原 著

助産師の産科医師との協働に関する研究 —助産師の専門職的自律性に焦点をあてて—

Study on collaboration of midwives with obstetricians: With special focus on midwifery autonomy

石 引 かずみ (Kazumi ISHIBIKI) *
長 岡 由紀子 (Yukiko NAGAOKA) *
加 納 尚 美 (Naomi KANOU) *

抄 録

目 的

助産師の専門職的自律性および助産師の産科医師との協働に関連する要因を検討する。また、両者の関連性を分析することで助産師と産科医師との協働関係を強化する手掛かりを見出し、よりよいマタニティケアシステムの方向性を推進するための示唆を得ることを目的とする。

対象と方法

全国より無作為抽出された分娩取扱い医療施設に勤務し、現在分娩を取り扱っている助産師経験年数3年目以上の常勤助産師を対象に、自記式質問紙を用いた量的横断的調査を実施した。測定用具は基本的属性、助産師の専門職的自律性尺度および医療介入決定に関する協働と満足度尺度である。

結 果

研究協力者は578人(最終有効回答率59.5%)であった。

助産師の専門職的自律性には年齢、職位、助産師経験年数、現職場の勤続年数、分娩介助経験件数との関連性が認められた。助産師の産科医師との協働には、職位および分娩介助経験件数との関連性が認められた。

専門職的自律性の高い助産師は、産科医師との協働性も高く、専門職的自律性と協働性との関連性が明らかとなった。

院内助産従事群は、従事していない群と比較して専門職的自律性が高く、産科医師との協働性も有意に高かった。

結 論

助産師の専門職的自律性を育む要因の一つとして、助産師としての専門的な臨床実践と経験の蓄積が示唆された。産科医師との協働関係を促進する要因として、組織のリーダーとしての資質の育成と、熟練した助産技術の習得、助産師が専門職としてより自律性を強化する必要性が示唆された。特に院内助産に従事する助産師は、マタニティケアに必要な不可欠な要因である専門職的自律性と産科医師との協働

* 茨城県立医療大学 (Ibaraki Prefectural University of Health Sciences)

2012年9月18日受付 2013年5月17日採用

性を兼ね備えていた。有効なマタニティケアシステムの構築には、専門的に自律し、多職種協働できる助産師の活用が有用であることが示唆された。

キーワード：助産師，産科医師，協働，専門職的自律性

Abstract

Purpose

This study aimed to understand the professional autonomy of midwives and identify influential factors regarding the collaborative relationship of midwives and obstetricians. Through these analyses, it finally attempted to gain suggestions for a desired direction to improve current maternity care systems by finding ways of enhancing collaboration between the two professions.

Method

This study employed a cross-sectional, quantitative approach using self-administered questionnaires that were sent to and collected from randomly-selected, full-time midwives with over three years working experience who are currently practicing midwifery at medical facilities providing parturient care. Quantitative analysis was carried out based on the basic attributes of the responding midwives and the levels of their professional autonomy, collaboration with obstetricians in medical care decision-making, and satisfaction in the decision-making process.

Results

A total of 578 midwives responded to the questionnaire (total response rate: 59.5%).

Midwifery autonomy showed positive correlations with age, position, years of midwifery experience, years of current employment, and the number of midwifery cases. Collaboration between midwives and obstetricians was positively correlated with the position of midwives and the number of midwifery cases.

Midwives with a higher autonomy level showed a high level of collaboration with obstetricians, which revealed a positive correlation between professional autonomy and collaboration.

In addition, midwives practicing at in-hospital birth centers were found to mark higher in professional autonomy and significantly higher in collaboration with obstetricians, compared with those working outside of hospitals.

Conclusion

The results suggest that the accumulation of midwifery clinical practice and experience is one of the factors necessary to nurture the professional autonomy of midwives. They also suggest that, to further promote the collaborative relationship with obstetricians, midwives should develop qualities and abilities required of team leaders, acquire proficient midwifery skills, and enhance midwifery autonomy as a medical profession. In particular, midwives at in-hospital birth centers showed high levels of professional autonomy and collaboration with obstetricians, which are considered indispensable for maternity care. This suggests that the increased use of midwives with professional autonomy and ability to work with other professions will contribute a great deal to the development of an effective maternity care system for mothers and newborns.

Keywords: midwives, obstetricians, collaboration, professional autonomy

1. 諸 言

昨今，わが国では，産科医師不足，助産師不足，お産難民，妊婦の救急搬送受け入れ不能の状態等，周産期医療の危機的状況が社会問題となっており，助産師と産科医師のよりよい協働関係の構築が社会全体として求められている（中林，2008；進，2010）。国際的にもわが国と同様の背景から，イギリスの National Health Service (NHS) やカナダの Multidisciplinary Collaborative Primary Maternity Care Project (MCP²) のように，助産師と産科医師の協働を基盤とした周産期にある母子へのケア体制，すなわちマタニティケア

システムの改善が進められている。

職業が発達する経緯の中で助産師と産科医師には，各々個別の出産の哲学や出産観の違いが生まれ，時にはそれらが両者の協働関係構築の障壁ともいわれている（Wagner, 1994/2002）。これらに関する国内外の研究では，助産師と産科医師の協働上の障壁として哲学の違いや法的責任の差異の問題等があること（Smith, Brown, Stewart, et al., 2009），出産の医療化等に伴い正常分娩に産科医師の介入が増加し，助産師と産科医師の関係性が対等ではなくなったこと（濱松，2003；Keating & Fleming, 2009；Larsson, Aldegarmann, & Aarts, 2009）等が報告されている。このような背景の

下に、わが国では正常分娩における判断を助産師が産科医師に依存する傾向があること(濱松, 2000), 助産師自身が自律して正常分娩を担うことへの不安を抱えていること(岸田・上野・春日他, 2007; 近藤, 2007)等が問題視されている。

一方、厚生労働省は産科医療確保のための助産師活用推進事業として、助産外来及び院内助産開設を推進している(平成22年3月24日医政発0324第21号 看護職員確保対策推進事業実施要項)。その一環として、安全で快適な院内助産を実施するために、産科医師、助産師の相互理解と協働に基づいた院内助産ガイドラインの開発が行われ(池ノ上, 2009), 社会的枠組みの中で助産師と産科医師の協働が推進されている。

「母子の幸せ」を守るためのマタニティケアシステムを創り上げていくためには、助産師と産科医師がよりよい協働関係を築いていくことが求められており、そのためには前述した障壁を解決し、助産師職が専門職としての自律性をより強化していく必要性があると考えられる。しかしながら、日本では助産師と産科医師との協働に関する調査・研究はほとんどみられず、助産師の自律性に関する調査も少ない。そこで、本研究では助産師の自律性と助産師の産科医師との協働に関連する要因及び両者の関連性を明らかにし、母子のためのよりよいマタニティケアシステムの方向性を推進するための一示唆を得ることを目的とする。

II. 用語の操作的定義 (表1)

1. 助産師の専門職的自律性 (以下, 自律性)

看護師の専門職的自律性尺度を開発した菊池・原田(1997)の定義を基に「高度な専門的知識・技術に裏付

けられた自主的・主体的な判断と適切な助産実践をすることであり、助産活動における専門的な能力を発揮すること」とした。自律性は5つの下位項目をもつ。

2. 助産師と産科医師との協働 (以下, 協働性)

看護師と医師の協働を測定するための尺度(Collaboration and Satisfaction About Care Decision)を開発したBaggs (1994)の定義を基に、「助産師と産科医師が協力的に一緒に働き、問題解決のための意思決定と責任を共有すること、そして母子の幸せという共通のゴールのために共に計画を策定し、実行すること」とした。協働には6つの臨床的要素が含まれる。

III. 研究方法

1. 研究デザイン

本研究は、自己記入式質問紙による横断的量的調査の手法を用いた関連検証型研究である。

2. 研究協力者の選定

対象施設は産科を標榜し分娩取り扱いのあるNICUを併設していない全国医療施設より、無作為抽出された施設とした。

分娩取り扱いのある医療施設は公表されていないため、全国都道府県庁へ情報提供を依頼し、独自の分娩取り扱い施設リストを作成した。その結果、36都道府県より回答があり、把握できた施設は1745ヶ所であった。これはわが国の分娩取り扱い施設の約68.0%を網羅している。このうち、前述の選択基準に該当する施設は1514ヶ所であった。また院内助産システムを採用している施設は23ヶ所(全国47ヶ所)、助産外来シ

表1 専門職的自律性下位項目と協働のための臨床的要素

助産師の専門職的自律性下位項目

- 1) 認知能力: 現在の母親の状況をどれだけ正確に知覚し理解できるのかという助産師の力量を示す。
- 2) 実践能力: 判断した助産ケア方法を主体的に実行し、的確に成し遂げる行動を指す。
- 3) 具体的判断能力: 訴えや症状など母親が示す具体的な手掛かりに基づいて対処方法を的確に判断できる力量を表す。
- 4) 抽象的判断能力: 母親の気分や感情、不安といった心理的状況を察知し、それに応じた助産ケア方法を組み立てる力量を示す。
- 5) 自立的判断能力: 他の助産師に依存することなく自ら独自に必要な助産ケア方法を考察する力量を示す。

助産師と産科医師の協働のための臨床的要素

- 1) plan together: 妊婦と胎児のために医師と助産師が一緒に計画を立てる。
- 2) communication: お互いに率直な話し合いを行う。
- 3) share decision making: 問題解決のために意思決定の責任を共有する。
- 4) co-operation: 両者が協力して一緒に働く良好な関係である。
- 5) assertion: 互いの領域(医学・助産学)から妊婦と胎児の問題を検討する。
- 6) co-ordination: 意思決定の際、互いの仕事を調整する。

システムを採用している施設は133ヶ所(全国353ヶ所)であった。このリストから、層化抽出法及び比例割り当て法を用いて乱数表から無作為に721施設を抽出し、研究協力を依頼した。回答があった施設は204ヶ所であり(回収率28.3%)、そのうち研究協力の了承を得られた施設は150ヶ所であった。

また、研究協力者の選択基準として、現在分娩を取り扱っている助産師経験年数3年以上の常勤助産師とした。

3. 測定用具

1) 助産師の自律性の測定

助産師の自律性を測定するために、菊池、原田により開発された看護師の専門職的自律性測定尺度(松井, 2001)を開発者の許可を得て、一部文言を周産期の領域に合わせた表現に修正して使用した。この尺度は、看護師の職務遂行がどの程度自律的であるかを測定するもので5下位尺度47項目から構成されている。「全くそう思わない」から「かなりそう思う」までの5ポイントリッカートタイプスケールで測定され、自律性が高いほど高得点となる。この尺度は信頼性、妥当性ともに確保されている。尚、本研究では尺度のタイトルを「助産師の専門職的自律性測定尺度(以下、自律性尺度)」とした。

2) 助産師の産科医師との協働の測定

助産師の産科医師との協働を測定するためにBaggs(1994)により開発されたCollaboration and Satisfaction About Care Decision(以下、CSACD)を開発者の許可を得て、一部文言を周産期の領域に合わせた表現に修正し、バックトランスレーションの手続きを経て使用した。この尺度は、患者のICUから他病棟への転室という意味決定時に焦点を当て医師と看護師の協働性の程度を評価するもので9項目から構成されている。その内容は、協働の臨床的要素(質問1~6)、全体的な協働量(質問7)、意思決定プロセスに対する満足度とその決定に対する満足度(質問8, 9)である。7ポイントリッカートタイプスケールで測定され、協働性の程度が高いほど高得点となる。この尺度は信頼性、妥当性ともに確保されている。尚、本研究では尺度のタイトルを「医療介入決定に関する協働と満足度尺度(以下、協働性尺度)」とした。

村上・平澤・谷津他(2006)は、「会陰切開適応の判断」は産科医師と助産師の担う周産期領域の協働業務であると報告している。よって本調査では、協働場面

として「会陰切開」という分娩時の医療介入意思決定時に焦点を当てた。

4. 予備調査

質問内容の妥当性と信頼性を検討する目的で、助産師経験年数3年目以上で現在分娩を取り扱っている助産師25名に予備調査を行い、質問項目の修正・加筆を行った。

5. データ収集方法

調査対象施設の管理者に対し研究協力依頼文書を送付し研究依頼を行った。研究協力の承諾を得られた施設の担当者を通して、要件に該当する助産師へ研究協力依頼書と質問紙、返信用封筒を配布した。助産師には文書にて本研究の意義や目的を説明し、研究協力を得られる場合、質問紙に記入後、個別に返信用封筒に封入し郵送にて返信を依頼した。

調査期間は2010年8月下旬から、10月中旬までであった。

6. 分析方法

分析には統計ソフトSPSS version18.0 J for Windowsを使用し統計の専門家のスーパーバイズを受けた。解析における有意水準は5%とした。

各変数の基本統計量を算出した後、尺度の因子構造の確認および信頼性と妥当性を検証した。

自律性と協働性に影響する要因を明らかにするために、Bonferroni法による多重比較を行い変数間の関係を分析した。また、分娩介助経験件数、助産師経験年数、現職場の勤続年数に関しては中央値を境に、件数または年数が[少(または短)群], [多(または長)群]の2群に分けt検定を行った。

次に、院内助産・助産外来従事の有無別による自律性及び協働性への影響を明らかにするために研究協力者を[院内助産に従事している者(以下、院内助産従事群)], [助産外来に従事している者(以下、助産外来従事群)], [どちらにも従事していない者(以下、従事していない群)]の3群に分けBonferroni法による多重比較を行った。この3群間においては χ^2 検定、Fisherの直接確立法、Bonferroni法による多重比較を用いて、年代・職位・分娩介助経験件数・助産師経験年数・現職場の勤続年数において有意差はないことを確認した。

最後に、自律性と協働性との関係性を検証するために自律性各下位尺度得点から25パーセンタイル、75

パーセンタイルを境として自律性が[低群], [中群], [高群]の3群に分け, Bonferroni法による多重比較を行った。

7. 倫理的配慮

研究依頼文書に, 研究協力は任意であること, 匿名性は守られること, 情報は学術目的以外には使用しないことを明記した。質問紙は無記名とし, 個別郵送回収とした。質問紙の返送をもって研究協力の同意が得られたこととした。

なお, 本研究は2010年度茨城県立医療大学倫理委員会の承認を得てから実施した(承認番号389)。

IV. 結 果

1. 質問紙の回収率

研究協力者の了承を得られた150施設に勤務する助産師972人に質問紙を配布した結果, 返信があったのは622人(回収率64.0%)であった。分析に使用したデータは回答に不備のない助産師578人(有効回答率59.5%)である。

2. 研究協力者の背景

助産師の平均年齢は39.0歳, 年代別では30代と40代で6割以上を占めた。平均助産師経験年数は13.8年, 現職場での平均勤続年数は8.9年, 平均分娩介助経験件数は575.6件であった。職位は一般スタッフが7割以上であった。

研究協力者の就業施設は, 総合病院と診療所で9割以上を占めた。年間の分娩件数は200~299件が最多で, 200~399件前後の施設が多かった。勤務している平均常勤助産師数は12.1人, 平均常勤産科医師数は3.0人であった。

助産外来は54.7%, 院内助産は14.2%の施設で開設されていた。

3. 助産師の専門職的自律性

1) 尺度の妥当性と信頼性

質問項目47に天井効果がみられたため, これを除外し46項目とした。

本調査では, 対象を助産師に限定し, 質問紙の文言を一部修正しているため, 46項目において因子分析を行い因子構造の確認を行なった。その結果, スクリーンプロット, 固有値, 累積寄与率を基準として3因子構

造が妥当であると判断した。3因子構造と仮定し, 再度因子分析を行った結果(表2), 尺度全体の共通性は0.33~0.64, 因子負荷量はすべて0.4以上であった。それぞれの項目の所属も明確で解釈も可能であるため, 46項目3因子で以後の信頼性の検討を行った。抽出された項目の属性は, 菊池・原田(1997)の報告と異なったため, 第Ⅰ因子「助産ケア臨床的判断・実践能力(以下, 臨床的判断・実践能力)」, 第Ⅱ因子「助産ケア認知能力(以下, 認知能力)」, 第Ⅲ因子「助産ケア自立的判断能力(以下, 自立的判断能力)」と新たに命名した。

尺度全体のCronbachの α 係数は0.97で, 下位尺度は第Ⅰ因子0.97, 第Ⅱ因子0.90, 第Ⅲ因子0.81と全体的に高い値を示した。

2) 助産師の専門職的自律性に影響する要因(表3)

(1) 年齢

臨床的判断・実践能力において20代と他の群, 認知能力では20代と40代以上の群との間で有意差を認め, 年齢の高い方が臨床的判断・実践能力と認知能力は高い傾向にあった。

(2) 職位

師長・副師長群はスタッフ群と比較して自律性が高かった。また, 臨床的判断・実践能力及び認知能力では師長・副師長群は主任群と比較して有意に高かった。

(3) 分娩介助経験件数

すべてにおいて1~100件群と301~500件群以上の群との間に有意差を認めた。臨床的判断・実践能力及び認知能力では101~300件群と301~500件群以上の群との間に有意差を認めた。また, 中央値(300件)を境に[少群]と[多群]の2群分けt検定を行った結果, [多群]の自律性が有意に高かった。

(4) 助産師経験年数

臨床的判断・実践能力及び自立的判断能力において, 3~5年目群と他の群との間で有意差を認めた。認知能力では, 3~5年目群と11~20年目群以上の群との間で有意差を認めた。また中央値(12年目)を境に[短群]と[長群]の2群に分けt検定を行った結果, すべてにおいて[長群]の自律性が高かった。

(5) 現職場の勤続年数

臨床的判断・実践能力において, 3~5年目群と11~20年目群以上の群との間で有意差を認めた。また中央値(7年目)を境に[短群]と[長群]の2群に分けt検定を行った結果, 臨床的判断・実践能力, 自立的判断能力において[長群]が有意に高かった。

表2 助産師の専門職的自律性尺度；因子分析結果

N = 578

助産師の専門職的自律性項目		因子パターン			共通性
		I	II	III	
第Ⅰ因子：助産ケア臨床的判断・実践能力 (α=0.97)					
16)	私は母子の急激な生理的变化(出血, 意識喪失など)に対応することができる (2)	0.84	-0.07	-0.08	0.56
17)	私は手際よく助産ケアができる (2)	0.81	-0.03	-0.03	0.60
29)	私は母親の多くの情報から必要な助産ケアを選択することができる (3)	0.81	0.02	-0.05	0.64
15)	私は緊急時にも落ち着いて助産ケアを行うことができる (2)	0.80	-0.08	-0.04	0.53
32)	私は突然の母親の生理的变化(血圧上昇, 悪寒など)に応じて助産ケア方法を変更できる (3)	0.79	-0.06	-0.01	0.54
22)	私は助産ケアの優先的順位を立てて計画的に1日を過ごすことができる (2)	0.77	-0.09	0.05	0.54
27)	私は助産ケアを常に創意工夫することができる (2)	0.76	0.04	-0.09	0.55
23)	私は母親の個性性を考慮した助産ケアを実践することができる (2)	0.75	-0.03	0.08	0.60
34)	私は助産ケア方法を自分一人で選択できる (3)	0.75	-0.06	-0.01	0.49
36)	私は助産ケアモデルを用いて助産ケア方法を決定することができる (4)	0.75	-0.09	0.02	0.48
30)	私は母親の心理的変化(不安, 怒り, 焦りなど)に応じて助産ケア方法を選択できる (3)	0.74	0.07	-0.03	0.60
19)	私は母親の突然の求めにも躊躇せずに応じることができる (2)	0.73	-0.03	0.06	0.55
31)	私は母親のニーズに一致した助産ケアを選択することができる (3)	0.72	0.05	-0.03	0.55
24)	私は助産ケアの際に必要な物品を過不足なく準備できる (2)	0.71	-0.02	-0.04	0.46
14)	私は助産ケアに必要な情報を直ぐに集めることができる (1)	0.70	0.03	0.00	0.52
33)	私は母親の多くの問題の中から最も優先すべき問題を選択できる (3)	0.70	0.07	0.03	0.59
18)	私は母親が落ち着いて助産ケアが受けられるよう常に配慮ができる (2)	0.67	0.02	0.05	0.52
21)	私は他職種(医師, 看護師など)と連携を上手にとることができる (2)	0.66	0.07	-0.03	0.49
35)	私はカンファレンスで母子の問題を主体的に提供することができる (3)	0.64	-0.09	0.15	0.46
38)	私は将来起こるであろう問題に向けて助産ケア方法を選択できる (4)	0.64	0.19	-0.02	0.62
37)	私は看護研究の結果など最新の情報を活用し助産ケアを決定できる (4)	0.63	0.03	-0.03	0.40
28)	私は母親の社会的適応を促進するための指導ができる (2)	0.61	0.22	-0.05	0.58
42)	私は母親の症状や検査結果を統合して適切な助産ケア方法を選択できる (4)	0.61	0.14	0.05	0.57
39)	私は母子の変化(結果)を予測して助産ケアを選択することができる (4)	0.58	0.21	0.03	0.59
26)	私は母親の医療に対する不自信や不安を十分な説明を行うことにより和らげられる (2)	0.58	0.13	0.05	0.49
20)	私は母親の社会生活に配慮した助産ケアができる (2)	0.56	0.25	0.03	0.60
41)	私は立案した助産ケア計画はいつもスタッフの承認が得られる (4)	0.56	0.05	0.11	0.45
25)	私は母親の情動の変化(怒り, 悲しみなど)に対処することができる (2)	0.54	0.27	0.01	0.59
40)	私は十分な情報がなくても現在の状況から適切な助産ケアを推測できる (4)	0.54	0.21	-0.01	0.49
13)	私は母親の検査結果と症状との関連を理解することができる (1)	0.53	0.11	0.03	0.41
第Ⅱ因子：助産ケア認知能力 (α=0.90)					
8)	私はこれまでの経過から母親の今後の行動を予測することができる (1)	-0.04	0.79	-0.08	0.52
6)	私は母親の言動から性格や生活習慣を読み取ることができる (1)	-0.03	0.75	-0.03	0.51
2)	私は母子に将来起こるであろう危機を予測することができる (1)	0.02	0.72	-0.12	0.47
4)	私は母親が内心抱いている不安を状況から推測することができる (1)	0.00	0.68	0.03	0.49
5)	私は母親の価値観を十分に理解することができる (1)	0.01	0.67	-0.04	0.44
3)	私は助産ケアが母子に及ぼす身体的影響を予測することができる (1)	0.05	0.63	-0.06	0.40
7)	私は母親の心理的問題を母親から直接聞き出すことができる (1)	0.01	0.61	0.09	0.45
10)	私は母親の言動と感情の不一致を理解することができる (1)	-0.04	0.61	0.10	0.41
1)	私は助産ケアが母親に及ぼす心理的影響を予測することができる (1)	0.01	0.61	0.02	0.40
9)	私は母親のニーズに直ぐに気づくことができる (1)	0.15	0.59	0.01	0.51
11)	私は母親の言動に共感的理解を示すことができる (1)	-0.06	0.50	0.19	0.33
12)	私は母親の意識レベルの変化を正確に把握することができる (1)	0.18	0.45	0.07	0.40
第Ⅲ因子：助産ケア自立的判断能力 (α=0.81)					
44)	私は母親の言動に惑わされて適切な助産ケア方法を選択できない (逆) (5)	-0.03	0.04	0.79	0.63
43)	私は母親が心情を表現してこないと精神的援助を計画できない (逆) (5)	-0.14	0.07	0.72	0.47
45)	私は他者の助言を受けなければ助産ケア方法を選択することができない (逆) (5)	0.16	-0.07	0.69	0.57
46)	私は母親の意志を尊重せずに助産ケア方法を選択してしまう (逆) (5)	0.08	-0.06	0.65	0.44
因子間相関		I	1.00		
		II	0.74	1.00	
		III	0.58	0.52	1.00
		累積寄与率 (%)	51.30		

全体のChronbachの α 係数=0.97

因子抽出法：主因子法, プロマックス回転

因子負荷量0.4以上を太字で記載

※ 項目の末尾の括弧内の数字は, 看護師の専門職的自律性尺度の構成概念の下位概念を示している ;

(1) 認知能力, (2) 実践能力, (3) 具体的判断能力, (4) 抽象的判断能力, (5) 自立的判断能力

※ 項目の末尾の(逆)は, 逆転項目

(6) 院内助産従事の有無

臨床的判断・実践能力について[院内助産従事群]
は[従事していない群]と比較して臨床的判断・実践
能力が有意に高かった。

4. 助産師の産科医師との協働

1) 尺度の妥当性と信頼性

本調査では, 対象を助産師とし, 質問紙の文言を一部修正しているため, 開発者と同じ手順で尺度の妥当性と信頼性を検証した。

表3 自律性に影響する要因

項目		助産ケア臨床的判断・実践能力		助産ケア認知能力		助産ケア自立的判断能力	
		平均値 ± SD					
年代		N=570					
20代 (24-29)	n =104	97.27 ± 13.90		41.30 ± 5.13		15.28 ± 2.69	ns
30代 (30-39)	n =211	106.67 ± 14.64	***	42.53 ± 5.24	*	15.63 ± 2.33	
40代 (40-49)	n =163	110.55 ± 16.71	***	43.39 ± 5.45		15.93 ± 2.29	
50代以上 (50-69)	n = 92	113.29 ± 17.56	***	43.78 ± 5.72	**	15.85 ± 2.32	
職位		N=572					
師長・副師長	n = 43	120.35 ± 12.64		46.30 ± 3.98		16.56 ± 2.57	*
主任	n = 86	111.15 ± 16.96	***	43.52 ± 5.87	***	16.07 ± 2.26	
スタッフ	n =443	105.03 ± 15.91	**	42.21 ± 5.29		15.52 ± 2.38	
分娩介助経験件数		N=493					
1～100件	n = 74	96.14 ± 13.12		40.65 ± 5.30		14.81 ± 2.32	***
101～300件	n =193	103.74 ± 15.86	***	41.79 ± 5.66	**	15.52 ± 2.46	
301～500件	n = 96	111.76 ± 16.81	***	43.92 ± 5.19	***	16.01 ± 2.20	
501～1000件	n = 90	111.68 ± 12.66	*	43.78 ± 4.24		16.03 ± 2.07	
1001件以上	n = 40	119.95 ± 18.10	*	46.01 ± 5.39		16.63 ± 2.88	
※ 少群 (300件以下)	n =267	101.63 ± 15.51		41.48 ± 5.57		15.33 ± 2.44	***
多群 (301件以上)	n =226	113.13 ± 15.80	***	44.23 ± 4.92	***	16.13 ± 2.29	
助産師経験年数		N=573					
3～5年	n = 94	96.30 ± 12.88		40.57 ± 5.38		14.77 ± 2.23	***
6～10年	n =155	104.83 ± 14.83	***	42.13 ± 5.05	***	15.65 ± 2.56	
11～20年	n =199	109.69 ± 16.00	*	43.37 ± 5.26		15.90 ± 2.30	
21年以上	n =125	113.92 ± 16.99	***	44.02 ± 5.67		16.10 ± 2.32	
※ 短群 (12年目以下)	n =303	102.63 ± 14.59		41.81 ± 5.12	***	15.42 ± 2.46	**
長群 (13年目以上)	n =270	112.12 ± 16.98	***	43.73 ± 5.60		15.99 ± 2.29	
現職場の勤続年数		N=569					
3年未満	n = 84	105.33 ± 14.51		43.15 ± 5.97		15.63 ± 2.33	ns
3～5年	n =169	103.01 ± 15.02		41.88 ± 4.89		15.17 ± 2.27	
6～10年	n =138	107.67 ± 15.39	***	43.08 ± 4.88		15.81 ± 2.62	
11～20年	n =132	111.22 ± 17.06	**	43.24 ± 5.55		16.14 ± 2.25	
21年以上	n = 46	112.37 ± 22.72		42.48 ± 7.28		16.11 ± 2.51	
※ 短群 (7年目以下)	n =311	104.02 ± 14.95		42.39 ± 5.20		15.49 ± 2.43	ns
長群 (8年目以上)	n =258	110.91 ± 17.63	***	43.13 ± 5.71		15.95 ± 2.35	
院内助産・助産外来従事の有無		N=563					
院内助産従事群	n = 63	111.73 ± 14.92		44.06 ± 5.28		16.08 ± 2.36	ns
助産外来従事群	n =175	107.07 ± 17.36	*	42.43 ± 5.85		15.77 ± 2.52	
従事していない群	n =325	105.95 ± 16.21		42.56 ± 5.26		15.54 ± 2.36	

検定法 ※：独立したt検定，その他はBonferroni法による多重比較
 *： $p < .05$ ，**： $p < .01$ ，***： $p < .001$ ，ns：Not statistically significant

まず，協働の臨床的要素を測定する質問6項目にて回転のない主成分分析を行った。その結果，既存尺度同様1因子が抽出された。

次に，基準関連妥当性として，全体的な協働量と協働の臨床的要素の合計得点との相関係数を算出した。Pearsonの積率相関係数0.78 ($p < .001$)と強い相関関係を認め，既存尺度と同様の結果を得た。構成概念妥当性として協働の臨床的要素の合計得点と意思決定における満足度の合計得点との相関係数を算出した。Pearsonの積率相関係数は0.70 ($p < .001$)と強い相関関係を認め，既存尺度と同様の結果を得た。以上より，妥当性は確保できたと考える。

協働の臨床的要素6項目のCronbachの α 係数は0.88，尺度全体のCronbachの α 係数は0.92と高い値を示した。

以後の分析では，質問1～7の合計点を「協働量」，質問8，9の合計点を「満足度」，尺度全体の合計点を

「CSACD総得点」と命名し分析を行う。

2) 助産師の産科医師との協働に影響する要因 (表4)

(1) 職位

師長・副師長群はスタッフ群と比較して協働性が高かった。また，協働量，CSACD総得点では師長・副師長群は主任群より得点が高かった。

(2) 分娩介助経験件数

分娩介助経験件数では，協働量及びCSACD総得点で1001件以上群と1～100件群，101～300件群との間で有意差を認めた。また，中央値を境に2群に分けて検定を行った結果，[多群]の協働性が高かった。

(3) 院内助産従事の有無

[院内助産従事群]は[従事していない群]と比較して協働量が高かった。

表4 協働性に影響する要因

項目	協働量		満足度		CSACD総得点
	平均値 ± SD				
職位	N =572				
師長・副師長	n = 43	35.58 ± 8.48	* **	10.30 ± 2.48	44.88 ± 10.65
主任	n = 86	30.49 ± 8.40		9.38 ± 2.32	39.87 ± 9.89
スタッフ	n=443	30.63 ± 8.34		9.24 ± 2.43	39.88 ± 10.26
分娩介助経験件数	N =493				
1～100件	n = 74	29.46 ± 8.29	* *	8.91 ± 2.44	38.36 ± 10.26
101～300件	n =193	30.45 ± 7.73		9.19 ± 2.26	39.64 ± 9.50
301～500件	n = 96	31.70 ± 8.91		9.26 ± 2.64	40.96 ± 11.14
501～1000件	n = 90	31.87 ± 8.40		9.70 ± 2.34	41.57 ± 10.27
1001件以上	n = 40	34.70 ± 9.12		10.03 ± 2.54	44.73 ± 10.60
※少群 (300件以下)	n =267	30.17 ± 7.89	**	9.11 ± 2.31	39.28 ± 9.72
多群 (301件以上)	n =226	32.30 ± 8.78		9.57 ± 2.53	41.87 ± 10.74
院内助産・助産外来従事の有無	N =563				
院内助産従事群	n = 63	33.10 ± 7.73	*	9.78 ± 2.44	42.87 ± 9.76
助産外来従事群	n =175	31.01 ± 8.19		9.37 ± 2.38	40.38 ± 10.06
従事していない群	n =325	30.29 ± 8.66		9.24 ± 2.46	39.53 ± 10.54

検定法 ※：独立した *t* 検定，その他は Bonferroni 法による多重比較

*： $p < .05$ ，**： $p < .01$ ，ns：Not statistically significant

5. 助産師の専門職的自律性と産科医師との協働 (表5)

臨床的判断・実践能力では，すべてにおいて〔低群〕と〔中群〕，〔高群〕との間で有意差を認めた。協働量と CSACD 総得点では〔中群〕と〔高群〕の間で有意差を認めた。認知能力では，協働量及び CSACD 総得点で，〔低群〕と〔中群〕，〔高群〕との間で有意差を認めた。自立的判断能力では，すべてにおいて〔低群〕と〔高群〕の間で有意差を認め，協働量及び CSACD 総得点では〔中群〕と〔高群〕の間で有意差を認めた。

以上の結果から，臨床的判断・実践能力，認知能力，自立的判断能力が高い群はそれぞれ協働性が高いことを示した。

V. 考 察

1. データの適切性

本調査の対象は無作為抽出した病院・診療所に勤務する助産師経験年数3年以上の常勤助産師である。年齢については，20代が18.0%，30代が36.5%，40代が28.2%と全国年齢階層別就業助産師数 (20代23.3%，30代30.6%，40代26.0%) と近似している。就業場所についても，診療所が21.3%，病院が78.3%と全国助

表5 自律性の程度と協働性

N = 578

自律性尺度		協働性尺度		
協働量		満足度	CSACD 総得点	
臨床的判断・実践能力		平均値 ± SD		
低群 (96点以下)	<i>n</i> =148	27.76 ± 8.39	8.79 ± 2.18	36.55 ± 9.83
中群 (97～117点)	<i>n</i> =283	30.93 ± 7.85	9.41 ± 2.38	40.34 ± 9.73
高群 (118点以上)	<i>n</i> =147	33.93 ± 8.46	9.83 ± 2.66	43.76 ± 10.65
認知能力				
低群 (39点以下)	<i>n</i> =152	28.51 ± 8.37	9.05 ± 2.20	37.57 ± 9.92
中群 (40～45点)	<i>n</i> =238	31.16 ± 7.80	9.50 ± 2.23	40.66 ± 9.54
高群 (46点以上)	<i>n</i> =188	32.45 ± 8.86	9.42 ± 2.80	41.87 ± 11.14
自立的判断能力				
低群 (14点以下)	<i>n</i> =172	28.81 ± 7.79	8.97 ± 2.17	37.78 ± 9.35
中群 (15～16点)	<i>n</i> =212	30.15 ± 8.47	9.28 ± 2.33	39.43 ± 10.26
高群 (17点以上)	<i>n</i> =194	33.52 ± 8.29	9.78 ± 2.69	43.30 ± 10.46

検定法：Bonferroni 法による多重比較

*： $p < .05$ ，**： $p < .01$ ，***： $p < .001$ ，ns：Not statistically significant

産師就業場所(診療所25.1%, 病院61.9%)と近似しており、データは概ね母集団よりまんべんなく収集できたと考える(日本看護協会出版会, 2011)。ただし、対象は全ての県から抽出することができなかったという限界はある。データ数は有効回答数が587と全国常勤助産師数の3.2%を把握したにすぎないが、統計学的検証をするには十分な数であったと考える。

2. 助産師の専門職的自律性を育む要因

1) 年数(時間)の蓄積

年齢の高い方が自律性は高い傾向にあることが示され、これは看護師を対象とした菊地・原田(1997)の結果と同じである。また、本調査では30代を境に臨床的判断・実践能力が急激に高まっていた。菊地・原田(1996)は「職業上の主体性や自立性を高めていくためには看護職として10年以上の臨床経験が必要である」と述べており、助産師にも同様の傾向があることが示されたと考える。

助産師経験年数が長い方が自律性は高いことが示され、これは看護師を対象とした結果(菊地・原田, 1996; 菊地・原田, 1997; 小谷野, 2001; 大島, 2000; 辻・竹田・伊良部, 2004; 友澤, 2006)及び、菊池, 原田により開発された看護師の専門職的自律性測定尺度を使用して助産師の自律性を検証した望月・湯舟・石原(2008)の結果と同様であった。菊地・原田(1997)が「看護経験の多い看護職ほど自分の置かれた状況を正しく理解し、具体的な情報や理論・法則に基づいて、適切な看護を実践できる」と報告しているように、助産師も経験年数の蓄積とともに、自律した助産ケアを提供できる専門職に近づくことが示唆された。

現職場の勤続年数が長い方が、臨床的判断・実践能力が高い傾向にあることが示された。同じ職場に長期にわたって従事し、職場環境に順応することが、自律性を高める要因の一つであることが推察される。

このように、本調査では自律性を育む要因として年齢に伴う臨床経験の蓄積が関わっている可能性が示唆された。一般的に、人間は年齢を重ねることで学習や経験が蓄積される。また、「一つの専門性を身につけるためには1万時間、つまり1日3時間を10年間続けることが必要である(Rothman, 2010)」と言われており、助産師が専門職としての自律性を育むためには何千時間もの実践と経験を積むことが必要であると考えられる。

2) 責任の付与

職位の高い者は低い者に比べて自律性の得点は高い傾向であった。これは看護師を対象とした調査結果(菊地・原田, 1997; 辻, 2004)と同様であり、助産師も職位を与えられ、より大きな責任や統制力をもつことが、自律性を高める要因の一つになっていることが示唆された。

3) 助産実践経験の蓄積と経験の質

分娩介助経験件数が多い方が自律性は高いことが認められた。また、全ての下位尺度において1~100件群と他の群との差が顕著であり、分娩介助経験件数100件が自律性の高まる境界点の一つであることが示唆された。渡邊・遠藤・鈴木他(2010)らは助産師が感じる未熟感に影響する要因の一つとして、分娩介助経験件数が100件以下であることを報告している。未熟感は裏返すと自信を持ってないということである。助産師の業は「助産」そのものであり、自律性を育むためには、分娩介助に自信を持てるようになる必要性がある。

院内助産に従事している助産師は臨床的判断・実践能力が高いことが明らかとなった。院内助産では殊に、ローリスクの分娩は助産師により行われる。院内助産を実践する助産師は、自らが母子に必要なケアを判断し実践する能力が高く、助産師としての専門性をより発揮できている傾向があると考えられる。また、前述したように分娩を自らの責任で行うという「責任をもつ」ことが、助産師としての自律性を育成することにつながっているのではないかと考える。しかし、院内助産に従事している助産師には、自律した助産師を志向する動機付けの高さと自己研鑽の相乗効果も考えられ、本調査ではそのような個々の自律性の獲得過程については検討していないため横断的調査の限界であると考えられる。

本調査では、助産外来従事の有無は自律性に影響を及ぼしていなかった。考えられる要因として、助産外来は施設によってパターンが異なることや、妊婦健診時に行われる保健指導を助産外来と称する施設もあり、助産外来の解釈が研究協力者によって曖昧だった可能性が考えられる。

3. 助産師の産科医師との協働関係を強化する要因

1) リーダーとしての能力

職位をもつ助産師は協働性が高いことが示された。松下(1995)は看護師長のリーダーに求められる能力

特性としてコンピテンシー・アプローチ(対人関係における繊細さ、気配り、グループマネジメント、専門的能力、人材開発、指揮監督)を挙げている。役職をもつ者はこうした対人関係における能力が高く、医師とスタッフ全体との関係性を築く懸け橋としての役割を担うため、産科医師とのよりよい協働関係が構築されているのではないかと考える。よって、産科医師との協働関係を強化するためには、組織のリーダーとしての対人関係能力の育成が必要である。

2) 助産実践経験の蓄積と経験の質

分娩介助経験件数が多い方が協働性は高いことが示された。本調査では協働性を測定する場面として分娩時の会陰切開施行例を設定した。分娩介助の経験を重ねることで、「助産」における判断能力や技術は向上し、自律性でも述べたように助産師としての自信を持つことができるようになる。その結果、会陰切開時の意思決定をただ産科医師に委ねるのではなく、自ら考え、産科医師とともに検討する力が備わっていくのではないかと考える。

院内助産に従事している助産師は協働量が高いことが明らかとなった。院内助産では正常から異常への逸脱時には、産科医師とのスムーズな連携が求められる。協働量には、協働に必要な6つの臨床的要素が含まれており、院内助産に従事する助産師は産婦の希望を尊重し、医師と連携しながら、専門職としての能力をより発揮できていると推察する。

4. 助産師の専門職的自律性と産科医師との協働

自律性が高い方が協働性も高いことから自律性と協働性との関連が認められ、助産師と産科医師の協働関係を確立していくためには助産師の自律性が重要な要因の一つであり、助産師自身が自律性を強化していく必要性が示唆された。看護師と医師との協働に関する研究では、協働を実現するためには、看護職の自律性及びアサーティブネスの向上が必要であること(長澤, 2001)、また、協働の阻害要因として看護師自身の自律的態度の希薄さ(宇城・中山, 2006)、看護師間の実践能力格差の存在(山口・佐野・服部他, 2005)が報告されている。よって、助産師においても同様の傾向があると考えられる。

助産師の自律性を強化することが産科医師とのよりよい協働関係を構築する鍵の一つであることから、「母子の幸せ」を守るマタニティケアシステムを創り上げていくためには助産師自らもより自律的に変革し

ていくことが求められるのではないだろうか。

5. これからのマタニティケアシステム

本調査の結果から、院内助産に従事している助産師は母子を中心としたマタニティケアに必要な要因とされる自律性及び協働性が高い傾向にあることが明らかにされた。このことから有効なマタニティケアシステムの構築には、専門的に自律し、他の職種との協働ができる助産師の活用が有用であることが示唆された。

長年WHOの母子保健局長を担当したWagner(2002)は「助産モデルが医学モデルと組み合わせられることで、もっとも現代的かつ最良のマタニティケアシステムが、また女性と新生児にとって最良の転帰がもたらされることになる。」と述べている。助産師と産科医師が共に手を取り合うことで、わが国における現代的かつ最良のマタニティケアシステムが構築され、日本中の母子の幸に貢献することができるのではないだろうか。

6. 本研究の限界と今後の課題

本研究では、助産師の自律性の測定に看護師の専門職的自律性尺度を用いたが、同様の研究は少なく、同じ尺度を使用していても対象及び因子構造が異なったため他の研究と比較検討することができなかった。助産師の自律性をより明確にするためには、今後看護師の自律性を含めた他の研究と比較検討することも重要であると考えられる。

助産師と産科医師の協働については、今回は助産師側からみた協働の認識を把握したに過ぎない。産科医師とは協働の認識が異なっている可能性もあり、医師側との認識の差異を検討していくことが今後の課題である。また、国内外においてCSACDを用いて助産師と産科医師の協働を測定した先行研究がないため、他の研究と比較検討することができなかった。しかし、助産師と産科医師との協働を信頼性のある尺度を用いて測定した調査は初めてであり、今後の本分野の研究の発展に寄与することができたのではないかと考える。

本研究では、助産師と産科医師との協働を測定する一場面として会陰切開における意思決定場面を選択した。しかし、協働の概念は複雑多岐であり、本調査では協働の一側面を把握したに過ぎない。今後は助産師と産科医師との協働をより多面的に捉えた調査を行っていく必要がある。

VI. 結 論

本研究において、以下のことが明らかになった。

1. 助産師の専門職的自律性について
 - 1) 年齢が高い方が自律性は高い傾向にある。
 - 2) 職位が高い方が自律性は高い傾向にある。
 - 3) 分娩介助経験件数が多い方が自律性は高い。
 - 4) 助産師経験年数、現職場の勤続年数が長い方が自律性は高い。
 - 5) 院内助産に従事している助産師は自律性が高い傾向にある。
2. 助産師と産科医師の協働について
 - 1) 職位をもつ助産師は協働性が高い。
 - 2) 分娩介助経験件数が多い方が協働性は高い。
 - 3) 院内助産に従事している助産師は協働性が高い傾向にある。
3. 助産師の専門職的自律性と助産師と産科医師の協働について
 - 1) 自律性が高い者が協働性は高く、自律性と協働性には関連がある。

謝 辞

研究にご協力いただいた助産師の皆様、施設管理職の皆様、都道府県庁職員の皆様、看護師の専門職的自律性尺度の使用を快諾していただきました東京女子医科大学の菊地昭江准教授、CSACDの使用に快諾していただき、バックトランスレーションの過程において幾度に渡り貴重なご助言をくださいましたOregon Health & Science UniversityのJudith Gedney Baggs教授に深く感謝申し上げます。また、研究をご指導いただきました茨城県立医療大学の岩井浩一教授に心より感謝申し上げます。

なお本研究は、2010年度茨城県立医療大学大学院博士前期課程に提出した修士論文を一部加筆、修正したものである。

引用文献

- Baggs, J.G. (1994). Development of an instrument to measure collaboration and satisfaction about care decisions, *Journal of Advanced Nursing*, 20, 176-182.
- 濱松加寸子 (2000). 病院における助産婦活動の現状と問題点. 母性衛生, 41(4), 483-491.
- 濱松加寸子 (2003). 医療技術の発達が出産のあり方に与えた影響 (第1報)—出産と医師・助産師の役割および

- 協力関係の比較. 日本看護医療学会雑誌, 5(1), 53-60.
- 池ノ上克 (2009). 助産師と産科医の協働の推進に関する研究. 厚生労働科学研究補助金 (平成20年度厚生労働省科学特別研究事業) 総括・分担研究報告書, 1-17.
- Keating, A., & Fleming, V.E. (2009). Midwives' experiences of facilitating normal birth in an obstetric-led unit: a feminist perspective. *Midwifery*, 25(5), 518-527.
- 菊地昭江, 原田唯司 (1996). 看護の専門職的自律性の測定に関する一研究. 静岡大学教育学部研究報告 (人文・社会科学編), 47, 241-254.
- 菊池昭江, 原田唯司 (1997). 看護専門職における自律性に関する研究—基本的属性・内的特性との関連. 看護研究, 30(4), 23-35.
- 岸田泰子, 上野繁子, 春日和代, 名原千穂, 菱本敏美, 藤原由美他 (2007). A県における助産師の自立した助産ケアを行う体制作りのための基礎調査. 日本看護学会論文集: 母性看護, 38, 80-82.
- 近藤良子 (2007). 助産師の自律ケアシステム構築過程における障壁要因と成功要因. 日本助産学会誌, 20(3), 81.
- 小谷野康子 (2001). 看護専門職の自律性に影響を及ぼす要因の分析—急性期病院の看護婦を対象にして. 聖路加看護大学紀要, 27, 1-8.
- Larsson, M., Aldegarmann, U., & Aarts, C. (2009). Professional role and identity in changing society: Three paradoxes in Swedish midwives' experiences. *Midwifery*, 25(4), 373-381.
- 松井豊編 (2001). 心理測定尺度—心の健康をはかる「適応・臨床」. 328-334, 東京: サイエンス社.
- 松下博宣 (1995). 看護経営学 (第2版). 223-224, 東京: 日本看護協会出版会.
- 望月千夏子, 湯舟邦子, 石原晶 (2008). 助産師の自律性—仕事に取り組む意識との関係. 日本ウーマンズヘルス学会誌, 17, 157-164.
- 村上明美, 平澤美恵子, 谷津裕子, 新田真弓, 喜多里巳 (2006). 妊産婦支援における産科医師と助産師のCollaboration (協働)—妊娠・出産の安全性と快適さを追求した施設の取り組み. 平成15年度日本助産学会研究助成金 (委託研究助成) 研究報告書, 1-35.
- 長澤利枝 (2001). 患者の問題解決に向けた他職種とのかかわりにおける看護職の発言および行動の特性. 看護管理, 11(1), 47-52.
- 日本看護協会出版会 (2011). 看護統計資料集.
<http://www.nurse.or.jp/home/publication/toukei/>

index.html [2012-12-28]

- 中林正雄 (2008). 産科医・助産師・看護師の連携—これからの周産期医療における産科医・助産師・看護師の役割—助産師の新しい役割を中心として. *周産期医学*, 38(3), 257-259.
- 大島千佳 (2000). 看護職の専門職自律性に影響を及ぼす要因—キャリア形成過程からの検討. *神奈川県立看護教育大学校看護教育研究集録*, 25, 322-329.
- Rothman, B.K. (2010) / 大久保雅彦訳 (2010). 次世代の助産師を育てる—Raising the Next Generation of Midwives. *日本助産学会誌*, 24(1), 113-119.
- 進純郎 (2010). 出産の環境—多様化と変化の時代. *助産雑誌*, 64(7), 582-585.
- Smith, C., Brown, J.B., Stewart, M., Trim, K., Freeman, T., Beckhoff, C. et al. (2009). Ontario care providers' considerations regarding models of maternity care. *Journal of Obstetrics Gynaecology Canada*, 31(5), 401-408.
- 友澤永子 (2006). 看護師の臨床経験年数と「自律性」・「職務意識・職場環境」の関係. *日本赤十字看護学会誌*, 6(1), 103-109.
- 辻ちえ, 竹田千佐子, 伊良部優子 (2004). 看護の専門職的自律性に関与する要因. *聖隷クリストファー大学看護学部紀要*, 12, 27-38.
- 宇城令, 中山和弘 (2006). 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.
- Wagner, M. (1994) / 井上裕美, 河合蘭監訳 (2002). WHO 勧告にみる望ましい周産期ケアとその根拠. 大阪: メディカ出版.
- 渡邊竹美, 遠藤俊子, 鈴木幸子, 山崎圭子, 齋藤益子, 成田伸他 (2010). 助産師が感じる「未熟感」に影響する要因の検討—助産師のキャリア発達に関する研究から. *日本看護学会論文集: 母性看護*, 40, 33-35.
- 山口桂子, 佐野明美, 服部淳子, 野口明美, 浅野みどり, 森節子他 (2005). 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.