

〔資料〕

看護師と医師の協調における実践の実情と課題 —米国ナースプラクティショナーと日本のチームリーダー看護師への インタビューより—

山岸まなほ* 國江慶子** 青木雅子***

COOPERATION BETWEEN NURSES AND PHYSICIANS : INTERVIEWS WITH NURSE PRACTITIONERS IN THE UNITED STATES AND CHARGE NURSES IN JAPAN

Manaho YAMAGISHI * Keiko KUNIE** Masako AOKI***

キーワード：医師—看護師関係，協働，協調，ナースプラクティショナー，インタビュー

Key words : physician-nurse relationship, collaboration, cooperation, nurse practitioner, interview

I. 背景

欧米先進国の一部では，医師の労働負荷の軽減と保健医療の効率向上を目的としてナースプラクティショナー（NP）が活用されている（日本看護協会，2000）．現在わが国においても NP の導入が検討されており，今後看護職の業務範囲が拡大する可能性が現実味を帯びてきた．また，医療技術の高度化に伴い，看護師の知識・スキルの範囲は既に拡大している．

そこで，米国においてすでに医師業務を実践している NP と医師の協働の現状，及び日本における熟達した看護師と医師の協働の現状の双方を検討・比較することで，日本における今後の協働の促進要因を知ることができると考えた．医師と業務範囲が重複することによる役割の再構築や，医師との対等性の影響を知ることにより，円滑に協働を促進できると思われる．

看護師—医師の協働には，病院には医師を頂点とした階層が存在してきたことと，医師は男性が看護師は女性が圧倒的に多いという性別由来の力関係により看護師は医師の補助的な職業とされてきたことが影響している（宇城，2007）．そして近年では，看護師—医師の協働が，看護師の職業継続・ケアの質・モチベーション

・コスト削減・看護師と患者の満足度などへの良い成果を生むことが多くの研究によって報告されている．このことにより，看護師—医師の協働は改善傾向であり，特に手術室や ICU などのチームワークを必要とする部署において改善が見られる（O'Brien et al, 2009）．わが国の看護師—医師の協働に関する研究は未だ少なく，協働が改善傾向とされている現状を明らかにすることも重要であると考えた．

協働とは同じ目的のために，協力して働くことであり（大辞林第二版，1999），組織の目標達成や業務効率に重要であるが，近年まで学術研究は少なく 1980 年代からレビュー文献や尺度開発が報告されるようになった（Baggs, 1994）．

看護師—医師の協働の構成要素は，O' Brien ら（2009）のレビューにおいて，相互尊重と信頼，日頃の対話，問題解決，理念の共有，価値観の共有，多職種チーム教育，適切な支援，意思決定の共有，開放性，適切な報酬であった．また，宇城（2007）のレビューによる構成要素の 3 分類は，知識・情報の共有，治療・ケア決定過程への共同参画，協調性であった．

協働の概念は広いことから，本研究では協調性についての実践と重視しているものを中心にインタビュー

*国際医療福祉大学小田原保健医療学部（International University of Health and Welfare, ODAWARA）

**東京大学大学院医学系研究科 精神看護学分野（Department of Psychiatric Nursing, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo）

***東京女子医科大学看護学部（Tokyo Women's Medical University）

を計画した。看護師—医師の情報共有や共同参画は、組織の情報伝達や情報共有方法によって決定される範囲が大きい。本研究では個人の実践から協働の現状を見たいと考えたからである。

協調とは利害や立場などの異なるものどうしが協力し合うこと（大辞林第二版，1999）。構成要素は宇城（2007）のレビューにおいて、信頼と尊重、役割認知と責任、対等性、開放性であった。

以上から、本研究の目的は、米国NPと日本の熟達した看護師に対するインタビューから、医師との協調における実践と重視しているものを検討することにより、より良い協働を促進するための要因を知ることとした。

Ⅱ. 方 法

対象者は便宜的に選択し、米国NPは、米国西部の州立大学と大学病院に勤務するNPで、8日間の滞在期間に研究協力を得られた7名であった。2009年11月にNPの診療場面を見学し半構造的インタビューを実施した。7名全員が米国籍であった。

日本の熟達した看護師は、チームナース体制において1病棟全体の患者に関する医師の指示を受ける役割を担うチームリーダーを担当する看護師とした。チームリーダーは看護師経験が5年以上で患者の治療と看護に熟達しており、指示受けを担うことから医師と協働する機会と経験が多いからである。対象病院では、チームリーダーを担当する条件は、治療・看護の技術・知識の熟達とコミュニケーション能力で師長が判断していた。

東海地方の約300床の一般病院1施設で、3病棟のチームリーダーを担当する看護師のうち研究協力を得られた10名を対象に、2009年12～1月にインタビューを実施した。

なお、American Academy of Nurse Practitioner (2010) が示しているNPの役割は、①プライマリーケア及び専門的ケアにおいて看護及び医療を単独で提供する資格を持ち、②ケアのプロセスは、診察、診断、ケア計画、実施、評価である。その他に患者と家族の教育とセルフケア、職種間連携、正確なケア記録、患者擁護、自己の質保証と継続教育、調整者、研究者としての役割を担う。

日本のチームリーダーの役割は、チームに課せられた業務を的確に判断し、チームメンバーにその内容を分担すること、患者および患者をとりまく環境などに

ついて、どのような状態で次の勤務に引き継ぐかの目標を持ち、チームメンバーを動かすことであるとされている（金井，2007）。

質問は、米国と日本を同内容とし、米国のNPに質問の意図が十分伝わるように、DiCensoら（2005）が抽出したNP—医師の関係構築と協働の方策の例を質問時に提示し、同じインタビュー方法に揃えるために日本の看護師にも提示した。質問は2部構成とし、前半は看護師—医師の協働において医師との関係構築時に必要なもの、後半は関係構築後も継続して必要なものとした。前半に提示した方策例は、“医師の業務スタイルの理解、相互の役割を認知、信頼関係構築に時間をかける”で、質問は“新しく医師との関係を構築する時はどのような点に気をつけているか”“医師の業務の中で特に配慮していることはあるか”であった。後半に提示した方策例は、“相互の尊重、コンフリクトを容易に解決できること、相互の役割の認知、助け合いの精神、協働的な組織風土”で、質問は“重要だと思う方策はどれか”“特に実践していることはあるか”であった。承諾を得てICレコーダーに録音し、インタビューの間に気づいたことはメモとして記録した。ネイティブスピーカーに委託して音声データを英文の逐語録とし、米国インタビューを実施した筆者2名が、メモと照合して逐語録を確認した。

分析方法は、平均20分のインタビュー量となったため、逐語録から浮かび上がるテーマやパターンの分析が適当であると考え、内容分析法を選択した。内容分析法は、Berelson（1957）によって定義された、表明されたコミュニケーションの客観的・体系的・数量的記述のための調査技術である。

また、コーディングとカテゴリー化の手順は、逐語録を作成して文節に区切り、各文節の内容を表す簡潔なラベルをつけた。コードの種類として、方法、事実、程度、理由に分類した。ラベルやデータ間の類似点と相違点を、当該対象者の他のラベルやデータ、他の対象者のラベルやデータと比較しながら分類し、カテゴリー化を進めた。カテゴリーの生成・分解を繰り返した後カテゴリーを決定した。

何れの過程においてもデータやラベルに戻り結果との整合性を確認した。質的研究の研究者2名から研究計画から結果の抽出までスーパーバイズを受けながら研究を進めた。

倫理的配慮は、筆者が所属する大学の倫理委員会の承認を受け、対象者に書面と口頭にて説明の上、書面による同意を得た。研究協力は自由意志であり中断の

自由があること、インタビュー内容は掲載する可能性があるが匿名を厳守し、インタビューデータは匿名化後厳重に管理し研究終了後に破棄することを説明した。

Ⅲ. 結 果

1. 対象者の背景

米国の対象者のNP7名は、4名は大学教員で准教授3名・助教1名であり、3名は大学病院に勤務していた。なお教員4名も週1回以上の患者の診療を義務化されており週1～2回診療を行っていた。性別は全員女性、年代は50代以上3名・30代4名、専門分野は家族2名・小児2名・産科1名・成人2名（血液移植とがん）であった。

日本の対象者のチームリーダーを担当する看護師10名は、性別は男性2名、年代は50代以上1名・30代3名・20代6名で、6名は転職経験があった。病棟はA病棟3名・B病棟4名・C病棟3名で、診療科はA病棟は外科・消化器内科、B病棟は循環器・整形外科、C病棟は脳神経外科を中心に5科であった。インタビュー時間は米国のNPは平均21分（10～28分）、日本のチームリーダーは22分（13～28分）であった。

分析の結果抽出されたカテゴリーを《》，サブカテゴリー〈〉として、各カテゴリーの内容を下記に示す。最終的なカテゴリーを構成するデータは、コードとした方法、事実、程度、理由のうち「方法」であった。

2. 米国のNPと医師との協働

抽出されたカテゴリーは、《看護師の知識・スキルの明示》《看護師の役割の明示》《看護師—医師の相互尊重》《看護師—医師の助け合い》《患者中心看護の実践》であった。

《看護師の知識・スキルの明示》は、医師がNPの知識・スキルを信頼し同僚として業務を分担する上で必須であり、また《看護師の役割の明示》はNPの業務範囲や業務分担を明示することであり、NPが自身の裁量で独立して医療を提供する上で必須であることが語られた。《看護師の知識・スキルの明示》では、〈実践能力の明示〉としてNPは患者ニーズに見合う最良のケアを提供できることを明示し、〈経験の明示〉〈受けてきた教育の明示〉として職歴や学歴を明示していた。

「私達は、自分が本当によい医療を提供できること、自分は誰か、教育認定、どんなスキルやケアにむいているかを示します。」「再度教育に戻る事が重要で、スキルレベルを示すのです。（中

略）私の教育は医師との協働の助けになります。彼らは私の知識基盤を知っています。」

《看護師の役割の明示》では、医師へ明示することはさることながら、看護管理者やスタッフへも明示していた。NPの役割を医師に理解してもらえない場合には、医師に役割の明示を繰り返していた。NPが専門医に患者を紹介した場合、通常専門医は直接NPに紹介結果を報告するが、専門医の中にはNPの同僚医師に報告する者がいる。そのような場合はNPの役割を何度も説明していた。

「クリニック外の医師は、私を同等と考えない人もいます。同僚や専門家として見ていません。（中略）会ったことのないX医師に報告したがるので、電話して直接報告してくれるようお願いいたします。教育しようとしています、教育しよう。」

米国の医師とNPの《看護師—医師の相互尊重》《看護師—医師の助け合い》は良好であり、良好に協働していた。4名が「自分と医師は相互に尊重している」「助け合っている」と語り、他3名も現在の職場で自分と医師は「良好に協働している」と語った。

さらに、協働の成果として《患者中心看護の実践》が抽出された。全人的ケアが可能であり最良のケアが達成されると考えていた。

「私は医師資格がほしいのではなく、患者に触れて、聴いて、話したい。（中略）慢性疾患には治療法がない、キュアでなくケアが重要。医師は管理しようとするが、完全にまちがっている。」

3. 日本のリーダー看護師と医師との協調

抽出されたカテゴリーは、《看護師の知識・スキルの明示》《看護師の役割の明示》《看護師—医師の相互尊重》《看護師—医師の助け合い》《医師業務への気配り》《医師への積極的な質問》《医師と接する日頃の態度》《医師の人間理解》《各医師に応じた医師役割の構築》であった。また、協働が得られない状況において《組織の看護師—医師間の対等性》が、協調の成果として《患者中心看護の実践》《情報の伝達・共有》が抽出された。

日本のリーダー看護師も協働を促進するために《看護師の知識・スキルの明示》《看護師の役割の明示》を実施しており、「知識面だったり技術面もそうですけど、勉強していないとやっぱり医師も見下す」「お互いの役割をきちんと知る」と語った。

日本のリーダー看護師からは《医師業務への気配り》

《医師への積極的な質問》が最も多く語られ、最も実践していた。《医師業務への気配り》は、「挨拶をしたときのその先生のその日の機嫌というか反応の仕方、優先順位で今本当に聞かなきゃいけないことだろうかとか、ということ判断しているときというのは結構ある」などの〈依頼・質問してもよいか考慮〉することや、複数の依頼・質問をまとめたり事前に医師が必要とする情報を入手しておくなど〈依頼・質問の準備〉によって、医師業務の効率のための気配りをしていた。また外来や手術などの医師の〈スケジュールを配慮〉していた。《医師への積極的な質問》は、医師の指示の理由や医師の考え方を知らするために〈意図を確認〉したり〈よく話す〉ように心がけていた。

「先生の意図をうけとめられるように、特に新しい先生だと考え方もあまりはつきり理解するのが難しいので、そのことについては確認を適宜していく。ここのやり方と先生のやり方をすり合わせていくにはどうしたらいいかっていうのを、最初のうちはよく話をしていました。」「先生の業務スタイルをなるべくこっちが理解できるようによく観察して、なるべくこっちから声をかけて、いつが都合がいいのかとか、どういうふうに先生は今までやってきたのかとかをなるべく聞くように心がけてはいます。」

また《医師と接する日頃の態度》として〈挨拶〉〈言葉遣い〉、《医師の人間理解》として〈雑談〉〈食事会等〉〈友人になる〉〈性格や癖の観察〉が抽出された。

これらの《医師業務への気配り》《医師への積極的

な質問》《医師と接する日頃の態度》《医師の人間理解》を通して、医師の業務スタイルや治療方針の特徴を十分に理解し《各医師に応じた医師役割の構築》をしていた。

「先生が苦手だと言ったりとかいうことはなるべく覚えておく。」「先生に合わせた情報をとるようにはしている。」「まとめて報告をしてほしい先生とか、その都度その都度一個一個報告をしてほしい先生とかがいる。」

《各医師に応じた医師役割の構築》《医師業務への気配り》《医師への積極的な質問》により、《看護師—医師の相互尊重》《看護師—医師の助け合い》を促進していたが、それだけでは《相互尊重》《助け合い》が得られない状況もあった。良好な協調が得られない状況では、対象者の所属する組織において《組織の看護師—医師の対等性》が不足しており、〈看護師の業務に配慮〉や〈看護師の提案を考慮〉がなされないと語られた。

「なるべく先生の処置とかにも一緒に付きたいし、一緒にも入りたんですけど、そこを何かうまく時間調整をして欲しかったりとか、お互いの何か仕事の都合を調整できるような関係になりたい。」「カンファとかで医師の方針はわかるんですけど、なかなかこう、患者さんの意見が尊重できなかったり、先生のこういう風に自分が考えたりっていうのでまとめられたりするんですけど、周りに意見もきいてもらいたいかなと思う。」

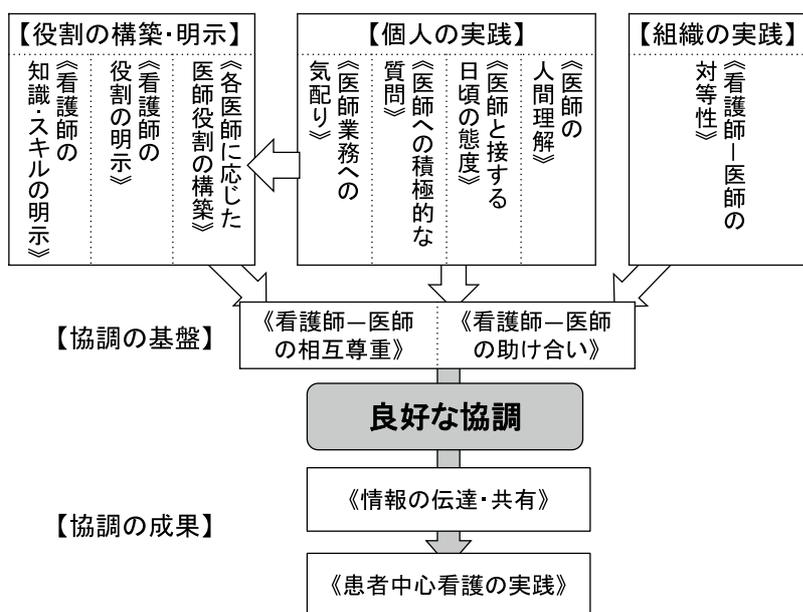


図1 看護師と医師の協調における実践

協調の成果として、《患者中心看護の実践》《情報の伝達・共有》が抽出された。《情報の伝達・共有》は「患者さまのことを医師がどうとらえているかっていうことを記録等を読んでよく知ること、自分が患者さんに接して感じたことを自分の中でまとめておく」などの〈看護師—医師の方針の共有〉、「直接主治医にその患者さんの意見とか思いを言って、納得することがあれば患者さまに伝えて行く」「先生、忙しいかもしれませんが1日1回でもせめて顔を見せてあげてくださいとちょっと強く言っちゃう」「先生と患者さんや家族の間に立って、橋渡しの役割があると思う」などの〈患者—医師の橋渡し〉であった。

また、看護師と医師の良好な協調が得られない状況では《患者中心看護の実践》《情報の伝達・共有》が十分に実現されていなかった。

「リーダーとしての役割というのがきちんと何か確立されてない所があるのかな、なのかわからないんですけど、もうちょっと患者さんの全体を把握して、その人に合った指示なのかどうなのかというのを考えなきゃいけないんだと思うんですけど。」

4. 看護師と医師の協調における実践の概念図

米国のカテゴリーとして示さなかった《各医師に応じた医師役割の構築》《医師業務への気配り》《医師への積極的な質問》《医師と接する日頃の態度》《医師の人間理解》《組織の看護師—医師間の対等性》は、米国NP1～2名から各1～2文節語られていたので、米国NPと日本のリーダー看護師の医師との協調における実践のカテゴリーと関係性を1つの概念図で示すことができると考えた。

分析当初は日米で別々の概念図を作成し、日本は【役割の構築・明示】がなく、米国は【個人の実践】が概念図に示されないとされた。しかし、1～2文節ではあるがデータから存在が推測されたことから、日米で1つの概念図とした(図1)。

まず、《看護師—医師の相互尊重》《看護師—医師の助け合い》は良好な協調を直接的に促進し、その他の促進要因は《相互尊重》《助け合い》を促進していたので、《相互尊重》《助け合い》を【協調の基盤】とした。次に、《相互尊重》《助け合い》の促進要因を【役割の構築・明示】【個人の実践】【組織の実践】に分類した。

《看護師の知識・スキルの明示》《看護師の役割の明示》《各医師に応じた医師役割の構築》を【役割の構築・明示】、《医師業務への気配り》《医師への積極的な質問》《医

師と接する日頃の態度》《医師の人間理解》を【個人の実践】、《組織の看護師—医師間の対等性》を【組織の実践】とした。

さらに、良好な協調が得られた場合の【協調の成果】として、《患者中心看護の実践》《情報の伝達・共有》が示された。

本方法では、個人の実践から協働の現状を見たいと考え、協働の3分類のうち協調性を中心にインタビューをしたが、他の看護師—医師の情報共有と共同参画は【協調の成果】として示された。また、《組織の看護師—医師間の対等性》は個人の実践のみでは獲得しにくく、【組織の実践】を望んでいた。

IV. 考 察

本結果から米国のNPと日本のリーダー看護師の、医師との協調における実践の実情と課題を知ることができ、看護師の知識・スキルと業務範囲が拡大する中で、良好な協働を促進するための要因の一部を明らかにすることができたと考える。

米国のNP—医師の協調と日本のリーダー看護師—医師の協調における実践の実情と課題は、国やNPという資格制度を超えて共通していることが推察された。協働の実践や促進要因が人種・資格・経験を超えて共通することは、近年の米国の看護師—医師の協働についてのインタビュー研究においても報告されている(McGrail et al, 2008)。協働に影響する個人特性としては、性格、学歴、自律性、コミュニケーション行動のタイプが報告されているが(宇城, 2007)、本結果から個人特性と協働の関連は浮かびあがらなかった。協働の基本的な促進要因は国・資格・経験を超えて共通していると推察された。

本結果からは、協調の基盤が《看護師—医師の相互尊重》《看護師—医師の助け合い》であることが浮かび上がった。そして、日本のリーダー看護師は《看護師—医師の相互尊重》《看護師—医師の助け合い》の促進のために、《医師業務への気配り》《医師への積極的な質問》などの多大な努力をしていたが、これらの個人の行動だけでは《相互尊重》《助け合い》が達成されない状況があり、その場合は《組織の看護師—医師の対等性》が不足していた。協調を促進する《組織の看護師—医師の対等性》のサブカテゴリーは〈看護師の業務に配慮〉や〈看護師の提案を考慮〉であり、これらは対等性の第一歩であることから今後医師に協力を得ていきたいと思われた。

本結果の NP と医師の協調は良好であり、現在の NP は多くの努力をする必要がなかった。しかし NP と医師について他のインタビュー研究では、“NP の能力・教育と医師・NP の共通目的を理解した上で NP の発言を傾聴してほしい”と語っており (O'Brien et al, 2009)、《組織の看護師—医師の対等性》への思いは国を超えて共通していると思われる。

協働に影響する組織の要因としては、組織構造、他職種ミーティング、職種間パワーバランス、時間のなさや人員配置が報告されているが (宇城, 2007)、本結果では促進要因として《組織の看護師—医師の対等性》が浮かび上がった。組織構造の変換・他職種ミーティングの活用・職種間パワーバランスの調整を図り、《組織の看護師—医師の対等性》を向上していくことが、良好な協働に結びつくと考えられる。

最後に、協調の成果として《患者中心看護の実践》が抽出されたが、これは看護師と医師の会話を分析し協働形成の条件を抽出した中川ら (2008) の結果と同様であった。《患者中心看護の実践》を協働の操作的定義に含んでいる研究も多く、それらの操作的定義では“保健医療職種間の協働とは、患者中心医療の実践のために協力し合うこと”とされている (Baggs, 1994)。本結果からも、看護師—医師の協働と《患者中心看護の実践》の深い関連を再確認でき、現場の看護職は国を問わず、何よりも患者中心医療のために医師と協働したいのだという強い思いを持っており、今後実現していかなければならないと考える。

本研究の米国の対象者の 3 名は准教授であり、一般の NP より教育的・政治的な見解を持つ可能性がある。また、日本の対象者 10 名は中規模病院 1 施設であった。研究目的から考えると、日本の専門看護師や複数の病院のチームリーダーを対象とすることが望ましいため、結果の適応範囲は限定される。

協働における協調性を中心にインタビューしたため、看護師—医師の情報共有と共同参画も含め、協働の促進要因を探索し包括する必要がある。さらに、筆者らが翻訳後分析したため、対象が本当に表現したかったことが十分翻訳・分析できなかった可能性がある。

これらの限界をふまえた上で、本結果から米国の NP と日本のリーダー看護師の、医師との協調における実践を知り、良好な協働を促進するための要因の一部を明らかにすることができたと考えられる。看護師・医師個人や保健医療組織における良好な協働のための実践を推進することにより、看護師—医師の協働を改善し、患者ケアの質と看護師・医師の労働環境を向上していきたい。

本研究は平成 21 年度日本学術振興会科学研究費補助金 (No.21790507) の一部として実施した。

引用文献

- American Academy of Nurse Practitioner (2010): standards of practice for nurse practitioners, <http://www.aanp.org/NR/rdonlyres./2010StandardsOfPractice>. accessed on 2011/12/16.
- Baggs, J.G. (1994): Development of an instrument to measure collaboration and satisfaction about care decisions, *Journal of Advanced Nursing*, 20, 176-182.
- Berelson, B. (1952): Content analysis in communication research, p18, The Free Press, New York.
- DiCenso, A., Matthews, S. (2005): Report on the Integration of Primary Health Care Nurse Practitioners into the Province of Ontario, p1-32, Queen's Printer for Ontario, Canada.
- 金井 Pak 雅子 (2007): 看護サービス管理のプロセス, 中西睦子編, 看護サービス管理 (3 版), p64-82, 医学書院, 東京.
- 松村 明 (1999): 大辞林 (2 版), 三省堂, 東京.
- McGrail, K.A., Morse, D.S., Glessner, T., et al (2008): “What is found there”: Qualitative analysis of physician-nurse collaboration stories, *Journal of General Internal Medicine*, 24, 198-204.
- 中川典子, 林千冬 (2008): 看護師—医師関係における会話の特徴と協働関係形成の条件, *日本看護管理学会誌*, 12, 37-48.
- 日本看護協会 (2000): 平成 12 年度看護政策立案のための基盤整備推進事業報告書, 128-143.
- O'Brien, J.L., Martin, D.R., Heyworth, J.A., et al (2009): A phenomenological perspective on advance practice nurse-physician collaboration within an interdisciplinary healthcare team, *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 21, 444-453.
- 宇城令 (2007): 急性期病院における「医師 - 看護師協働尺度」の開発, 聖路加看護大学大学院博士論文, p1-25.