

NICU・GCUの看護師と医師の各管理者からみた 病棟における看護師－医師間の協働に関する全国調査 －Collaboration and Satisfaction about Care Decisions 日本語版による測定－

小澤未緒¹⁾， 横尾京子¹⁾

キーワード(key words)： 1. 看護師－医師関係
2. 協働
3. NICU
4. GCU
5. 全国調査

全国のNICU・GCUにおける看護師－医師間の協働の現状を明らかにすることを目的として、Baggsら(1994)によって開発されたCollaboration and Satisfaction about Care Decisions(CSACD)日本語版を作成し、NICUとGCUの看護師と医師の各管理者を対象とした自記式質問紙調査を実施した。全国の総合周産期母子医療センター89施設と地域周産期医療センター278施設の計367施設の各管理者に質問紙を配布し、CSACDの全項目に回答した看護管理者164名(有効回答率45%)、医師の管理者158名(有効回答率43%)を分析対象とした。CSACD日本語版のCronbachの α 信頼係数は協働得点と満足得点ともに0.9台で、探索的因子分析の結果、ほぼ原版と同様の因子構造を持つことが確認され、CSACD日本語版は利用可能であると考えられた。本研究の結果では、看護管理者よりも医師の管理者の方が病棟における看護師－医師間の協働の程度やそれに対する満足の程度は高く、看護管理者の得点でのみ施設の地域との関連が見られた。また、所属する看護師のNICU平均従事年数や新生児分野に関する取得資格の割合は、医師のそれらと比較して低かったことから、看護師－医師間の協働をさらに高めるには、新生児看護の専門性を身につけた看護師の育成や人材の定着が必要であると考えられた。

I. はじめに

専門性の高い医療の提供が求められる新生児医療において、質の高い医療を提供するためには、多様な職種の協働(Collaboration)を必要とすることは言うまでもない。特に医師と看護師は、医療現場において共通の空間で共通の患者のために働く時間が長く、それぞれの仕事をするために互いに交流することは不可欠である。しかし、ただ共に働いていることと協働とは異なるものである。吉井は、協働の中心的な概念は、患者問題のアセスメント・計画・実施・評価のプロセスにおいて、両職種知識や技術や視点や判断の違いが最大限に生かされる方法で、意思決定やケア提供が行われる関係と述べている¹⁾。また、協働は、チーム医療の4つの要素(専門性・患者・職種構成・協働)²⁾の1つであり、欧米においては1970年代頃から患者アウトカムを向上させる医療提供方法として、医師と看護師の協働に関する概念の検討や測定、実践上の取り組みが行われてきている。

NICUに関する先行研究では、病棟の協働的風土が科学的根拠に基づいた疼痛ケアの実践を促すこと³⁾や、看護師－医師間の協働的関係が疼痛緩和の実践と関連があること⁴⁾が報告されている。また成人病棟においても看護師－医師間の協働的な関係が在院日数の短縮化や術後疼痛の緩和⁵⁾、患者の死亡率や病棟からのICUへの再入室の低下⁶⁾、職員の満足度の向上⁷⁾と関連することが報告され、看護師－医師間の協働関係は、患者アウトカムや医療者のアウトカムに肯定的な影響を及ぼす要因の1つと考えられている。

日本においては、小味らがCollaborative Practice Scale (CPS)日本語版を用いて、成人病棟における看護師－医師間の協働的実践の程度の現状を報告している⁸⁾。他、宇城らが急性期病棟における医師との協働に関する看護師の認識に関連する要因を調査¹⁰⁾しているものの、新生児分野における看護師－医師間の協働についての報告はない。そこで本研究では、全国のNICU・GCUにおける看護師－医師間の協働の現状を把握することを目的

・ National Survey of Nurse-Physician Collaboration in NICUs and GCU's Using a Japanese Version of the Collaboration and Satisfaction about Care Decisions Scale
・ 所属 広島大学大学院医歯薬保健学研究院
・ 日本新生児看護学会誌 Vol.18, No.2 : 2~9, 2012

として、所属する病棟の協働の程度を測定することが可能なBaggsらによって開発されたCollaboration and Satisfaction about Care Decisions(以下CSACD)¹¹⁾の日本語版を作成し、調査を行った。

II. 方 法

1. CSACD

CSACDは、急性期病棟でのケアの意思決定に関する看護師－医師間の協働とその満足度を測定する尺度で、看護師と医師が全く同じ質問項目を回答し、所属する病棟における看護師－医師の協働について評価する。前述したCPSが自分自身の協働の程度についての評価であるのに対し、CSACDは所属する病棟の協働の程度について評価をする。この尺度は米国の看護学研究者であるBaggsによって開発された。この尺度はShmidtの自己主張性(assertiveness)と協調性(Cooperativeness)がともに高い態度を協働としたコンフリクトマネジメントモデルを参考に作られており¹²⁾、CSACDは、自己主張性を1項目含む協調性の測定を中心にした尺度である。Baggsは、コンフリクトを解決するためのThomasの理論¹³⁾に基づき、急性期病棟における協働を「看護師と医師が、患者ケアの策定と実行のために問題解決や意思決定において責任を共有し、お互いに協力して働くこと」と定義し¹¹⁾、協働の程度を測定するとしている。

CSACDは、協働に関する7項目と協働についての満足に関する2項目の全9項目で構成されている。協働に関する7項目の内、6項目は協働における重要な態度について測定する項目であり、「強く同意しない(1点)」から「強く同意する(7点)」までの7段階で評価する。また、7項目の内、1項目は医師と看護師の協働の程度について包括的に測定する項目であり、「全く協働していない(1点)」から「非常に協働している(7点)」までの7段階で評価する。協働に関する得点はこの7項目の合計得点となり、合計得点が高いほど協働の程度が高いことを示す。協働についての満足に関する2項目は「全く満足していない(1点)」から「非常に満足している(7点)」までの7段階で評価し、2項目の合計得点が高いほど協働に対する満足の程度が高いことを示す。また、CSACDは、9項目の合計点は算出せず、協働に関する7項目の合計得点(以下、協働得点)と協働に対する満足に関する2項目の合計点(以下、満足得点)を算出する尺度であり、協働得点の範囲は1-49点、満足得点の範囲は1-14点となる。

2. 日本語版の作成

原作者の許可を得た上で、まず研究者が日本語への翻訳を行った。このCSACD日本語版案をNICUの看護管

理者や新生児医療に従事している小児科医に回答してもらい、理解が困難な点の有無について尋ね、必要に応じて表現の修正を行った。次に逆翻訳を専門とする翻訳業者に日本語から英語への逆翻訳を依頼し、原作者に原版との意味の等価性を確認し表現の修正を加えた後、CSACD日本語版とした。

3. 質問紙調査

1) 対象者

調査は日本産婦人科医会のホームページ(<http://www.jaog.or.jp/japanese/jigyoo/JYOSEI/center.htm>)で公表されている2011年4月1日現在の総合周産期医療センター(89施設)及び地域周産期母子医療センター(278施設)の計367施設で行った。調査対象者は、新生児部門の医師の管理者(以下:新生児部門長)及びNICU看護師長(以下:看護師長)とした。

2) 調査手順

無記名式の調査票を対象者に郵送し、調査の趣旨、方法を書面で説明し、回収をもって研究参加の同意とみなした。質問紙の回収は、料金受取人払い封筒を用いて研究者に直接郵送する方法で回収した。調査期間は2012年2月～3月であった。

3) 調査内容

CSACD日本語版の質問項目に加え、すべての対象者に施設背景を尋ねた。具体的には、地域、施設の認可別、病棟スタッフの取得免許及び資格、病棟スタッフのNICUにおける平均従事年数であった。また、看護師スタッフに関してのみ卒業した看護関連教育機関を尋ねた。

4. 倫理的配慮

本研究は広島大学保健学研究科看護開発学講座倫理委員会の承認を得て実施した。対象者には、調査の趣旨、調査への協力は自由意思に基づき回答しなくても不利益を受けることはないこと、調査は施設評価ではないこと、匿名性の確保の方法などを書面にて説明し、調査票の回収をもって同意とみなした。

5. 分析方法

施設背景について、記述統計を行った後、CSACD日本語版の内的整合性の検討のため、Cronbachの α 信頼性係数(以下 α 係数)を算出した。また、探索的因子分析(主因子法・プロマックス回転)によって因子構造を確認し、構成概念妥当性を検証した。

次に、施設背景(地域、認可別、スタッフの平均経過年数)で協働に関する得点と協働に対する満足の得点の違いがあるか検討するために一元配置分散分析とsheffeの多重比較を行った。さらに、看護師長と新生児部門長の得点を比較するためにt検定を行った。

解析においては、CSACD全項目に回答があったものを有効回答として解析対象とし、有意水準は0.05とした。また解析には、統計パッケージIBM SPSS Statistics 20.0 for Windowsを用いた。

Ⅲ. 結 果

1. 回答状況及び施設背景

看護師長への調査票の配布数は367票で回収数は171票、新生児部門長への配布数は367票で回収数は160票であった。このうち、解析対象となった有効回答数は看護師長が164票(有効回答率45%)、新生児部門長(医師)が158票(有効回答率43%)であった。全国の総合周産期母子医療センター89施設に限ってみると、看護師長からは60施設(67%)、新生児部門長からは53施設(60%)の回答が得ら

れた。

地域では各職種ともに関東が最も多く次いで中部、近畿であった(表1)。病棟スタッフのNICU平均従事年数に関しては、看護師の平均従事年数が6年未満の施設が約73%を占めていたのに対し、医師は約40%であり、6年以上の平均従事年数の施設は、看護師では約16%で医師では約54%であった。病棟スタッフが有する資格に関しては、医師では小児専門医の資格を持っている施設の割合が最も多く、次いで新生児専門医、NCPRインストラクターであった。看護師では、新生児集中ケア認定看護師が所属している施設は回答した施設の約60%を占めていた。小児や母性分野の専門看護師が所属する施設は数施設であった。また、所属する看護師の教育背景については、2年制専門学校が最も多く、次いで看護系大学、3年制短大であった。大学院を卒業した看護師のいる施

表1 施設背景

	看護師長		新生児部門長	
	(N=164)	n(%)	(N=158)	n(%)
認可種別				
総合周産期母子医療センター	60	(36.5)	53	(33.5)
地域周産期母子医療センター	95	(57.9)	104	(65.8)
無回答	9	(5.4)	1	(0.6)
地域				
北海道	10	(6.0)	11	(7.0)
東北	15	(9.1)	14	(8.9)
関東	44	(26.8)	42	(26.6)
中部	32	(19.5)	37	(23.4)
近畿	28	(17.0)	24	(15.1)
中国	17	(10.7)	12	(7.6)
四国	5	(3.0)	3	(1.9)
九州	13	(7.9)	15	(9.5)
病棟スタッフのNICU平均従事年数				
3年未満	32	(19.5)	19	(12.0)
3-6年未満	87	(53.0)	44	(27.8)
6-10年未満	26	(15.8)	43	(27.2)
10年以上	1	(0.6)	42	(26.6)
無回答	18	(11.0)	10	(6.3)
病棟スタッフが有する資格				
新生児専門医			80	(50.6)
母体・胎児専門医			2	(1.3)
小児専門医			149	(94.3)
NCPRインストラクター			118	(74.7)
新生児集中ケア認定看護師	97	(59.1)		
小児専門看護師	3	(1.8)		
母性専門看護師	2	(1.2)		
病棟スタッフの卒業教育機関				
高校	31	(18.9)		
2年制専門学校	159	(97.0)		
3年生短大	101	(61.6)		
看護系大学	133	(81.1)		
大学院	19	(11.6)		

設は回答した施設の約12%であった。

表2 因子分析結果

2. CSASD日本語版の信頼性・妥当性

α 係数は協働に関する7項目の合計得点(協働得点)で0.914, 協働に対する満足に関する2項目の合計得点(満足得点)で0.916であり, いずれも0.9台であった。

次に, 原版のとおり因子数を2因子とし, 主因子法・プロマックス回転による因子分析を行った。回転後の因子負荷量を表2に示す。協働に関する7項目が第1因子に対して高い因子負荷量を示し, 満足に関する2項目は第2因子に対して高い因子負荷量を示した。因子間の相関係数は0.747であった。

3. 得点と施設背景との関連

看護師長・新生児部門長それぞれの施設背景別の協働得点及び満足得点を表3に示す。新生児部門長では, 協働得点及び満足得点のどちらでも施設背景との関連は見られなかった。一方, 看護師長の協働得点と満足得点は, 地域での有意な関連があり, 施設認可別や病棟スタッフ

質問項目名	平均値±標準偏差	因子負荷量	
		1	2
1 ケア計画	4.67±1.27	0.432	0.295
2 コミュニケーション	5.17±1.10	0.665	0.202
3 意思決定の責任の共有	4.68±1.31	0.784	-0.055
4 意思決定の際の協調性	5.22±0.99	0.903	-0.053
5 自己主張性	4.80±1.10	0.834	0.01
6 意思決定の一致	4.74±1.02	0.501	0.334
7 協働の程度	4.99±1.00	0.544	0.334
8 意思決定プロセスの満足	4.50±1.13	-0.025	0.947
9 決定事項への満足	4.66±1.03	-0.025	0.928

注) 番号は質問紙での項目順, 質問文は原版作者の意向で掲載していない

のNICU平均従事年数, 卒業教育機関, 取得資格とは関連が見られなかった。

4. 得点と職種との関連

看護師長と新生児部門長のそれぞれの協働得点の平均値±標準偏差(範囲)は, 33.5±6.9(11-49)と35.1±5.6(16-49)で, 有意な違いが見られた(P=0.029)。また, 同様に満足得点の平均値±標準偏差(範囲)は, 8.5±2.1(2-12)と9.8±1.8(2-14)で, 有意な違いが見られた(P<0.001)(図1)。

表3 施設背景別の協働得点及び満足得点

	協働得点		満足得点	
	看護師長 (N=164)	新生児部門長 (N=158)	看護師長 (N=164)	新生児部門長 (N=158)
	平均値±標準偏差(範囲)		平均値±標準偏差(範囲)	
認可種別				
総合周産期	33.2±7.7(15-49)	35.6±5.3(16-43)	8.6±2.3(2-12)	9.7±1.8(2-12)
地域周産期	33.6±6.6(11-46)	34.8±5.8(16-49)	8.6±2.0(2-12)	9.8±1.8(4-14)
無回答 ^{a)}	35.1±5.7(24-44)	35.0	8.8±2.2(6-12)	11.0
地域**.*				
北海道	29.1±8.6(15-41)	33.0±7.1(16-42)	7.2±3.0(2-12)	8.8±3.1(2-12)
東北	39.0±3.8(30-46)	33.4±6.6(16-41)	10.0±0.8(9-12)	10.0±2.1(4-12)
関東	31.9±8.1(11-49)	36.6±4.1(27-45)	8.3±2.3(2-12)	9.9±1.6(4-14)
中部	34.4±4.7(23-45)	34.5±5.9(27-45)	8.6±1.8(5-12)	9.6±1.9(5-12)
近畿	34.8±5.7(16-43)	35.5±6.1(24-49)	9.1±2.0(4-12)	9.9±1.6(7-14)
中国	34.8±4.7(26-45)	36.7±4.0(28-43)	8.9±1.5(6-10)	10.3±1.2(9-12)
四国	29.6±8.5(20-39)	32.7±1.2(32-34)	7.6±2.1(5-10)	9.3±1.2(8-10)
九州	31.1±8.9(21-44)	33.6±6.6(18-42)	7.8±2.8(5-12)	9.8±1.9(6-12)
病棟スタッフの平均従事年数				
3年未満	35.5±6.1(18-45)	34.0±7.1(18-45)	8.7±1.9(5-12)	10.0±1.8(6-12)
3-6年未満	32.8±7.2(11-46)	33.6±6.1(16-43)	8.6±2.2(2-12)	9.4±2.0(2-12)
6-10年未満	33.7±6.4(21-46)	36.7±4.9(26-47)	8.4±2.4(2-12)	9.8±2.1(4-14)
10年以上	31.0	35.2±5.8(16-49)	10.0	10.0±1.5(4-14)
無回答 ^{b)}	32.4±8.0(16-49)	35.7±4.0(27-41)	8.4±1.8(5-11)	9.6±1.0(2-14)

**看護師長の協働得点における地域比較(P=0.003), *看護師長の満足得点における地域比較(P=0.016)

^{a)} 看護師長の無回答は9名・新生児部門長の無回答は1名, ^{b)} 看護師長の無回答は18名・新生児部門長の無回答は10名

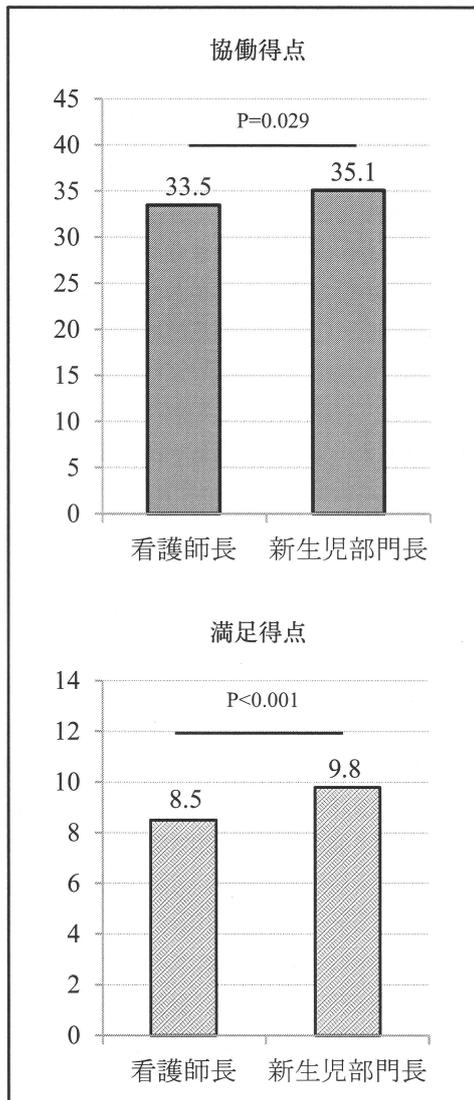


図1 得点と役職との関連

IV. 考 察

1. CSACD日本語版の信頼性・妥当性

CSACD日本語版は、協働得点及び満足得点のどちらも α 係数は0.9以上で、内的整合性は十分保たれ、翻訳に伴う表現の問題はないと考えられた。また、因子分析の結果、原版の2因子構造と同等の因子構造を示し、構成概念妥当性も保たれていると考えられる。従って、今回作成したCSACD日本語版は、日本の看護師-医師の協働の程度を測定する尺度として利用できることが確認できた。

2. 看護師長と新生児部門長(医師)からみたNICUにおける看護師-医師間の協働

本研究の結果では、看護師長よりも新生児部門長の方が、病棟における看護師-医師間の協働得点及び満足得点が高かった。成人病棟の医師と看護師を対象とした国

内外の先行研究においても、看護師-医師間の協働性を医師は看護師よりも高く評価していることが報告されており⁶⁾⁸⁾、本研究においても同様の傾向が見られた。

これまで医師が看護師-医師間の協働をどのようにとらえているかについてはあまり検討されていないため、先行研究と比較することには限界があるが、小味らは⁸⁾、医師は専門領域によって協働得点に違いがあったことを報告している。それによると内科系の医師は外科系やその他の専門領域と比較すると協働得点が高い傾向にあった。新生児医療は急性期や外科疾患の患者が対象にはなるものの、通常、患者の入院期間は比較的長く慢性期までを広くカバーする分野である。本調査において、各施設における患者特性や入院期間は調査してはいないが、新生児分野の医師の専門領域はどちらかといえば内科系に属し、本調査においても医師の得点が高い傾向にあったのではないかと考えられた。

次に看護師側から検討すると、これまでの国内の研究において、看護師が認識する看護師-医師間の協働を阻害する要因には、看護師の医師に対する自律的態度の希薄さや医師の看護師を尊重しない態度¹⁰⁾、看護師と医師の実践能力格差や新卒看護師のレベルアップ困難及び疾患や治療に対する看護師の知識不足¹⁴⁾などが明らかになっている。本調査では、これらの要因について具体的に調査はしていないが、看護スタッフのNICU平均従事年数が6年以上の施設は16%にとどまり、医師の54%とは大きな差があった(表1参照)。また、新生児分野における専門資格の取得状況において、小児専門医の資格を取得している医師は調査施設の94%を占めているのに対し、認定看護師や専門看護師の資格を取得している看護師は調査施設の約60%にとどまっていることから、看護師と医師の間で、新生児分野における臨床経験や臨床判断などの実践能力の差が存在することが推察可能である。山口らの報告では¹⁴⁾、NICUにおいては他の小児系病棟と比較して、看護師の専門性育成の困難が最も医師と看護師の協働阻害要因であったことが明らかにされている。新生児医療において、看護師-医師間の協働性を高めるには、専門的知識や技術・経験を備えた看護師の育成が急務であり、自身の意見や考えを発言し行動するような自律的態度を身につけた看護師が求められていると考える。

しかし、2職種間の協働は、単に看護師の育成や態度の変容だけでは不十分である。本調査で回答した施設において、医師が看護師に対してどのような態度であるか不明であるため、考察には限界があるが、先行研究では医師が看護師を尊重しない態度を示す場合、それが協働の阻害要因になることが明らかにされている¹⁰⁾。本調査では少なくとも看護師長は新生児部門長よりも協働の程度を低く評価していたため、回答施設において、看護師

と医師の協働的関係を阻害する職場風土が存在することは否定できない。さらに、本調査では、看護師長の協働得点と満足得点のどちらでも地域差が見られた。これは看護師側からみると、地域によって医師と看護師との関係性に違いがある可能性を示唆している。特に、昨年(2011年)の東日本大震災で被害の大きかった東北地方で得点が高かったことは興味深く、危機的状況下では看護師-医師の協働性に変化が生じる可能性を示唆している。しかし、一般的には、双方の関係は、法的位置づけ・教育・資格制度・性別構成から社会化されていると考えられているため¹⁵⁾、本研究の結果には限界があり、地域差については今後のさらなる検討が必要である。

一方、これまでの国内の先行研究において、看護師-医師間の協働関係をより高める方法として提案されていることは、看護師には専門性に基づく臨床判断能力を獲得すること¹⁴⁾¹⁶⁾や家族も含めた患者理解や明瞭で説得力のあるコミュニケーション能力¹⁶⁾、医師への自己主張¹⁰⁾やアサーティブトレーニング⁸⁾、医師との協働的関係形成のための上司や先輩からのサポートが¹⁰⁾、医師にはケアや看護の専門性に対する理解を深めること、ケアや治療についての情報や意見・方針を病棟カンファレンスなどのフォーマルなカンファレンスの場で積極的に表明し、看護師の意見を聞くこと¹⁰⁾¹⁶⁾などがある。これらの全てについて一度に取り組むことは困難であるが、目標を定めて取り組めることから実行していくことは可能ではないだろうか。

また、現在、賛否両論はあるが、厚生労働省はチーム医療の推進の一環として、医師に代わって医療行為を行うことができる特定看護師(仮称)の創設(欧米のナースプラクティショナーとは教育や業務が異なる資格)を進めており¹⁷⁾¹⁸⁾、保助看法の改正案を国会へ提出することを目指している¹⁹⁾。新生児部門の医師の責任者を対象にした調査²⁰⁾によると、新生児分野においても、現在医師が行っている医療行為の一部を将来的には看護師が実施すべきとする項目があった。現時点では、そのための訓練や教育などのプログラムや教育機関は存在しないが、今後、看護師が患者にとって安全で安心な状況で医療行為を実施するためには、医師との協働が欠かせない。

3. 本研究の限界

本研究の対象者は、看護師と医師の各管理者であり、病棟スタッフによる看護師-医師間の協働の程度とは異なる可能性がある。しかし、これまで明らかにされていなかった全国のNICU・GCUの看護師-医師間の協働の現状の一端を明らかにできたことは意義あることと考える。

V. 結 論

1. 看護師-医師間の協働の現状を測定するために作成したCSACD日本語版の信頼性・妥当性は保たれており、利用可能であった。
2. 回答した施設に所属する看護師と医師の平均従事年数は、医師の方が看護師よりも長く、新生児分野に関する専門資格の取得割合も高かった。
3. NICU・GCUの医師及び看護師の各管理者から見た病棟における看護師-医師間の協働得点と協働に対する満足得点は、看護師よりも医師の方が高かった。
4. NICU・GCUにおける看護師-医師間の協働をさらに高めるには、新生児分野の専門性を身につけた看護師の育成や人材の定着が必要であると考えられた。

謝 辞

本調査にご協力くださった対象者の皆様に深謝申し上げます。また、CSACD日本語版作成にあたりご協力頂いた鈴木智恵子氏、平田倫生氏に厚くお礼申し上げます。

なお、本研究は日本学術振興会科学研究費補助金(研究活動スタート支援No.23890137)を受けて行った研究の一部である。

文 献

- 1) 吉井清子:看護師-医師間の協働性の概念と実証研究の外觀. 保健医療社会学論集, 14(2), 45-54, 2004.
- 2) 細田満知子:「チーム医療」の理念と現実-看護に生かす医療社会学からのアプローチ. 日本看護協会出版会, 東京, 2003.
- 3) Stevens B, Riahi S, Cardoso R, et al.: The influence of context on pain practice in the NICU: perceptions of health care professionals. *Qualitative Health Research*, 21(6), 757-770, 2011.
- 4) Latimer MA, Johnston CC, Ritchie JA, et al.: Factors affecting delivery of evidenced based procedural pain care in hospitalized neonates. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 38, 182-194, 2009.
- 5) Gittell JH, Fairfield KM, Bierbaum B, et al.: Impact of relational coordination on quality of care, postoperative pain and functioning, and length of stay: a nine-hospital study of surgical patients. *Medical Care*, 38(8), 807-819, 2000.
- 6) Baggs JG, Schmitt MH, Mushlin AL et al.: Nurse-physician collaboration and satisfaction

- with decision-making process in three critical care units. *American Journal of Critical Care*, 6(5), 393-399, 1997.
- 7) 草刈淳子, 俣田 徹, 柳堀朗子, 他:看護職-医師の協働と医師および看護職の職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.
 - 8) 小味慶子, 大西麻未, 菅田勝也: Collaborative Practice Scales日本語版の信頼性・妥当性と看護師-医師間の協働的実践の測定. *日本看護管理学会誌*, 14(2), 15-21, 2010.
 - 9) Weiss SJ, Davis HP: Validity and reliability of the Collaborative Practice Scales. *Nursing Research*, 34(5), 299-305, 1985.
 - 10) 宇城 令, 中山和弘: 病院看護師の医師との協働に対する認識に関連する要因. *日本看護管理学会誌*, 9(2), 22-30, 2006.
 - 11) Baggs JG: Development of an instrument to measure collaboration and satisfaction about care decisions. *Journal of Advanced Nursing*, 20, 176-182, 1994.
 - 12) 田尾雅夫: 組織の心理学[新版]. 有斐閣ブックス, 東京, pp151-166, 2001.
 - 13) Thomas K: Conflict and conflict management. In *Handbook of Industrial and Organizational Psychology* (MD Dunnette ed). Rand McNally College Publishing Company, Chicago, pp889-935, 1976.
 - 14) 山口桂子, 佐野明美, 服部淳子, 他: 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-. *愛知県立看護大学紀要*, 11, 1-9, 2005.
 - 15) 進藤雄三, 黒田浩一郎(編): 医療社会学を学ぶ人のために. 世界思想社, 京都, 2003.
 - 16) 中川典子, 林 千冬: 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(1), 37-48, 2008.
 - 17) 厚生労働省: チーム医療の推進に関する検定会. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/03/s0319-9.html>
 - 18) 厚生労働省: チーム医療のための看護業務検討ワーキンググループ. <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000008zaj.html#shingi107>
 - 19) 厚生労働省: 第17回チーム医療推進のための看護業務検討ワーキンググループ資料. 2011.
 - 20) 横尾京子, 楠田 聡, 盆野元紀, 宇藤裕子, 福井トシ子, 藤村正哲: 新生児医療における医師と看護職者の協働-NICU・GCUにおける看護師の業務に関する展望-. *日本未熟児新生児学会雑誌*, 23(2), 96-102, 2011.

National Survey of Nurse-Physician Collaboration in NICUs and GCUs Using a Japanese Version of the Collaboration and Satisfaction about Care Decisions Scale

Mio Ozawa, Kyoko Yokoo

Graduate School of Biomedical and Health Sciences, Hiroshima University

Key Words: 1. Nurse-Physician Relationship
2. Collaboration
3. NICU
4. GCU
5. National Survey

The purpose of this descriptive study was to examine collaborative practice between nurse and physician in Japanese NICUs and GCUs. The Collaborative and Satisfaction About Care Decisions (CSACD) developed by Baggs (1994) was translated into Japanese. A self-administered questionnaire survey by the Japanese version of CSACD was conducted on 367 head of physicians in division of NICU and 367 head of nurses in division of NICU in Japan, and data from 164 nurses and 158 physicians who completed the Japanese version of CSACD were analyzed (valid responses rates were 45% and 43%, respectively). The Cronbach's alphas of the Japanese version of CSACD were over 0.9 for each total score of collaboration and satisfaction. Factor analysis confirmed that the factorial structure of the Japanese version of CSACD was almost consistent with original version. The results showed that the physician's score of collaboration and satisfaction were higher than those of the nurses, and there was regional difference in nurse's collaboration and satisfaction scores. This study supports the importance of bringing up nurse who have specialty in neonatal nursing and autonomous attitude in NICUs and GCUs, as well as recent empirical research findings.