

## 看護職—医師の協働と医師および看護職の 職務満足度との関連の検討 ——愛知県内の病院を対象とした調査の結果から——

草刈 淳子<sup>1</sup>, 儘田 徹<sup>2</sup>, 柳堀 朗子<sup>3</sup>, 大島 弓子<sup>4</sup>, 佐藤 栄子<sup>5</sup>, 橋本 秀和<sup>6</sup>

### A study of associations between nurse-physician collaboration and their job satisfaction based on a survey at hospitals in Aichi Prefecture

Junko Kusakari<sup>1</sup>, Toru Mamada<sup>2</sup>, Ryoko Yanagibori<sup>3</sup>,  
Yumiko Oshima<sup>4</sup>, Eiko Sato<sup>5</sup>, Hidekazu Hashimoto<sup>6</sup>

キーワード：協働，看護職—医師関係，職務満足度

#### I. はじめに

チーム医療では、患者に接する機会の多い看護職と医師の関係のあり方が重要であることはいうまでもない。欧米では1970年代頃から、この看護職と医師の関係における「協働 (collaboration)」に焦点を当てた研究が行われるようになった。そうした一連の研究をレビューした吉井<sup>1)</sup>によれば、医療者間の協働的な関係性は、死亡率、回復の程度や早さ、ケア満足度といった患者のアウトカムだけでなく、職務満足度といった医療者のアウトカムにも、プラスの影響があることが検証されてきているという<sup>2)3)4)5)6)</sup>。

一方、日本でも1980年代頃から看護職と医師の関係性ないし協働が注目され、研究も行われてきている。例えば草刈<sup>7)</sup>や佐藤ら<sup>8)</sup>は、看護職は医師と対等な関係の実現を望んでいるが現状とのズレが大きく、医師とのよりよい協働の実現には看護職の自律性の向上、医師の意識改革、院内のコミュニケーションの促進など、組織、看護教育、医師教育において改善すべき点があることを示唆している。また宇城<sup>9)</sup>は、看護職と医師の協働の促進要因は、人的サポートと医師とのフォーマルなコミュニケーションの多さであり、対する阻害要因は、看護職の自律的態度の希薄さと医師の看護職を軽視する態度であ

ることを明らかにした。しかし、日本での研究は事例研究が多く研究結果の一般化に限界があるほか、量的研究でも対象はたいてい医師を含まず看護職のみといった問題があるように思われる。

このように日本で看護職と医師の関係が注目されるようになった背景には、疾病構造や患者の意識・価値観の変化、医療の高度化などがある。こうした変化に対応して、1992年の医療法改正で患者中心の医療が提唱されて以降、医師の発言にも協働を重視する方向への変化がみられるようになった。また、看護の質的充実をめざして看護教育が大学化され、全国の看護系大学は現在119校にまで達しており、看護職の高学歴化や看護師と医師との学歴差の縮小は一層進むと考えられる。

この一連の変化にもなって看護職への役割期待がさらに高まり、医師と協働できる高度な自律性を備えた人材を育成する看護学教育が、学部でも卒後でも必要になることが予測される。2004年3月に公表された「看護実践能力育成の充実に向けた大学卒業時の到達目標」でも、「(医師その他の職種との) チーム活動の意義と役割分担が、具体例において確実にとらえられている」ことが必要であり、「(治療とケアの) 利用者との関係における看護職者の役割認識」だけでなく、「他職種との関係における自己の役割認識が重要」とされている<sup>10)</sup>。

以上から、チーム医療の要となる看護職—医師の協働

<sup>1</sup>愛知県立看護大学 (看護管理学), <sup>2</sup>愛知県立看護大学 (社会学), <sup>3</sup>千葉県衛生研究所, <sup>4</sup>愛知県立看護大学 (基礎看護学), <sup>5</sup>愛知県立看護大学 (成人看護学), <sup>6</sup>愛知県立看護大学 (内科学)

Wについて看護職と医師双方を対象とした調査を行い、その結果にもとづいてチーム医療の評価ツールや新たな看護学教育プログラムを開発し、医療の質の向上につなげていくことが急務と考えた。加えて、本学が県立の看護大学であることから、県民のための医療の質の向上に資するべく、愛知県内の病床数100床以上のすべての病院（精神専門病院等を除く）を対象に調査を実施することとした。

この調査で得られたデータの概要はすでに報告書のかたちで公表しているが<sup>11)</sup>、本研究では当該データのより詳細な分析の一環として、看護職—医師の協働と医師および看護職の職務満足度との関連を検討する。看護職—医師の協働が上述のようなプラスのアウトカムをもたらすとしても、前出の吉井<sup>1)</sup>が指摘するように、それを推進する過程では当事者の不安や対立が生じるかもしれない。しかし、協働と職務満足度との関連を解明することで、職務満足度の低下をとまなわない協働の推進が可能になれば、そうした事態を回避できると考えられるのである。

## II. 方法

### 1. 調査対象者

2004年1月末現在で、愛知県内の病床数100床以上の53病院に勤務する医師776名、看護職（看護師、准看護師）3591名を調査対象者とした。

### 2. 調査方法

2003年12月、精神専門病院等を除く県内の病床数100床以上（1998年現在）の165病院について、各病院の看護部長に調査協力の可能性を打診し、79病院から協力の可否の回答（回答率47.9%）を得た。協力を可とする病院は54病院（回答病院の68.4%、依頼病院の32.7%）だった。

2004年1月中旬、この54病院の院長宛に承諾書を説明・依頼文書とともに送付。また、各病院に勤務する医師と看護職の人数を確認のうえ、1月末日に看護部長宛に調査票を発送し、院長の承諾が得られなかった1病院を除く53病院で調査票を配布した。

調査票は医師用と看護職用を作成し、看護部長を通して対象者に配布した。回収は対象者自身による郵送で行い、2004年3月19日着分で締め切りとし、医師362名（回収率46.6%）、看護職1998名（回収率55.6%）の回答を得

た。

### 3. 倫理的配慮

調査は、本学研究倫理審査委員会の承認を得て行われた（15愛看大第12-13号）。対象者には、調査目的および方法、調査時および結果公表時のプライバシーの保護、協力の自由、同意を得る方法（調査票の返送をもって同意とみなす）等に関する説明文書を、調査票とともに配布した。また、対象者に調査票を配布する前に、対象病院の院長にも同様の内容の説明文書を送付し、書面による承諾を得た。

### 4. 調査票の構成

調査票は看護職用・医師用とも、佐藤ら<sup>8)</sup>、宇城<sup>9)</sup>、Hojatら<sup>12)</sup>の調査項目を参考に作成した。主要な項目は、属性に関するものと、看護職、医師、看護職—医師関係、病院組織についての意識に関するものであり、そのうち看護職についての医師の意識、医師についての看護職の意識、および看護職—医師関係についての両者の意識を問うものを、協働を測定する項目と想定した。具体的には、各職種への理解や肯定的評価、力関係の均衡、情報共有、協調性といったことを問う内容だった。

### 5. 分析に用いた変数

分析に用いた質的な属性変数のうち、「勤務病棟における看護職・医師合同のカンファレンスの有無」「勤務病棟における病棟運営会議の有無」は、それぞれ「定期的にある」「不定期にある」「ない」に、それ以外は表1のようにカテゴリー化した。また、量的な属性変数である「現在の病院での勤務年数」「通算の勤務年数」「所属病棟の診療科目数」は、各数値をそのまま得点とした。

一方、分析に用いた質的な意識変数のうち、「勤務病棟での自分と看護職または医師との関係」「勤務病院での看護職—医師関係」「あるべき看護職—医師関係」は、それぞれ「同僚」「看護職が医師に従属」「その他」に、表2に示す「良い看護職—医師関係に年齢が関係する」以下の11項目の変数については、CC1~CC4はそれぞれ「はい」「いいえ」に、CC5~CC11はそれぞれ「はい」「いいえ」「わからない」にカテゴリー化した。

また、量的な意識変数のうち、「職務満足度」は「満足している」=4、「やや満足」=3、「あまり満足ではない」=2、「満足ではない」=1として、表3に示す「看護職は、患者一人ひとりにアセスメント・計画立案・実施・評価

表1 質的な属性変数の各カテゴリー

性別	男性/女性
年齢	20~24歳/25~29歳/30~34歳/35~39歳 /40~44歳/45~49歳/50歳以上 (医師では「50歳以上」を「50~54歳」 「55~59歳」「60歳以上」に細分化)
医師の専門	一般内科/一般外科/総合診療部 /呼吸器内科/呼吸器外科/循環器内科 /循環器外科/消化器内科/消化器外科 /代謝内分泌科/神経内科/脳神経外科 /腎臓内科/泌尿器科/産婦人科/皮膚科 /眼科/耳鼻咽喉科/整形外科/精神科 /小児科/小児外科/歯科・口腔外科 /救急/集中治療/その他
看護職の勤務職種	看護師/助産師/保健師/准看護師
看護職の持つ専門資格	看護師/助産師/保健師/准看護師 /認定看護師/専門看護師 /糖尿病療養指導士/ケアマネージャー /小・中・高教員免許/養護教諭免許 /救急救命士/その他 (それぞれについて「あり」「なし」)
看護職の卒業した看護系学校	准看護師学校/衛生看護科/看護師学校 /保健師学校/助産師学校/短期大学 /大学/大学院/その他 (それぞれについて「該当」「非該当」)
医師の雇用形態	常勤/非常勤/研修医/その他
看護職の雇用形態	常勤/非常勤/その他
医師の職位	役職者/非役職者
看護職の職位	スタッフ/主任・係長/師長/その他
現在の病院の設置主体	大学/国/県・市町村/公的医療機関等 /医療法人/その他
現在の病院の病床数	100~299床/300~499床/500床以上
所属病棟のタイプ	内科系(一般内科, 総合診療部, 呼吸器内科, 循環器内科, 消化器内科, 代謝内分泌科, 神経内科, 腎臓内科, 精神科, 小児科)のみ/外科系(一般外科, 呼吸器外科, 循環器外科, 消化器外科, 脳神経外科, 泌尿器科, 産婦人科, 皮膚科, 眼科, 耳鼻咽喉科, 整形外科, 小児外科, 歯科・口腔外科)のみ/内科系・外科系混合/その他(救急, 集中治療, その他)

によりケアを行っている」以下の56項目の変数は、「そう思う」= 4, 「やや思う」= 3, 「あまり思わない」= 2, 「そう思わない」= 1として得点化した。

表2 質的な意識変数 (CC1~CC11)

CC1	良い看護職—医師関係に年齢が関係する
CC2	専門看護師等の資格を知っている
CC3	看護職または医師への不満がある
CC4	看護職または医師とよく話をする
CC5	自分の病棟の看護職は, 医師の主治医制のような受け持ち制をとっている
CC6	看護部は, スタッフの管理・研修計画を立て, 実施している
CC7	看護部は, 病院の中で力を持っている
CC8	看護部は医師からの無理な要求に対して断ることができる
CC9	看護部長は医師に対して毅然と対応している
CC10	病棟では, 物事が伝統的に決まっており, 新しいものを取り入れにくい
CC11	病棟内の業務上の問題解決には看護スタッフの意見が取り入れられている

表3 量的な意識変数 (C1~C56)

C1	看護職は, 患者一人ひとりにアセスメント・計画立案・実施・評価によりケアを行っている
C2	看護職は, 理想的な看護をめざしている
C3	看護職は, 看護の質を高めるための勉強会などを行っている
C4	看護職は, 患者の心理的なニーズについてもアセスメントし, 看護ケアをしている
C5	看護職は, 職場環境の改善に関する方針決定に加わっている
C6	看護職は, 患者の教育やカウンセリングを行っている
C7	看護職は, 医師の指示を実行することを最も重視している
C8	看護職は, 患者のケアの実施可否を判断する権限が委譲されている
C9	看護職は, 高学歴になるにつれ, ベッドサイドにおける看護ケア提供への関心を失っている
C10	患者への看護のケア方針を変更する場合は, まず看護職がその判断を行いその上で医師の同意を得ている
C11	看護職の仕事は, 多くの専門的知識や技術を必要としている
C12	看護職は今後, 専門看護師や認定看護師など専門資格を持つべきだ
C13	看護職は, 自分の判断で看護ケアの決定をしている
C14	看護職の判断で(医師の指示がなくても)行えることがもっとあるはずだ
C15	看護職は, 患者ケアに対して法的責任をおっている
C16	看護職は医師の下にいるほうが楽だという気持ちを持っている
C17	看護職または自分は主体性を持って働いている
C18	私は, 必要と考える医療または自分のやりたいと思う看護ケアを患者に十分行っている
C19	私は, 仕事に見合った給料をもらっている
C20	私は, 看護記録または診療記録を読んでいる
C21	私は, 患者の治療方針・処置または看護ケア・処置について看護職または医師に情報提供している
C22	私は, 受け持ち患者について看護職または医師とよく話し合いをしている
C23	医師は, 指示を迅速に出している
C24	医師の指示は正確で適切である
C25	医師は, 自分の不在時の代行者を明確にしている
C26	医師は, 患者の看護ケアに関する事がらについても決定権をもっている

- C27 医師は、患者の教育やカウンセリングの必要性の判断についても最終的な責任を持っている
- C28 医師は、患者やその家族にインフォームド・コンセントを行うとき、看護職に同席を求めている
- C29 医師は、仕事上のパートナーとして看護職に対応している
- C30 医師は、看護記録を読んでいる
- C31 医師は、病棟運営上の決まりを守っている
- C32 医師は、看護職の意見を聞き入れている
- C33 医師は、自分のミス看護職のせいにする
- C34 医師は、看護職を氏名で呼んでいる
- C35 医師は、本来の看護業務以外の仕事も看護職がするものと思っている
- C36 医師は患者の処置やケアについて看護職に情報を提供している
- C37 医師は患者への説明内容を看護職に伝えている
- C38 医師は受け持ち患者について看護職とよく話合っている
- C39 医師は看護職に協力的だ
- C40 医師は看護職を専門職として扱い、対応している
- C41 看護職は患者の訴えを良く聞き、十分に説明している
- C42 看護職は患者家族に十分に説明をしている
- C43 看護職は患者に権威的な態度を取らない
- C44 看護職は、自分の看護判断でできると思う看護ケア・処置を行うときでも、医師に相談している
- C45 看護職は医師の指示や方針に疑問をもったときに自分の意見を述べている
- C46 患者は自分の健康について、医師よりも看護職に相談する事が多い
- C47 看護職-医師間のチームワークは良く取れている
- C48 看護職-医師間でレクリエーションを通じた親睦が図られている
- C49 看護職-医師間に診療以外でも指示する者と指示される者という主従関係がある
- C50 看護職は医師の指示が患者にとって適切ではないと感じたときには、医師に言うべきだ
- C51 看護職は自分たちの職場環境の改善に関する決定にも参加すべきだ
- C52 医学/看護学教育の中で、医学生、看護学生はお互いの役割を理解するために、チーム医療について学習すべきである
- C53 医師と看護職の専門職としての相互関係に関するテーマは、それぞれの教育プログラムに含まれるべきである
- C54 看護職は医師の補助者ではなく、協働者または同僚とみなされるべきである
- C55 医師と看護職は、患者の退院の決定について協議すべきである
- C56 看護職は、治療の効果を監視する責任も持つべきである

## 6. 分析方法

医師・看護職別に、属性変数および意識変数と職務満足度との関連を、t検定、一元配置分散分析およびテューキー法による多重比較、相関係数により検討した。そして、有意な関連がみられた属性変数または意識変数を独立変数、職務満足度を従属変数とする共分散分析を行った。さらに、共分散分析でも有意な関連が残った属性変数または意識変数のうち、質的なものについて特定のカテゴリーに限定またはダミー変数化したうえで、それら

を独立変数、職務満足度を従属変数とする重回帰分析も行った。なお、これらの統計解析にはSPSS 12.0J for Windowsを用いた。

## III. 結果

### 1. 回答者の特性

性別は、医師では男性83.1%、女性16.0%、不明0.8%、看護職では男性3.3%、女性96.5%、不明0.3%だった。年齢分布は、医師では35~39歳が20.2%ともっとも多く、以下40~44歳19.1%、45~49歳16.9%、看護職では25~29歳が26.0%ともっとも多く、以下20~24歳16.8%、30~34歳15.3%だった。

雇用形態は常勤が医師で94.8%、看護職で96.2%、現在の病院での平均勤務年数は医師が6.56±6.51年、看護職が9.11±8.03年、通算の平均勤務年数は医師が16.56±9.27年、看護職が12.03±9.38年だった。また、看護職の勤務職種は看護師89.2%、准看護師7.2%、助産師2.7%、不明1.0%だった。

回答者の特性の詳細については前出の報告書<sup>11)</sup>を参照されたい。

### 2. 職務満足度の関連要因

まず医師では、属性変数については年齢が60歳以上の場合(30~49歳との対比)、専門が一般内科または救急の場合、現在の病院での勤務年数が長い場合に、また意識変数については次のような場合に、職務満足度が有意に高かった。

\*勤務病棟での自分と看護職との関係、および勤務病院での医師-看護職関係が、「同僚」または「看護職が医師に従属」の場合(「その他」との対比)。

\*CC3(看護職への不満)が「いいえ」の場合。

\*CC10(病棟組織の硬直性)が「いいえ」または「わからない」の場合(「はい」との対比)。

\*C1(看護過程の展開)、C2(理想の看護)、C3(看護の勉強会)、C4(心理的ケア)、C5(決定への参加)、C6(患者教育などの実施)、C7(医師の指示の重視)、C8(ケアの権限委譲)、C10(医師の同意)、C13(ケアの自己決定)、C17(看護職の主体性)、C19(給与)、C21(看護職への情報提供)、C22(看護職との話し合い)、C23(医師の迅速な指示)、C25(代行者の明示)、C28(ICへの看護職の同席)、C31(病棟規則の遵守)、C34(氏名の使用)、C36(看護職への医師の情報提供)。

C38 (医師の看護職との話し合い), C40 (専門職としての対応), C41 (患者への看護職の説明), C42 (患者家族への看護職の説明), C43 (看護職の非権威的態度), C45 (医師への看護職の意見), C47 (チームワーク), C48 (レクリエーション) について肯定的な場合.

また, これらすべての変数を投入する共分散分析では, 現在の病院での勤務年数 (以下, 勤務年数), 勤務病院での医師—看護職関係, 心理的ケア, 給与の4つが残った (調整済みR二乗 = .308). そこで, 勤務病院での医師—看護職関係について, 「同僚」または「看護職が医師に従属」の場合 (n=341) に限定して, ほかの3変数を独立変数, 職務満足度を従属変数とする重回帰分析を行った. すると, 独立変数の影響力は心理的ケア ( $\beta = .316$ ) がもっとも大きく, 以下給与 ( $\beta = .285$ ), 勤務年数 ( $\beta = .177$ ) という結果だった (表4).

次に看護職では, 属性変数については性別が男性の場合, 卒業した看護系学校のうち看護師学校が非該当または短期大学が該当の場合, 所属病棟のタイプがその他の場合 (内科系のみ, 内科系・外科系混合との対比), 勤務病棟における看護職・医師合同のカンファレンスの有無が「不定期にある」または無回答の場合 (「ない」との対比), 勤務病棟における病棟運営会議の有無が無回答の場合に, 職務満足度が有意に高かった. また, 現在の病院の設置主体は各カテゴリー間に有意差はないものの, 職務満足度との関連は有意だった.

さらに意識変数については, 次のような場合に職務満足度が有意に高かった.

- \*勤務病棟での自分と医師との関係が「同僚」の場合 (「看護職が医師に従属」「その他」との対比).
- \*CC3 (医師への不満) が「いいえ」の場合.
- \*CC4 (医師とよく会話) が「はい」の場合.

表4 医師の職務満足度と他変数との関連 (重回帰分析の結果)

独立変数	従属変数: 職務満足度	
	$\beta$	p値
勤務年数	.177	.001
心理的ケア	.316	.000
給与	.285	.000
R および p値	.518	.000
調整済み R <sup>2</sup>	.260	

\*CC6 (管理・研修の実施) が「はい」の場合 (「いいえ」との対比).

\*CC7 (看護部が有力), CC8 (無理な要求の拒否), CC9 (師長の毅然とした対応), CC11 (意見の取り込み) が「はい」(「いいえ」「わからない」との対比) および「わからない」の場合 (「いいえ」との対比).

\*CC10 (病棟組織の硬直性) が「いいえ」または「わからない」の場合 (「はい」との対比).

\*C1 (看護過程の展開), C2 (理想の看護), C3 (看護の勉強会), C4 (心理的ケア), C5 (決定への参加), C6 (患者教育などの実施), C8 (ケアの権限委譲), C10 (医師の同意), C11 (専門的知識・技術の必要性), C12 (看護の専門資格の取得), C13 (ケアの自己決定), C17 (看護職の主体性), C18 (十分な看護ケア), C19 (給与), C21 (看護職への情報提供), C22 (看護職との話し合い), C23 (医師の迅速な指示), C24 (医師の正確な指示), C25 (代行者の明示), C26 (ケアへの医師の決定権), C27 (患者教育などへの医師の責任), C28 (ICへの看護職の同席), C29 (パートナー的対応), C30 (医師の看護記録の閲覧), C31 (病棟規則の遵守), C32 (看護職の意見の受容), C33 (ミスの転嫁), C36 (看護職への医師の情報提供), C37 (看護職への医師の伝達), C38 (医師の看護職との話し合い), C39 (医師の協力性), C40 (専門職としての対応), C41 (患者への看護職の説明), C42 (患者家族への看護職の説明), C43 (看護職の非権威的態度), C45 (医師への看護職の意見), C47 (チームワーク), C48 (レクリエーション) について肯定的な場合.

\*C9 (高学歴化の弊害), C34 (氏名の使用), C35 (雑用の押しつけ), C49 (診療以外の主従関係) について否定的な場合.

また, これらすべての変数を投入する共分散分析では, 医師への不満, 病棟組織の硬直性, 看護過程の展開, 理想の看護, 高学歴化の弊害, 看護職の主体性, 十分な看護ケア, 給与, 医師の迅速な指示, チームワークが残った (調整済みR二乗 = .295).

このため, 医師への不満と病棟組織の硬直性をダミー変数化 (前者については「はい」を1, 「いいえ」を0, 後者については「はい」を1, それ以外を0とした) し, これら10変数を独立変数, 職務満足度を従属変数とする重回帰分析を行った. すると, 独立変数の影響力は給与 ( $\beta = .201$ ) がもっとも大きく, 以下十分な看護ケア ( $\beta = .141$ ), 看護職の主体性 ( $\beta = .121$ ), 医師の迅速な指

表5 看護職の職務満足度と他変数との関連 (重回帰分析の結果)

独立変数	従属変数：職務満足度	
	$\beta$	p値
医師への不満	-.107	.000
病棟組織の硬直性	-.082	.000
看護過程の展開	.060	.010
理想の看護	.103	.000
高学歴化の弊害	-.065	.002
看護職の主体性	.121	.000
十分な看護ケア	.141	.000
給与	.201	.000
医師の迅速な指示	.112	.000
チームワーク	.092	.000
R および p値	.538	.000
調整済み R <sup>2</sup>	.286	

示 ( $\beta = .112$ ), 医師への不満 ( $\beta = -.107$ ), 理想の看護 ( $\beta = .103$ ), チームワーク ( $\beta = .092$ ), 病棟組織の硬直性 ( $\beta = -.082$ ), 高学歴化の弊害 ( $\beta = -.065$ ), 看護過程の展開 ( $\beta = .060$ ) という結果だった (表5)。

#### IV. 考察

医師の職務満足度の直接的関連要因のうち、勤務年数については職務満足度が高いと長くなるという逆の解釈のほうが自然だろう。また心理的ケアは、これが医師の職務満足度を高めているという解釈も、職務満足度の高い医師はこれに注目する傾向があるという解釈も可能と思われるが、ともかくこれにより、看護職との協働が医師の職務満足度の直接的関連要因であることが確認できたと考えられる。

しかし上述のように、勤務病院での医師—看護職関係が「看護職が医師に従属」の場合でも職務満足度は高いので、すべての医師が看護職との対等な関係にもとづく真の協働を望んでいるとは、必ずしもいえないようである。

とはいえ、心理的ケアは間接的にはあるが看護職の職務満足度の関連要因でもある。したがって、これが協働を推進するにあたっての重要な一要因であることは間違いないだろう。

一方、医師との関係性ないし協働が看護職の職務満足度の直接的関連要因であることは、医師への不満、医師の迅速な指示、チームワークがそれに含まれていること

で確認できたと思われる。しかし、看護職の職務満足度の直接的関連要因は医師のそれよりも複雑であり、医師との関係性ないし協働と給与以外にも、十分な看護ケアや看護職の主体性、理想の看護といった自身の職務の質が大きく関与しているほか、病棟組織に由来する不満が職務満足度を低下させることがうかがえる。

また、看護職の職務満足度の直接的関連要因のうち、病棟組織の硬直性、看護過程の展開、理想の看護、看護職の主体性、医師の迅速な指示、チームワークは医師の職務満足度の間接的関連要因でもある。さらに、先述のように心理的ケアが医師・看護職双方の職務満足度の関連要因であることを考えあわせると、医師の迅速な指示とチームワークはもちろん、看護の質に関わる諸変数も協働の推進にとって重要な要因であるに違いない。

なお、これらの変数の多くは単独ではその意味を特定するのが難しいので、各変数の関連要因をさらに探る必要がある。しかし紙数の関係で、これについては稿を改めて検討することにした。

本調査は平成15年度愛知県立看護大学学長裁量研究費の助成を受けて実施された。調査にご協力いただいた医師、看護職の皆様、および愛知県医師会、名古屋市医師会、愛知県病院協会、愛知県内各病院の関係者の皆様には厚くお礼申し上げます。また、筆者の1人でもある柳堀朗子氏の調査における事務担当としてのご尽力にも、特記して謝意を表します。

#### 文献

- 1) 吉井清子：医師—看護師間の協働性の概念と実証研究の概観。保健医療社会学論集, 14(2), 45-54, 2004.
- 2) Feiger, S. M. & Schmitt, M. H.: Collegiality in interdisciplinary health teams: its measurement and its effects. *Soc Sci Med*, 13A (2), 217-229, 1979.
- 3) Knaus, W. A. et al.: An evaluation of outcome from intensive care in major medical centers. *Ann Intern Med*, 104 (3), 410-418, 1986.
- 4) Baggs, J. G. et al.: The association between interdisciplinary collaboration and patient outcomes in a medical intensive care unit. *Heart Lung*, 21(1), 18-24, 1992.
- 5) Shortell, S. M. et al.: The performance of intensive care units: does good management make a

difference? *Med Care*, 32(5), 508-525, 1994.

6) Baggs, J. G. et al. : Association between nurse-physician collaboration and patient outcomes in three intensive care units. *Crit Care Med*, 27(9), 1991-1998, 1999.

7) 草刈淳子：チーム医療と看護. 医療'89, 5(12), 38-39, 1989.

8) 佐藤明子, 草刈淳子, 長友みゆき：看護婦の意識調査からみたチーム医療における医師—看護婦関係. 日本看護研究学会雑誌, 24(3), 338, 2001.

9) 宇城令：病院看護職における医師との協働と医療の質との関連および背景. 平成13年度愛知県立看護大学

大学院修士論文, 2001.

10) 看護学教育の在り方に関する検討会（座長：平山朝子）：看護実践能力育成の充実に向けた大学卒業時の到達目標, 2004.

11) 「愛知県内病院におけるチーム医療（看護職—医師の協働）の実態と看護大学の役割に関する研究」班（代表者：草刈淳子）：「愛知県内病院におけるチーム医療（看護職—医師の協働）の実態と看護大学の役割に関する研究」報告書, 2004.

12) Hojat, M. et al.: Psychometric properties of an attitude scale measuring physician-nurse collaboration. *Eval Health Prof*, 22(2), 208-220, 1999.