす事態の損失を最小限にとどめるためのあらゆる活動。

III. 研究方法

1. 研究デザイン

量的記述的研究。

2. 対象者

北海道の6つの三次医療圏全域(道南, 道央, 道北, オホーツク, 十勝, 釧路・根室)で分娩を取り扱っている医療機関83施設の産科病棟(混合病棟も含む)に勤務する看護管理者で, 2020年1月~2021年8月にCOVID-19への危機管理を行った経験を有する者。

3. 調査方法

質問紙調査実施期間は, 2021年7月7日~8月12日であった。危機管理の経験を問う期間内の部署の異動, 1施設内に産科病棟が複数ある場合等, 1施設に対象者が複数名いる可能性を考慮し, 質問紙を83施設に159部配布した。調査は無記名自記式質問紙調査法とし, 研究の対象となる施設に, 施設責任者宛ならびに対象者宛の依頼文書, 質問紙, 返信用封筒を郵送した。施設責任者より研究対象者に依頼文書と質問紙等を渡してもらうよう依頼した。質問紙の回収方法は郵送法またはWeb送信とした。Webによる回収は, 個人情報保護のため回答がSSLで暗号化されるフォームメーカーを利用した。

4. 調査内容

基本属性については, 看護管理者(看護師長相当)としての経験年数, 所属地域, 所属施設の種類, 病棟(部署)の構成, 年間分娩件数等とし, 選択肢を設けた(表1に示すとおり)。COVID-19に関する情報については, 所属施設がCOVID-19陽性者の受け入れ施設か否か(受け入れ施設とは, 感染症重点医療機関, 受入協力医療機関を意味する), COVID-19陽性あるいは疑いの妊産婦・新生児の受け入れ経験の有無とした。COVID-19による危機については, 危機の察知の時期は年月を記入, 危機を察知したきっかけについては, 感染症指定医療機関である, COVID-19陽性または疑いの妊産婦の病棟への入院, 感染者数増加,

感染レベル引き上げの報道など22項目を設定した。危機については、実際の危機の発生の有無、内容については、分娩の休止、病棟の閉鎖、病棟内でのクラスターの発生、病棟のケア業務の混乱など12項目を設定し、複数回答可とした。危機からの回復期間は、数日～4週間以上を6区分にして選択肢を設けた。

5. 分析方法

統計解析ソフトウェア“JMP Pro 16”を用いて、調査内容の項目ごとに記述統計を行った。

6. 倫理的配慮

本研究は、札幌医科大学倫理委員会の審査で承認を受けて実施した（承認番号：3-1-20）。研究対象者に対し、本研究の目的・方法、研究協力の任意性と撤回の自由、個人情報保護の保護、データの保管方法等について、十分な理解が得られるように書面を用いて説明した。郵送法、Web送信ともに、同意欄にチェックがあったものを研究への同意とみなした。なお、本研究において開示すべき利益相反状態は存在しない。

IV. 結 果

質問紙（回答）は55名から回収（回収率34.5%）された（質問紙47名、Web8名）。そのうち有効回答者数は52名（有効回答率32.7%）であった。除外された3名の内訳は、同意しないにチェックがあった者、すべての回答が未記入の者であった。

1. 対象者の基本属性

有効回答52名の属性を表1に示す。看護師長としての経験年数は1～5年が最も多く27名（51.9%）であった。所属地域は、道内三次医療圏全域に分布しており、道央が最も多く26名（50.0%）であった。所属施設の種類は一般病院が21名（40.4%）、病棟の構成は混合病棟が32名（61.5%）と最も多かった。年間分娩件数は301～500件が20名（38.5%）と最も多かった。

2. 産科病棟におけるCOVID-19陽性あるいは陽性疑いの妊産婦・新生児の受け入れの経験

COVID-19 に対する施設の役割について「受け入れ施設である」は35名（67.3%）、「受け入れ施設ではない」は16名（30.8%）であった（表2）。

実際に産科病棟でCOVID-19陽性あるいは疑いの妊産婦・新生児を「受け入れた」者は22名（42.3%）であった。「受け入れていない」者は30名（57.7%）であった。COVID-19陽性者等の受け入れ施設か否かで受け入れの経験の状況をみると、「受け入れ施設」かつ「受け入れ経験

表1 対象者の属性 (n=52)

		人数	%
看護師長の経験年数	1～5年	27	51.9
	6～10年	11	21.2
	11～15年	9	17.3
	16～20年	1	1.9
	無回答	4	7.7
所属地域	道央	26	50.0
	道北	6	11.5
	オホーツク	4	7.7
	道南	4	7.7
	釧路・根室	3	5.8
	十勝	3	5.8
	不明	6	11.5
所属施設の種類	総合周産期母子医療センター	2	3.8
	地域周産期母子医療センター	18	34.6
	一般病院	21	40.4
	診療所	9	17.3
	その他	1	1.9
	無回答	1	1.9
病棟の構成	産科単科	18	34.6
	混合病棟	32	61.5
	その他	2	3.8
年間分娩件数	50以下	4	7.7
	51～100	4	7.7
	101～300	12	23.1
	301～500	20	38.5
	501～700	7	13.5
	701～1000	3	5.8
	1000以上	2	3.8

表2 COVID-19陽性あるいは疑いの妊産婦・新生児の受け入れ (n=52)

		人数	%
COVID-19への施設役割	受け入れ施設である	35	67.3
	受け入れ施設ではない	16	30.8
	無回答	1	1.9
COVID-19陽性、疑いの妊産婦・新生児の受け入れの経験	受け入れた	22	42.3
	受け入れ施設である	16	30.8
	受け入れ施設ではない	5	9.6
	無回答	1	1.9
	受け入れていない	30	57.7
	受け入れ施設である	19	36.5
	受け入れ施設ではない	11	21.2

がある」は16名（30.8%）であり、「受け入れ施設でない」が「受け入れ経験がある」は5名（9.6%）であった（表2）。また、所属施設の種類別での受け入れの経験は、「一般病院」が12名（23.1%）と最も多く、「地域周産期母子医療センター」は5名（9.6%）、「診療所（クリニック）」は3名（5.8%）であった。病棟の構成別では「混合病棟」が17名（32.7%）と最も多かった（表3）。

表3 受け入れた施設の内訳 (n=22)

	人数	%
道央	10	19.2
道北	5	9.6
十勝	2	3.8
道南	1	1.9
不明	4	7.7
一般病院	12	23.1
地域周産期母子医療センター	5	9.6
診療所(クリニック)	3	5.8
総合周産期母子医療センター	1	1.9
無回答	1	1.9
混合病棟	17	32.7
産科単科の病棟	4	7.7
その他	1	1.9

3. 産科病棟においてCOVID-19による危機を察知した時期ときっかけ

産科病棟における危機を強く察知した時期には、3つのピークが認められた。最も多かったのは「2020年4月」の10名(19.2%)であり、その前後の「2020年3月」が7名(13.5%)、「2020年5月」が4名(7.7%)であった。その他のピークは「2020年11月」が4名(7.7%)、さらに「2021年5月」が6名(11.5%)であった。COVID-19発生初期に早期に危機を察知した者は、2020年2月が最も早く「道央」2名(3.8%)、「オホーツク」1名(1.9%)であった。次は、2020年3月の「道央」5名(9.6%)、「十勝」1名(1.9%)、「道南」1名(1.9%)であった。2020年4月にはさらに「道北」2名(3.8%)と、時間の経過とともに5つの三次医療圏に広がっていた。

産科病棟において危機を強く察知したきっかけは、「COVID-19陽性者の受け入れ施設となった」が9名(17.3%)と最も多く、次いで「COVID-19陽性、疑いの妊産婦の病棟への入院」が7名(13.4%)、「感染症指定医療機関である」「感染者数増加、感染レベル引き上げの報道」がそれぞれ5名(9.6%)であった(表4)。

表4 産科病棟での危機を察知したきっかけ (n=52)

内容	人数	%
COVID-19陽性者の受け入れ施設となった	9	17.3
COVID-19陽性、または疑いの妊産婦の病棟への入院	7	13.4
感染症指定医療機関である	5	9.6
感染者数増加、感染レベル引き上げの報道	5	9.6
地域の医療機関でのCOVID-19陽性者の発表	3	5.8
院内の患者のCOVID-19陽性が判明した	2	3.8
院内の職員のCOVID-19陽性が判明した	2	3.8
院内で感染対策本部が設置された	2	3.8
院内の管理者等が集まる会議での情報	2	3.8
職員の家族が陽性となった	2	3.8

(上位抜粋)

4. 産科病棟におけるCOVID-19による危機の発生状況

産科病棟でCOVID-19による「危機が起こった」は22名(42.3%)であった。「危機が起こらなかった」は30名(57.7%)であった。COVID-19陽性者等の受け入れ施設か否かで危機の発生状況を見ると、「受け入れ施設」は17名(32.7%)、「受け入れ施設ではない」は4名(7.7%)が危機が発生したと認識していた。一方、「受け入れ施設」の18名(34.6%)、「受け入れ施設ではない」の12名(23.1%)は危機が起こらなかったと認識していた。

危機が起こった割合を三次医療圏別にみると、「道央」10名(19.2%)、「道北」3名(5.8%)、「釧路・根室」2名(3.8%)、「十勝」2名(3.8%)であった。また、施設の種類別では、「一般病院」が11名(21.2%)、「地域周産期母子医療センター」が7名(13.5%)、「診療所(クリニック)」が2名(3.8%)、「総合周産期母子医療センター」が1名(1.9%)であった。病棟の構成別では、「混合病棟」が15名(28.8%)、「産科単科の病棟」が6名(11.5%)であった。年間分娩件数別では、「301~500件」の分娩を取り扱う施設が8名(15.4%)で最も多く、次いで「51~100件」「101~300件」「501~700件」がそれぞれ3名(5.8%)であった(表5)。

5. COVID-19による産科病棟の危機の内容

産科病棟に危機が発生したと回答した22名の危機の内容を分析した。危機の内容で最も多かったのは「病棟のケア業務の混乱」14名(63.6%)であった。さらに、「病棟の閉鎖」

表5 COVID-19による産科病棟の危機の発生 (n=52)

	人数	%
危機が起こった	22	42.3
道央	10	19.2
道北	3	5.8
釧路・根室	2	3.8
十勝	2	3.8
不明	5	9.6
一般病院	11	21.2
地域周産期母子医療センター	7	13.5
診療所(クリニック)	2	3.8
総合周産期母子医療センター	1	1.9
無回答	1	1.9
混合病棟	15	28.8
産科単科の病棟	6	11.5
その他	1	1.9
分娩件数301~500	8	15.4
分娩件数51~100	3	5.8
分娩件数101~300	3	5.8
分娩件数501~700	3	5.8
分娩件数50以下	2	3.8
分娩件数1000以上	2	3.8
分娩件数701~1000	1	1.9
危機が起こらなかった	30	57.7

表6 COVID-19による産科病棟の危機の内容
【複数回答】(n=22)

	人数	%
病棟のケア業務の混乱	14	63.6
病棟の閉鎖	6	27.2
新規入院患者の受け入れ停止	5	22.7
分娩の休止	4	18.1
スタッフのCOVID-19の発症	4	18.1
病棟の病床数の削減、病床数の再編	4	18.1
病棟運営に影響を来すほどの人員の不足	3	13.6
COVID-19への対応に起因する患者からのクレーム	3	13.6
入院患者のCOVID-19の発症	2	9.0
病棟内でのクラスターの発生	1	4.5
予定手術の停止	1	4.5

は6名（27.2%）であった（表6）。「病棟の閉鎖」と答えた者の複数回答の内容には、「病棟の病床数の削減、病床数の再編」「新規入院患者の受け入れ停止」「分娩の休止」「入院患者のCOVID-19の発症」「スタッフのCOVID-19の発症」「病棟運営に影響を来すほどの人員の不足」があり、危機と捉えられる事象の重複が認められた。

6. 産科病棟におけるCOVID-19による危機からの回復期間

産科病棟に危機が発生したと回答した22名について分析した結果、危機からの回復に要した期間は「2週間」6名（27.3%）が最も多かった。「数日」が5名（22.7%）である一方、「6週間以上」は5名（22.7%）であった。危機の内容による回復期間は「病棟ケア業務の混乱」からは数日～2週間で64.3%が回復する傾向にあったのに対し、「病棟の閉鎖」「病棟の病床数の削減、病床数の再編」「分娩の休止」からの回復には50.0%以上が4週間以上を要していた。

V. 考 察

1. 北海道内の産科病棟におけるCOVID-19の受け入れ

2020年1月～2021年8月においてCOVID-19陽性あるいは陽性疑いの妊産婦・新生児の受け入れを経験した者は全体の42.3%であり、半数近くがCOVID-19陽性等の受け入れを経験していた。また、COVID-19の受け入れ施設ではなかった、つまりCOVID-19の感染症重点医療機関、受入協力医療機関でなくとも産科病棟に陽性等を受け入れた者は9.6%であった。国内でCOVID-19が発生した当初は、陽性妊婦の分娩様式には分娩管理時間短縮を目的とした腹式帝王切開術が推奨されていた⁵⁾が、緊急的に手術を行うことが可能な周産期母子医療センターの機能を持たない一般病院（23.1%）や診療所（5.8%）、さらに様々な感染リスクを有する患者が集まる産科と他の診療科の混合病棟（32.7%）においても陽性等を受け入れていた。これらのことから、急速な感染症の流行の拡大とともに、第一種、

第二種の感染症指定病院や感染症重点医療機関、受入協力医療機関だけでなく、どの産科病棟においてもCOVID-19陽性者の受け入れを想定した準備、実際の対応が求められる状況であったと考えられる。COVID-19が国内で発生した当初は、特定、第一種感染症指定病院では、平時から一類感染症の入院対応を想定したトレーニングを受けている看護師で初動チームを編成し、院内の病棟機能の変更と人員の調整によりCOVID-19陽性者の対応をした取り組み等が報告されている³⁾⁶⁾。今後は、未知性が高いまま急速に感染者数が増加したCOVID-19への迅速な対応、感染防御に関する諸機能を産科病棟で速やかに施行することの難しさを踏まえ、平時より先進的な感染症対応の仕組みをもつ病院の取り組みを参考に、いずれの医療機関、産科病棟においても未知の感染症に備えたマニュアルの準備、ゾーニングに応じた陽性者の移送、COVID-19陽性者の分娩介助時のPPE装着等の訓練が必要と考えられる。

2. COVID-19への対応につながる危機の察知

多くの看護管理者が産科病棟での危機を強く察知した時期である「2020年4月」、「2020年11月」、「2021年5月」の3つの時期は北海道の感染拡大の波と一致していた。また、危機の察知のきっかけには「COVID-19陽性者の受け入れ施設となった」「感染症指定医療機関である」「COVID-19陽性、または疑いの妊産婦の病棟への入院」「感染者数増加、感染レベル引き上げの報道」が多かった。これより、COVID-19感染者数が増加するにつれ、病棟で陽性等の対応を迫られる事象が発生する、もしくは病棟へのCOVID-19陽性者の受け入れを身近に捉える何らかの動きがあり、それをきっかけに病棟での危機発生の可能性を事前に予知したと推察される。したがって、感染症に対する施設の役割、新規感染者数は、感染症の対応の初動に繋がる有用な情報のひとつであるといえる。一方で、表4に示した「地域の医療機関でのCOVID-19陽性者の発表」以下の少数の結果も見逃すことはできない。陽性等の受け入れにはCOVID-19に対応する業務の標準化・手順の整理、病棟内のエリア別のゾーニング、必要な物品の調達など多くの準備が必要となる²⁾。そのため、平時より特殊な感染症患者を受け入れる機能を持たない病院あるいは病棟が、突如対応することを求められた時には相当な困難が伴うことは容易に想像できる。ミトロフ⁷⁾は、危機の徴候を察知することは危機管理において最も重要な部分であり、すべての危機は実際に生じるかなり前から“初期警戒信号”を繰り返し発していると述べている。よって、「感染者数増加、感染レベル引き上げの報道」をはじめ、「地域の医療機関でのCOVID-19陽性者の発表」「院内の管理者等が集まる会議での情報」等、感染症の脅威が病棟に差し迫る以前に得られる情報を初期警戒信号として捉え、このような情報をキャッチした時点で病棟内での受け入れ準備を進められることが分娩の休止、産科病棟の閉鎖といった最も大き

な危機の回避に有用と考える。

北海道は広範囲であり、危機の察知の時期についても医療圏ごとに徐々に広がっていく様相を示していた。感染症の危機管理を推進する先行研究では、感染症発生時の危機管理には、初動の対応に係る手順書の整備、情報交換が重要である⁸⁾⁹⁾とされており、地域による情報の偏りや認識の甘さで対応の遅れを生じさせることは避けなければならない。よって、病棟の看護管理者が危機を察知した時点で行動に移す必要性の周知・啓蒙や、道内全域の産科病棟の看護管理者レベルでの情報共有を可能とするシステムを構築し運用することが重要と考える。感染症指定病院や感染症重点医療機関等で先に対応にあたった、あるいはCOVID-19陽性者等を受け入れた施設の看護管理者とオンラインでつながることが、有用な情報の入手、対応方法の検討を迅速に進めることに寄与すると考える。

3. COVID-19によって北海道の産科病棟に生じた危機

結果から、COVID-19による北海道の産科病棟の危機には、「病棟の閉鎖」をはじめとする重大で深刻な状況の発生と、「病棟のケア業務の混乱」に示されるような病棟の状況の不穏な変化の2つの状態があると考えられた。また、病棟で危機が生じる背景には、COVID-19陽性者等の受け入れが関係していると考えられる一方で、陽性者等の受け入れがなくとも病棟に危機が生じたことが明らかになり、病棟では感染症による脅威を多角的な視点で捉えることが必要と考えられた。

「病棟の閉鎖」は、道央、道北、釧路・根室、十勝の4つの三次医療圏で生じ、「分娩の休止」は、道央、道北、釧路・根室の3つの三次医療圏で生じていた。分娩を取り扱う産科病棟が少ない一部地域で「病棟の閉鎖」や「分娩の休止」が起こったことは大きな問題と捉えられた。「病棟の閉鎖」や「分娩の休止」に繋がる地域や病院の特性に共通性は認められず、様々な状況が混在していた。

また、産科の看護管理者の多くは「病棟のケア業務の混乱」といった病棟の状況の不穏な変化を危機としていた。妊産婦の孤立や、特殊な環境下での出産、母子・家族分離といったCOVID-19が妊産婦等に与える影響への対策は、各病院施設が独自に方針や対応を決定し実施している状況があり試行錯誤の繰り返しである。したがって、大きな転帰に係わらず、日常のケア業務の乱れ、ケアの遂行を脅かす状況下にある困難や問題をより早く解決する方向に導くことが、重大で深刻な状況の回避、病棟機能の維持に繋がると考える。看護管理者の経験から、産科病棟で生じた「病棟のケア業務の混乱」の中身を顕在化し、危機を想定して早期に実施する対策内容を提案することが、現在も続いているCOVID-19への対応や未知の新興感染症への危機管理を速やかに行うことに繋がると考える。

危機からの回復期間には特徴が認められた。「病棟のケア業務の混乱」による危機からは、数日～2週間で半数程

度が回復する傾向であったのに対し、「病棟の閉鎖」を含む危機からの回復には最低2週間、「分娩の休止」を伴う危機からの回復には4週間以上を要していた。病棟機能の停止に至るほどの危機には複合的な要因が絡んでおり、回復には時間を要することが明らかになった。このことから、重大で深刻な危機に陥らないよう病棟の対応力を強化することは重要と考える。

4. 研究の限界と今後の課題

今回の調査では、「病棟の閉鎖」や「分娩の休止」に繋がる地域や病院の特性に共通性は認められず、重大で深刻な状態に関する要素については明らかにならなかった。また、危機が生じた原因について十分な検討が行えなかった。今後は、COVID-19による危機が発生しなかったとする病棟の状況や、実際に看護管理者が行ったCOVID-19への危機管理について具体的に明らかにし、引き続き感染症による産科病棟の危機の回避について検討を深めることが課題である。

VI. 結 論

1. 産科病棟におけるCOVID-19陽性あるいは陽性疑いの妊産婦・新生児の受け入れは、感染の拡大とともに平時から感染症に対応する機能を持たない病院においても行われていた。いずれの医療機関、産科病棟においても未知の感染症に備えた準備、訓練が必要であると考えられた。
2. 産科病棟においてCOVID-19による危機を察知したきっかけは、「COVID-19陽性者の受け入れ施設となった」「COVID-19陽性、または疑いの妊産婦の病棟への入院」が多かった。感染症による危機への対応には、病棟の看護管理者が危機を察知した時点で行動に移す必要性の周知・啓蒙や、道内全域の産科病棟の看護管理者レベルでの情報共有を可能とするシステムを構築し、危機の察知を早めることが重要と考えられた。
3. 産科病棟の看護管理者が認識したCOVID-19による危機の内容は「病棟の閉鎖」「分娩の休止」等があり、最も多かったのは「病棟のケア業務の混乱」であった。妊産婦等へのケアの遂行を脅かす状況をより早く解決に導くことが病棟機能の維持に繋がると考えられた。
4. 病棟機能の停止に至るほどの危機には複合的な要因が絡んでおり、危機からの回復にも時間がかかることが明らかになった。

謝 辞

本研究を行うにあたり、調査にご協力いただきました皆様に心より感謝申し上げます。

引用文献

- 1) 大泉光一：危機管理学研究(第2版). 東京,文眞堂, 2004, p1-55
- 2) 古畑幸子, 秋元安代, 小林康介：新型コロナウイルス感染妊産婦への対応と問題点 総合病院国保旭中央病院での取り組み.助産雑誌74(11):824-829, 2020
- 3) 藤野正子, 鈴木千晶, 井出由起子他：特定感染症指定医療機関としての平時からの備えと緊急時のマネジメント. 看護管理30(9):826-831, 2020
- 4) 佐藤恵,大谷良子,江守陽子：新型コロナウイルス感染症パンデミック時の岩手県内産科医療施設における感染症対策および妊産婦ケアの実態.日本助産学会誌36(1):115-128, 2022
- 5) 日本産婦人科学会・日本母体救命システム普及協議会監修：産科の感染防御ガイドー新型コロナウイルス感染症に備える指針. 大阪,メディカ出版, 2020, p121
- 6) 勝見真澄, 千葉美恵子：COVID-19患者受け入れにおける管理者のマネジメント 感染症指定医療機関としての使命を果たすために. 看護管理30(9):820-825, 2020
- 7) アイアン・ミトロフ(上野正安,大貫功雄訳)：危機を避けられない時代のクライシス・マネジメント. 東京, 徳間出版, 2001, p21-24
- 8) 加藤康幸, 西條政幸, 徳田浩一他：一類感染症等の患者発生時に備えた臨床的対応に関する研究. <https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/27970>, (2022-11-20)
- 9) 黒田恵美,西岡みどり：未知の感染症発症時のリスクコミュニケーション. 国立病院看護研究学会誌8(1):14-21, 2012