

小児医療における医師と看護師の協働に関する問題

——協働を妨げる看護師側の要因——

山口 桂子¹, 佐野 明美¹, 服部 淳子¹, 野口 明美¹, 浅野みどり², 森 節子³, 江見たか江⁴,
高坂久美子⁵, 横山 京子⁶, 舟島なをみ⁷

Factors Hindering Collaboration between Nurses and Physicians

Keiko Yamaguchi¹, Akemi Sano¹, Junko Hattori¹, Akemi Noguchi¹, Midori Asano², Mori Setsuko³,
Takae Emi⁴, Kumiko Takasaka⁵, Kyoko Yokoyama⁶, Naomi Funashima⁷

キーワード：小児チーム医療，医師—看護師協働，看護師側要因，知識技術の不足，専門性育成の困難

小児医療における医師との円滑な協働を妨げる要因を明らかにする目的で，全国88施設の小児病棟で働く看護師および師長，計1,016名を対象に調査を行った。その結果，741名からの有効回答があり，以下のことが明らかになった。

1. 協働上，問題と感じる看護師側の要因としては，「実践能力格差」，「新卒看護師のレベルアップ困難」，「疾患や治療に対する知識不足」が上位をしめた。
2. 調査項目の尺度化により，上記項目は「知識技術等の不足」「看護の意識の違い」，「専門性育成の困難」の3カテゴリーに集約された。
3. 対象の属性別比較では，この3カテゴリーそれぞれについて，職位や所属する施設特性によって問題と感じる内容が異なっていた。

以上より，看護師は，医師との円滑な協働のために，自らの「専門性育成の困難」や「知識技術等の不足」について改善の必要性を感じていることが確認されたが，小児看護学教育，および管理的側面からの各施設の状況に応じた具体的対策の必要性が示唆された。

The purpose of this study was to investigate the factors hindering collaboration between nurses and physicians in pediatric team medical care. One thousand sixteen nurse and chief nurses engaging in nursing care of children participated in the investigation. The findings were as follows:

1. Among factors hindering nurses' cooperation with physicians "the difference in abilities to practice nursing," "the difficulty of improving on the part of new nursing school graduates," and the "lack of knowledge of disease and treatment" ranked higher, whereas "nurses' inabilities to do as physicians indicated" was lowest.
2. Factor and principal component analyses showed that the scale was composed of three categories. The categories were designated "lack of knowledge," "difference in the attitudes toward nursing," and "difficulty of inculcating specializations."
3. Comparison of various attributes in the three categories revealed that the nature of the problems experienced varied with the work and peculiarities of the given institutional facility.

The above investigation showed that nurses must improve regarding the "difficulty of inculcating specializations," and "their lack of knowledge" for better collaboration with physicians. We suggested the need for concrete steps to improve education in nursing care of children and nursing administration within the hospital setting.

¹愛知県立看護大学（小児看護学），²名古屋大学医学部保健学科，³愛知県心身障害者コロニー中央病院，⁴トヨタ記念病院，⁵名古屋第一赤十字病院，⁶群馬県立県民健康科学大学，⁷千葉大学看護学部看護学科

I はじめに

より専門的に複雑・高度化する小児医療を、安全かつ患者様にとっての最も望ましい医療の形として提供するためにはチーム医療は不可欠であり、医師・看護師を初めとする専門職スタッフがチームとして一体となり、メンバーそれぞれの役割や機能を果たすことが必要となる。しかし、昨今、小児を専門とする、特に若手医師数の絶対的不足もしくは、必要な場所における実働医師の不足、それに伴う過重労働の深刻さがたびたび指摘され¹⁾、同時に、看護現場においても、病院や施設において一般的に行われている配置転換などの管理上の体制によって、小児看護を行う看護師の専門性の尊重や育成がなされにくいことが指摘されている²⁾。これらの実態は、その対象特性からみて、より専門的な能力を必要とする小児医療をチームとして遂行することの困難性を示唆するものであり、これに対する早急な対策が検討され、実施されつつある¹⁾。

今回はその一環として、この問題を職場環境の面からとらえ、よりよい協働が医療職者の満足度を高める³⁾とともに離職予防にもつながると考えられることから、小児看護に携わる看護師と医師との円滑な協働に関わる問題について、看護師の意識調査からその実態を明らかにするものである。なお、本報では、その中から、医師との円滑な協働を妨げる看護師側の問題について明らかにすることを目的として報告する。

II 研究方法

1. 調査対象：

対象は、病院要覧2003-2004年版⁴⁾より無作為抽出した全国200床以上の小児関連診療科目を有する総合病院および、小児専門病院 計230施設のうち、看護部から研究協力の承諾が得られた88施設の小児病棟に勤務する看護管理者（以下師長とする）122名、および看護師（臨床経験2年目以上）894名計1,016名である。なお、総合病院選択の基準を200床以上としたのは、総合病院で小児の入院病床を持つ病院の規模として、ほぼ200床前後が最低ラインであったことから便宜的に設定した。

さらに、看護師の臨床経験については、小児医療に関わる問題についての総合的判断が難しいと考え、臨床経験1年目の看護師を除外した。

2. 調査方法：

自記式無記名式質問紙調査法によって行った。調査票は看護部に依頼して配布し、回収については、対象者に対し、調査票と同時に配布した返信用封筒による個別郵送を依頼した。

3. 調査内容：

1) 医師との円滑な協働を妨げる要因について

調査項目の設定に先立ち、研究者間で、先行研究の検討⁵⁾⁶⁾⁷⁾および本テーマに関するグループディスカッションを数回行い、その結果から、これに該当する問題を抽出し、調査項目として32項目を設定した。主な内容は、看護師側の問題として、(1)小児看護に関わる知識や技術の不足、(2)看護観の不一致や意識の違い、(3)小児看護師としての専門性の不足など 計14項目、医師側および医師との連携に関する問題として18項目をあげた。（先述のとおり、本報においては、看護師側の問題14項目を分析対象とした。）

対象者に対しては、これらの項目に対し「問題と感ずる程度」を「非常に感じる：4点」から「かなり感じる：3点」「少し感じる：2点」「全く感じない：1点」の順に4段階評定による回答を依頼した。

2) 対象者の属性について

(1)対象者の個人属性として、年齢や臨床看護経験年数、小児看護経験年数など、(2)対象者の所属する施設の属性として、病院の種類や病床数、病棟の種類などを質問した。

4. 調査期間：

平成16年9月～10月

5. 倫理的手続き：

初めに各施設の看護部に対し、研究の趣旨と目的、調査の方法と倫理的配慮などについて記載した説明文書を郵送し、研究協力に対する承諾を得た。次いで、承諾の得られた施設の看護部に対して調査票を一括郵送し、各施設ごとに、小児関連病棟に勤務する看護師約10名程度、看護師長1～2名への調査票の配布を依頼した。対象者個人に対しては、調査票とともに、研究の趣旨、目的、調査の方法、研究への参加の自由、プライバシーの保護等の倫理的配慮について記載した文書を配布し、回答が返送された時点で同意を得られたものと判断する旨を書き

添えて依頼した。なお、本研究は愛知県立看護大学倫理審査委員会の承認（16愛看大第7-20号）を得て実施した。

6. 分析方法と手順

1) 分布および平均値の比較：

記述統計のほか、カイ二乗検定、一元配置分散分析を用いた。なお、対象者の小児看護経験年数の区分については、経験年数の少ない対象者について、より詳細に分析をする意図を持って、区分間隔を決定した。

2) カテゴリー分類による比較：

各属性別比較を行うにあたり、効率よく行うために、14項目をカテゴリーに分類しておこなった。その手順としては、鎌原⁸⁾、植村⁹⁾の方法に従い、14項目に対する回答を評点化しそれをもとに因子分析(主因子法・バリマックス回転)・主成分分析を行って尺度化し、それをカテゴリーとした。その信頼性の確認方法として、I-T相関係数、Chronbachの α 係数を用いた。なお、統計解析には「SPSS13.0J for Windows」を使用した。

III 調査結果

調査票の有効回収数は、看護師641名（回収率71.7%）、師長100名（回収率82.0%）、合計741名（回収率72.9%）であった。

1. 対象者の概要（表1、表2）

対象者の概要については表1・表2に示した。対象者の平均年齢は、看護師34.0(SD8.6)歳、師長48.4(SD6.2)歳、全体では35.9(SD9.7)歳であった。対象全体の臨床看護の総経験年数は、平均13.6(SD9.4)年で、その内の小児看護経験は5.8(SD5.6)年と半分以下であったが、師長のみでは小児看護経験は総臨床経験の約1/3とさらに少なかった。

対象者の所属する施設の概要は、57.5%が「一般病院」であり、所属病棟では、「小児内外科混合病棟」が35.6%と最も多かったが、成人との混合などの「その他」が28.3%を占めていた。

2. 医師との円滑な協働を妨げる要因（表3）

表3は医師との円滑な協働を妨げる看護師側の要因として調査した14項目について、「非常に」「かなり」問題と感じると回答した人の合計の割合を示したものである。

その中で最も割合の多かった項目は、「看護師間の実践能力に格差がある（以下、「実践能力格差」とする）」の54.4%であり、「専門性の高さにより新卒看護師のレベルアップが困難である（以下、「新卒看護師のレベルアップ困難」とする）」の48.7%がこれに次いでいた。さらには、「患児の疾患や治療に対する知識が不足している（以下、「疾患や治療に対する知識不足」とする）」が41.5%と、これらの3項目が40%を超えていた。一方、最も低かった項目は「医師の指示を正確に実施できない看護師がいる」の15.6%で唯一10%台を示したが、「家族の意向をうのみにしたケアを実施する」「看護師間の看護観や看護目標に違いがある」においても25%以下の値を示した。

これを職位別に見ると、前述の「実践能力格差」「新卒看護師のレベルアップ困難」に加え「患児や家族の社会的状態へのアセスメント能力が不足している（以下、「社

表1 対象者の属性

		全体 (%) n=714	看護師 n=614	師長 n=100
年齢	～22	15(2.0)	15	0
	23～25	91(12.3)	91	0
	26～30	163(22.0)	162	1
	31～40	220(29.7)	210	10
	41～50	161(21.7)	117	44
	50～	69(9.3)	29	40
	無回答	22(3.0)	17	5
	平均(SD) <歳>	35.9(9.7)	34.0(8.6)	48.4(6.2)
基礎教育	専門学校(2年課程)	127(17.1)	114	13
	専門学校(3年課程)	452(61.0)	383	69
	短期大学(2年課程)	18(2.4)	14	4
	短期大学(3年課程)	75(10.1)	69	6
	大学	39(5.3)	38	1
	その他	13(1.8)	11	2
無回答	17(2.3)	12	5	
臨床看護経験	～2	79(10.7)	79	0
	3～5	108(14.6)	108	0
	6～10	148(20.0)	146	2
	11～15	107(14.4)	103	4
	16～20	110(14.8)	92	18
	21～30	157(21.2)	103	54
	31～	30(4.0)	8	22
	無回答	2(0.3)	2	0
平均(SD) <年>	13.6(9.4)	11.8(8.3)	25.6(6.4)	
小児看護経験	～1	139(18.8)	124	15
	2～3	183(24.7)	165	18
	4～6	179(24.2)	161	18
	7～10	126(17.0)	108	18
	11～15	58(7.8)	48	10
	16～	51(6.9)	30	21
	無回答	5(0.6)	5	0
平均(SD) <年>	5.8(5.6)	5.4(5.0)	8.7(7.7)	

表2 対象者の所属施設の属性

	全体 (%) n=714	看護師 n=614	師長 n=100	
所在地	北海道	44 (5.9)	38	6
	東北	86 (11.6)	77	9
	東京	59 (8.0)	51	8
	関東・甲信越	191 (25.8)	162	29
	東海・北陸	116 (15.7)	101	15
	近畿	121 (16.3)	108	13
	中国・四国	58 (7.8)	49	9
	九州・沖縄	65 (8.8)	54	11
	無回答	1 (0.1)	1	0
病院種類	一般病院	426 (57.5)	369	57
	小児専門病院	105 (14.2)	90	15
	大学病院	151 (20.4)	131	20
	その他	52 (7.0)	44	8
	無回答	7 (0.9)	7	0
病棟種類	小児内科系	144 (19.4)	130	14
	小児外科系	44 (5.9)	36	8
	小児内外科混合	264 (35.6)	233	31
	N I C U	67 (9.0)	60	7
	その他	210 (28.3)	172	38
無回答	12 (1.6)	10	2	
施設病床数	~ 1 9 9	23 (3.1)	18	5
	2 0 0 ~ 3 9 9	194 (26.2)	170	24
	4 0 0 ~ 5 9 9	223 (30.1)	188	35
	6 0 0 ~ 9 9 9	161 (21.7)	138	23
	1 0 0 0 ~	91 (12.3)	80	11
無回答	49 (6.6)	47	2	

会的状態アセスメント能力の不足」とする)」が、いずれも、師長の方が約10%程度、高い割合を示し、「新卒看護師のレベルアップ困難」では、有意な差となっていた (p < .05)。一方、「看護師間でのケアの方法が統一されていない」「疑問のある医師の指示をそのまま実施する」では逆に看護師の方が10%以上高い割合を示し、有意な差となっていた (いずれも p < .05)。

3. 対象属性別にみた協働を妨げる要因 (表4~7)

1) 医師との円滑な協働を妨げる要因項目 (以下、「協働阻害要因項目」とする) の尺度化と各カテゴリー得点協働阻害要因項目について、分析方法に示す手順によってカテゴリー化し分類した。その詳細を表4・5に示したが、I-T相関係数、Chronbachのα係数のいずれにおいても十分な信頼性を示す値となっていた。妥当性については、因子分析によって抽出されたものであることから因子的妥当性が保証されるが、研究者間でその内容的妥当性についても確認をおこなった。また、この尺度化の過程において、除外される項目はなかった。

以上より、協働阻害要因14項目は3カテゴリーに分類され、それぞれ「知識技術等の不足 (5項目)」「看護の意識の違い (6項目)」「専門性育成の困難 (3項目)」と

表3 医師との円滑な協働を妨げる看護側の問題

問 題 項 目	問題と感ずる人数と割合 (%)			
	全体 n=711	看護師 n=617	師長 n=94	差
〈小児看護に関わる知識や技術の不足〉				
患児の疾患や治療に対する知識が不足している	295 (41.5)	254 (41.2)	41 (43.6)	
患児の身体的・精神的発達へのアセスメント能力が不足している	239 (33.6)	204 (33.1)	35 (37.2)	
患児や家族の社会的状態へのアセスメント能力が不足している	244 (34.3)	204 (33.1)	40 (42.5)	
基本的育児に関する知識や技術が不足している	224 (31.5)	190 (30.8)	34 (36.2)	
看護ケアの技術が不足している	184 (25.9)	163 (26.4)	21 (22.4)	
〈看護観の不一致や意識の違い〉				
看護に対するモチベーションが低い	216 (30.4)	188 (30.5)	28 (29.8)	
看護師間の看護観や看護目標に違いがある	172 (24.2)	152 (24.6)	20 (21.2)	
家族の意向をうのみにしたケアを実施する	167 (23.5)	142 (23.0)	25 (26.6)	
看護師間でのケア方法が統一されていない	231 (32.5)	210 (34.1)	21 (22.3)	*
疑問のある医師の指示をそのまま実施する	185 (26.0)	169 (27.4)	16 (17.1)	*
医師の指示を正確に実施できない看護師がいる	111 (15.6)	100 (16.2)	11 (11.7)	
〈小児看護師としての専門性の不足〉				
院内ローテーションの多さにより専門性育成が困難である	261 (36.7)	222 (36.0)	39 (41.5)	
専門性の高さにより新卒看護師のレベルアップが困難である	346 (48.7)	290 (47.0)	56 (59.6)	*
看護師間の実践能力に格差がある	387 (54.4)	328 (53.2)	59 (62.7)	

* : p < .05

表4 協働阻害要因項目の因子分析（主因子法・バリマックス回転）

因子構成項目	第1因子	第2因子	第3因子
【知識技術等の不足】			
患児の疾患や治療に対する知識が不足している	0.622	0.293	0.089
患児の身体的・精神的発達へのアセスメント能力が不足している	0.848	0.224	0.112
患児や家族の社会的状態へのアセスメント能力が不足している	0.724	0.228	0.153
基本的育児に関する知識や技術が不足している	0.643	0.292	0.157
看護ケアの技術が不足している	0.615	0.421	0.181
【看護の意識の違い】			
看護に対するモチベーションが低い	0.434	0.454	0.175
看護師間の看護観や看護目標に違いがある	0.277	0.497	0.244
家族の意向をうのみにしたケアを実施する	0.211	0.574	0.234
看護師間でのケア方法が統一されていない	0.236	0.671	0.154
疑問のある医師の指示をそのまま実施する	0.258	0.736	0.122
医師の指示を正確に実施できない看護師がいる	0.356	0.639	0.124
【専門性育成の困難】			
院内ローテーションの多さにより専門性育成が困難である	0.141	0.109	0.433
専門性の高さにより新卒看護師のレベルアップが困難である	0.071	0.112	0.706
看護師間の実践能力に格差がある	0.101	0.212	0.672
因子負荷量の2乗和	3.01	2.69	1.44
因子の寄与率(%)	21.53	19.28	10.27
累積寄与率(%)	21.53	40.81	51.08

表5 協働阻害要因尺度の下位尺度

下位尺度構成項目	第1主成分負荷量		
【知識技術等の不足】			
患児の疾患や治療に対する知識が不足している	0.768		
患児の身体的・精神的発達へのアセスメント能力が不足している	0.881		
患児や家族の社会的状態へのアセスメント能力が不足している	0.824	固有値	3.32
基本的育児に関する知識や技術が不足している	0.801	寄与率(%)	66.4
看護ケアの技術が不足している	0.797	α係数	0.87
【看護の意識の違い】			
看護に対するモチベーションが低い	0.694		
看護師間の看護観や看護目標に違いがある	0.707		
家族の意向をうのみにしたケアを実施する	0.715		
看護師間でのケア方法が統一されていない	0.778	固有値	3.35
疑問のある医師の指示をそのまま実施する	0.805	寄与率(%)	55.8
医師の指示を正確に実施できない看護師がいる	0.776	α係数	0.84
【専門性育成の困難】			
院内ローテーションの多さにより専門性育成が困難である	0.685	固有値	1.79
専門性の高さにより新卒看護師のレベルアップが困難である	0.815	寄与率(%)	59.6
看護師間の実践能力に格差がある	0.809	α係数	0.66

命名された。

各カテゴリーに含まれる項目の合計得点の平均は、「知識技術等の不足（5項目）」11.7（SD2.9）、「看護の意識の違い（6項目）」12.8（SD3.5）であり、また、「専門性育成の困難（3項目）」では7.5（SD2.1）であった。

2) 対象者の個人属性別にみた協働阻害要因

対象者の個人属性別に各カテゴリーについて比較した（表6）。

職位別では、各項目ごとの比較結果（表3）と同様に、「専門性育成の困難」において、師長の方が有意に高かったが（ $p < .05$ ）、他の2カテゴリーはほぼ同じ値であり、

有意差はみられなかった。

また、臨床看護経験年数による比較では、「専門性育成の困難」において、有意差がみられた ($p < .01$)。これをさらに多重比較によって詳細にみると、「～2」年の群では、「3～5」年の群を除く6年目以上の5群すべてよりも低い値を示し、これらとの間に有意差がみられた (対「6～10」年： $p < .05$, 対「11～15」年, 「16～20」年, 「21～30」年, 「31～」年： $p < .01$)。また、「3～5」年の群でも同様に、「～2」年の群, 「6～10」年の群を除く11年目以上の4群との間に有意差がみられた (対「21～30」年： $p < .05$, 対「11～15」年, 「16～20」年, 「31～」年： $p < .01$)。「6～10」年の群では、「11～15」年, 「16～20」年, 「31～」年の3群との間に有意差がみられた (いずれも $p < .05$)。

一方、小児看護経験年数による比較では、これも「専門性育成の困難」において有意差がみられた ($p < .05$)。これをさらに多重比較によって詳細にみると、「～1」年の群・「2～3」年の群では、それぞれ、「4～6」年・「11～15」年の群との間に有意差がみられた (いずれも $p < .05$)。以上から、全体的に、臨床看護経験や小児看護経験年数の多い群は少ない群に比べ、「専門性育成の困難」が問題であるとする傾向が示唆された。

しかし、他の2カテゴリーでは有意な差はみられず、「知識技術等の不足」「看護の意識の違い」は経験年数にかかわらず、全ての年代において同じように問題と感じ

ていることがわかった。

3) 対象者の所属施設の属性別にみた協働阻害要因

対象者の所属する病院の種類別にみた結果 (表7) では、「看護の意識の違い」において、一般病院では他よりも有意に低い値となっていた (対「小児専門病院」「大学病院」： $p < .01$, 「その他」： $p < .05$)。また、「知識技術等の不足」においても、有意ではなかったが同様の傾向がみられた。一方、「専門性育成の困難」においては、大学病院が他よりも高く、小児専門病院で低い結果であったが、有意な差ではなかった。

対象者の所属する病棟の種類別比較では、「知識技術等の不足」「看護の意識の違い」では差がみられなかったものの、「専門性育成の困難」においては、NICUで得点が高く、協働を阻害する要因になっている傾向がみられた。

病院の病床数による比較では、「知識技術等の不足」「看護の意識の違い」において1,000床以上の病院で高い傾向があったが、「専門性育成の困難」では一定の傾向をみいだせなかった。

IV 考察

小児医療チームにおける、医師との円滑な協働を妨げる問題について、看護師がどのような意識を持っている

表6 カテゴリーごとの平均値 (SD) の比較：対象者の個人属性別

		知識技術等の不足		看護の意識の違い		専門性育成の困難	
職位	看護師 (n=617)	11.7(2.9)	ns	12.8(3.5)	ns	7.4(2.1)	**
	師長 (n=94)	11.9(2.8)		12.6(3.2)		8.0(2.0)	
臨床看護経験	～2 (n=74)	11.7(3.3)	ns	12.6(4.1)	ns	6.6(2.1)	**
	3～5 (n=104)	11.8(3.1)		12.6(3.7)		7.0(2.2)	
	6～10 (n=145)	11.5(2.6)		13.2(3.4)		7.3(1.9)	
	11～15 (n=103)	11.9(2.9)		13.1(3.5)		7.9(2.0)	
	16～20 (n=106)	11.8(3.0)		13.2(3.7)		7.8(2.1)	
	21～30 (n=150)	11.6(2.9)		12.3(3.0)		7.7(2.0)	
	31～ (n=27) (年)	11.7(2.4)		12.4(2.3)		8.2(2.1)	
小児看護経験	～1 (n=133)	11.5(2.9)	ns	12.3(3.5)	ns	7.2(2.2)	*
	2～3 (n=176)	11.7(2.9)		12.7(3.4)		7.2(2.0)	
	4～6 (n=170)	11.8(3.0)		13.0(3.5)		7.6(2.1)	
	7～10 (n=121)	11.6(2.6)		12.9(3.3)		7.6(1.9)	
	11～15 (n=56)	12.2(3.2)		12.9(3.4)		8.0(2.3)	
	16～ (n=50) (年)	11.8(3.3)		13.5(3.8)		7.8(1.8)	

** : $p < .01$, * : $p < .05$

表7 カテゴリーごとの平均値 (SD) の比較: 対象者の所属施設の属性別

		知識技術等の不足	看護の意識の違い	専門性育成の困難
病院種類	一般病院 (n=410)	11.5(2.8)	12.3(3.4)	7.4(2.1)
	小児専門病院 (n=100)	11.8(3.3)	13.7(3.9)	7.2(2.0)
	大学病院 (n=149)	12.0(2.8)	13.3(3.2)	7.7(2.1)
	その他 (n=46)	11.7(2.9)	12.8(3.5)	7.4(2.3)
病棟種類	小児内科系 (n=139)	11.8(3.1)	13.0(3.7)	7.6(2.2)
	小児外科系 (n=38)	12.2(3.3)	13.9(4.6)	7.0(2.0)
	小児内科外科混合 (n=259)	11.6(2.8)	12.6(3.3)	7.3(1.9)
	N I C U (n=67)	11.3(2.9)	12.5(3.2)	7.9(2.2)
	その他 (n=197)	11.7(2.9)	12.9(3.4)	7.6(2.1)
病院病床数 (床)	~ 199 (n=23)	11.4(3.1)	12.8(3.6)	7.9(2.1)
	200~399 (n=181)	11.7(2.9)	12.5(3.5)	7.2(2.0)
	400~599 (n=215)	11.8(3.0)	12.9(3.8)	7.5(2.1)
	600~999 (n=156)	11.4(2.7)	12.4(3.2)	7.8(2.1)
	1000~ (n=90)	12.0(2.8)	13.5(3.1)	7.4(2.0)

** : p<.01, # : p<.1

かについて調査し、その中から、看護師側の問題について報告した。これまでに、看護師と医師の協働に関わる検討はわずかに行われてきたのみ⁵⁾⁶⁾⁷⁾であり、中でも小児領域に絞って調査されたものはみあたらない。今回の調査結果をもとに、今後の改善に向けて、考察を加えて行きたい。

1. 医師との円滑な協働を妨げる要因について

医師との円滑な協働を妨げる要因として、看護師自身が多く項目に対し、「問題である」という回答を示したが、これは全体的に見て、その要因が看護師側にもあることを十分に自覚し、より高い能力を持って医師と協働すべきであるということを示唆する結果であった。また、今回調査した14項目の中では、「実践能力格差」「新卒看護師のレベルアップ困難」さらには、「疾患や治療に対する知識不足」が問題項目として上位を占め、一方では「看護の意識の違い」のカテゴリーに属する項目が低いという結果であったが、これまでの看護師全体を対象とした調査⁷⁾で示された協働を阻害する要因「看護師の自律的態度の希薄さ」とは異なる結果であった。これは、今回の対象者が小児看護に携わる看護者のみを対象にしていることから、小児看護領域においては、看護観や看護への意識等と関連する「自律的態度」は「問題である」とはあまり認識されていない反面、ケアそのものに関わる、より高い専門的な能力に対する必要性を強く感じているのではないかと推測された。この点については、今回、対象者となった看護師の小児看護経験にも関

連すると思われる。結果でも述べたが、看護師の全臨床経験年数に比し、小児看護経験年数は半分にもみえない年数であり、また、師長ではさらに少ない経験しか有していなかった。現行の看護基礎教育の中に占める小児看護学の位置づけや、卒業時点における小児看護能力の到達度、あるいは小児看護臨床現場の多様性から見ると、実践的な能力の育成を卒後の現任教育に頼らざるを得ないことは明白であり、その点から言えば、経験年数の持つ意味合いはより大きくなり、その様な状況下で、これらの項目が上位を占めたことは、当然の結果といえるかもしれない。中でも師長においては、管理的側面からも「実践能力格差」や「新卒看護師のレベルアップ困難」をより強く問題と感じていることがうかがわれるが、師長自身の小児看護経験の少なさは、この問題を自らの専門実践能力や指導力によって改善することに限界を感じているとも考えられ、そのジレンマとしても現れている可能性があるのではないだろうか。病棟全体の看護実践能力をいかにあげていくかについて、病院全体の管理的問題としても考えていく必要がある。

さらには、冒頭に述べた医師不足の問題を、医師から要望されているような看護機能の拡大によって補おうとする場合には、大学院修士課程で養成され始めている小児専門看護師や、片田¹⁰⁾が提唱する「小児救急認定看護師」のようなより専門性の高い看護師によって、より明確な責任範疇を示していくことが必要になると考えられるが、医師と看護師や他のスタッフとの役割分担を再検討し、看護師がチームコーディネーターとして円滑な協

働を促進するためにも、小児看護実践能力の育成について、基礎教育からの一貫したキャリアアップへの具体的方法を提案していく必要があると考えられる。

2. 対象属性別にみる協働を妨げる要因について

対象者の属性別の協働阻害要因についてはカテゴリごとの比較を試みた。

カテゴリの作成過程において、師長と看護師では因子構造が異なっている可能性もあることを考え、併行して、それぞれのみでの分析を行ってみたが、全対象による結果と同じであったことから、今回は対象全体での分析結果からカテゴリとした。

カテゴリごとに見ても、「専門性育成の困難」では、師長や臨床看護経験年数、小児看護経験年数の長い、管理的立場にある看護師が、この点を問題と感じていたが、「知識技術等の不足」「看護の意識の違い」では職位や経験年数による差は見られず、全ての年代において同じレベルで問題と感じていることがわかった。すなわち、これらの問題は、それぞれ内容的な違いは多少はあると思われるが、属性によらず、小児看護領域では一様に、かつ明確に認識されている問題であると言える。

一方、対象者の所属施設の属性別に見た協働阻害要因では、「看護の意識の違い」において、一般病院に比し、小児専門病院や大学病院で有意に高い結果となり、また、「知識技術等の不足」においても同様の傾向がみられた。さらに、NICUにおいては、「専門性育成の困難」の得点が他の病棟に比し、最も高い得点になっていた。これらについては、小児専門病院や大学病院において、より意識が低く、より知識技術が足りないことを意味しているのではなく、それらの病院や病棟の役割や機能として求められる臨床現場の要求度の高さに対する問題意識の現れと見ることができよう。特に、これらの臨床現場では対象領域の専門分化が著しく、そこで働く医師は継続的に経験を積み重ね、スペシャリストとしての能力を磨いていくが、これに伍して、看護師がチームの一員として対等にその役割を果たすためには、看護師にもより高い実践能力が求められることになる。しかし、現在、わが国の少子高齢化傾向はさらに拍車がかかり、その影響は、小児系疾患の入院可能施設の減少や小児単独病棟の閉鎖など、さまざまな事態となって現実化し、そのことが、小児看護師の専門性の育成をより困難なものにしている。これらの問題に対する対策を講じる際には、病院や病棟の特性を十分に考慮し、一般病院、専門病院、あるいは

大学病院それぞれが利用者から期待されるそれぞれのニーズに応えられるような、綿密な卒後教育、専門性育成プログラムが必要といえよう。また、看護基礎教育で行われている小児看護学教育の内容と臨床現場の要求度の開きをどのように埋めていくべきかを、お互いの立場から同時に分析検討していくことが望まれる。

以上、医師との円滑な協働を阻害する看護師側の問題について述べてきたが、同時に、協働する医師側の問題やチームとしての連携に関わる問題を抜きには考えられない。現在これらについても分析を行い、検討中である。最終的には、小児科若手医師の不足を看護師との円滑な協働がいかに補うことができるかについて、引き続き検討していく予定である。

V まとめ

小児を対象とするチーム医療における医師との円滑な協働を妨げる要因を明らかにする目的で、全国88施設の小児関連病棟で働く看護師および師長、計1,016名を対象に調査を行った。その結果、741名(回収率72.9%)からの有効回答が得られ、以下のことが明らかになった。

1. 医師との円滑な協働を阻害する看護師側の要因としては、「実践能力格差」、「新卒看護師のレベルアップ困難」、「疾患や治療に対する知識不足」が問題であるという高い認識を示し、「医師の指示を実施できない看護師」は最も低い値を示した。
2. 医師との円滑な協働を妨げる要因としてあげた調査項目の尺度化により、同14項目は、「知識技術等の不足(5項目)」、「看護の意識の違い(6項目)」、「専門性育成の困難(3項目)」の3カテゴリに集約された。
3. 対象の属性別比較では、「専門性育成の困難」において師長および、経験年数の多い群で問題と感じている傾向が示された。また、所属する病院の種類では、大学病院や小児専門病院で、「知識技術等の不足」「看護の意識の違い」それぞれが問題であると感じている傾向が示されたが、施設特性によって問題と感じる内容が異なっていることが示唆された。

以上より、看護師は、医師との円滑な協働のために、自らの「専門性の育成困難」や「知識技術等の不足」について改善する必要性を感じていることが確認されたが、小児看護学教育の全体的見直しに加えて、管理的側面からの各施設の状況に応じた具体的対策の必要性が示唆された。

謝辞

本研究の実施にあたり、ご協力をいただきました各施設の看護部の皆様、研究に参加していただきました小児病棟看護師長ならびに看護師の皆様へ深く感謝いたします。

(本研究は平成14年度～16年度、厚生労働省子ども家庭総合研究事業「小児科産科若手医師の確保・育成に関する研究班(主任研究者：鴨下重彦)」の平成16年度分担部分として行われたものである。)

文献

- 1) 平成16年度厚生労働科学研究(子ども家庭総合研究事業)報告書(主任研究者：鴨下重彦)：「小児科産科若手医師の確保・育成に関する研究」, 2005.
- 2) 吉武香代子：看護の専門分化と専門看護婦—小児看護を通して考える—。Quality Nursing, 1 (3), 4-5, 1995.
- 3) Knaus, W. A. et al.: An evaluation of outcome from intensive care in major medical center. *Ann Intern Med*, 104 (3) : 410-418, 1986.
- 4) 医療施設政策研究会編：病院要覧2003-2004年版。2003.
- 5) 草刈淳子, 儘田徹, 柳堀朗子, 大島弓子, 佐藤栄子, 橋本秀和：看護師—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—。愛知県立看護大学紀要, 10 : 19-25, 2004.
- 6) 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.
- 7) 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.
- 8) 鎌原雅彦, 宮下一博, 大野木裕明, 中澤潤：心理学マニュアル質問紙法。pp. 64-74, 北大路書房, 2002.
- 9) 植村勝彦：ボランティア活動への参加—非参加を規定する態度要因—女子青年の場合—。コミュニティ心理学研究, 2(1) : 2-11, 1998.
- 10) 片田範子：小児救急認定看護師の活用と研修プログラムの開発。小児保健研究, 64(2) : 244-248, 2005.