

研究Ⅱ：「米国在宅ケアシステムにおける『関係職種間連携システム』の分析と日本の在宅ケア職種間連携の検討」の結果

A：研究Ⅱの目的

専門職種間連携に関して法律として具体的に明文化している米国の「米国連邦規則」や専門職団体提供の資料を基に、米国の在宅ケアシステム下での専門職種間連携システムについて整理・分析し、わが国における専門職種間連携の際の職種役割分担法を検討する際の課題及び示唆を得ることを目的とする。

B：研究Ⅱの方法

以下の調査により得られた内容を「米国における在宅ケアシステム」「在宅ケアにおける専門職種間連携」の現状について整理・分析する。

【調査Ⅰ】

①米国における在宅ケア及び職種間連携の現状に関する聞き取り調査。

対象;訪問看護ステーション経営経験者1名(米国ペンシルバニア州において)

注) 米国では、州法による具体的な規定があるため、州によって異なる。

② わが国の看護・介護の専門職職務等に関する法律的な視点に関する聞き取り調査。

対象;法律専門家(特に医事法等)1名。

【調査Ⅱ】

以下の資料に基づく、文献調査。下記の資料は、主に、在宅ケアシステムや在宅ケアを提供する看護師及び Unlicensed Assistive Personnel(UAP)という看護資格を有しない在宅ケア従事者のあり方について記述されているものである。

資料①：Code of Federal Regulations；米国連邦規則集

[Title 42, Volume 3 Parts 430 to end] Public Health

1999年10月1日改訂 米国政府印刷局提供 (GPO Access 経由)

資料②：「ANA; The American Nurses Association」のHPに掲載している「Position Statements」

<http://www.nursingworld.org/readroom/position/uap/uapuse.htm>

資料③：「NCSBN; National Council of State Boards of Nursing」のHPに掲載されている「Nursing Regulation: Delegation and UAP Issues」

http://www.ncsbn.org/regulation/uap_delegation_documents

[delegation.asp](http://www.ncsbn.org/regulation/uap_delegation_documents)

資料④：「NCSBN; National Council of State Boards of Nursing」のHP

<https://www.ncsbn.org/314.htm> に掲載している

「Working with Others: Delegation and Other Health Care Interfaces」

https://www.ncsbn.org/Working_with_Others.pdf

資料⑤：「TAANA; The American Association of Nurse Attorneys」のHPに掲載している「News & Events: Unlicensed Assistive Personnel(UAP)」
2006.8

尚、本研究は青森県立保健大学倫理審査委員会の承認を受けて実施している。

C：研究Ⅱの結果

聞き取り調査、及び文献調査により、米国在宅ケアシステム及びそのケアシステムにおける職種間連携の詳細な方法について、以下の通り整理・分析した。特に、米国の在宅介護機関である Home Health Agency(以下、HHA と称す)が米国の保険システムであるメディケアに参加するための要件についてまとめられている「米国連邦規則集」の資料データについては、本研究班の視点により、独自に図表化し、分析をしている。(注：訳の解釈は研究班独自)

また、職種間連携については連携方法及び役割分担法に加え、職能団体等関係機関による見解や適切な連携のための方策・ガイドラインについても既に報告されており、これらを参考に具体的な分析を行なった。

一方、日本においては、医療・保健・福祉のケア提供に関して、ケア提供者の役割分担に関する現状と課題を法律的な視点からまとめた。

注)以下、翻訳文については、研究班の解釈により記述しているが、固有名詞や職種名称等、正確な解釈が困難なものについては、原文に使用されている用語のまま記述している。

I．米国連邦規則にみる Home Health Agency の現状 (資料①より)

1．Home Health Agency (以下、HHA と称す)の構造・運営について

1) HHA の組織構造

HHA とは、患者への提供サービス及びケアプランの実行に責任を負う機関である。HHA の組織構造には、親機関と支部(Branch office)がある(図1)。支部は、親機関のサービス提供地域内の一部地域内でサービスを提供するための拠点である。支部は、HHA に属し、運営・監督及びサービスを共有するのに十分な近距離にある場合には、個々に HHA としての参加条件を満たす必要はない。下部機関(subdivision)とは、複数機能を備えた保健機関の構成成分(病院の在宅介護部門、保健局の看護課など)のうち、単独で HHA の参加条件を満たすものを意味する。下部組織または支部を持つ下部機関は、親機関とみなされる。

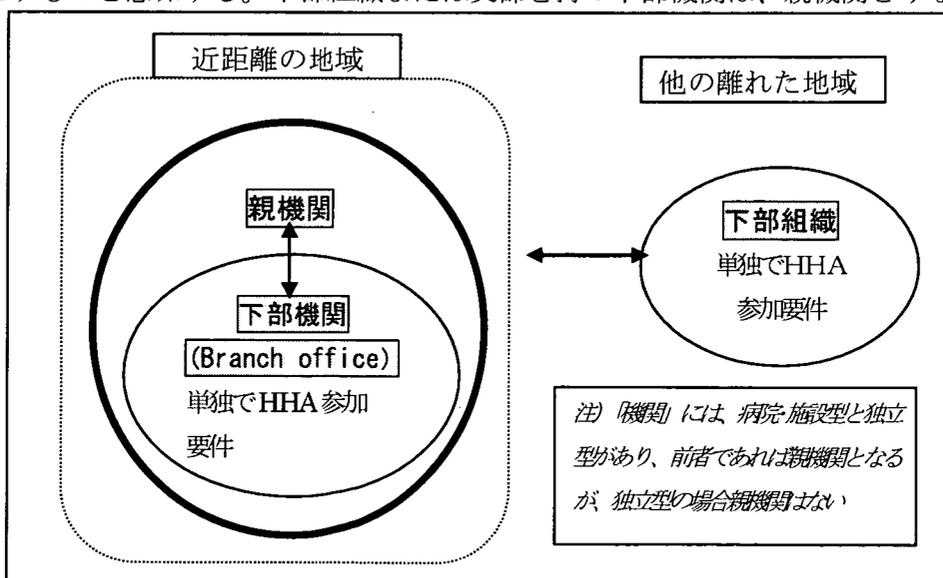


図1. HHA の組織構造

(図は、研究班の文献解釈により作成)

下部組織とは、次の要件を満たす半自立的な組織を意味する。

- 親機関とは異なる地域の患者サービスを提供していること
- 親機関は管理・監督及びサービスを毎日共有するには距離が離れすぎているため、単独で HHA の参加条件を満たすこと

組織、提供サービス、運営管理、ならびに患者ケアに至るまでの責任の委譲に関する権限系統は文書に明記している。運営および監督機能は別の機関・組織に委譲してはならず、直接提供しないサービス（下部組織を通じて提供するサービスなど）はすべて、親機関がモニタリングおよび管理を行うものとしている。HHA が下部組織をもつ場合は、各下部組織の適切な運営記録を維持管理するものとする。

2) HHA の組織計画

HHA は、運営組織の指導下で、全体計画および予算(年間運営予算、資本支出計画など)を作成することとなっている。

- 年間運営予算：一般的に受け入れられている会計原則に基づき、収支項目とみなされる項目すべての見込み収支を含めた年間運営予算を作成する。
- 資本支出計画：少なくとも 3 年間隔で作成する。一般的に受け入れられている会計原則に基づき、資本項目とみなされる各項目に対する 60 万ドルを超える見込み支出の見込み財源および目的を記載する。

全体計画及び予算は、HHA の運営組織による指導下で、運営組織の代表者、HHA の運営スタッフ及び、医療スタッフ(いる場合)からなる委員会により作成されるものである。

全体計画および予算は、この委員会により年に 1 回見直され、更新していくものである。

3) HHA の構成員(関係職種)と組織

①HHA の運営管理者

HHA の運営管理者及び任務は、以下のものに限られている。

表1. HHA運営管理者

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">○免許を持つ医師○登録看護師○保健サービスの管理運営に関する研修・実務経験を有し、なおかつ在宅介護または関連保健プログラムの監督または運営管理経験を 1 年以上有する者 |
|--|

表2. 運営管理者の任務

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">○HHA の現行機能を組織・指示すること○運営組織、専門職グループおよびスタッフ間の現行の連絡を維持すること○的確な従事者を雇用し十分なスタッフ教育および評価を保証すること○広報資料および活動の正確性を保証すること○効率的な予算及び会計制度を構築すること |
|---|

② HHA の関係職種の要件と関係

従業者の医療行為および患者ケアは、適切な人事施策書に基づいて従事することとなっている。連邦規則に規定されている職種は下記である。

表3 HHAにおける関係職種

(表は、研究班の文献解釈により作成)

- 聴覚訓練士
- Home Health Aide(ホームヘルス補助者;看護助手)
- 作業療法士・作業療法助手
- 理学療法士・理学療法助手
- 医師
- 登録准看護師(Licensed Practical Nurse;LPN)
- 保健師
- 登録看護師(RN)
- ソーシャルワーカー ・ ソーシャルワーカーアシスタント
- 言語療法士

専門看護サービスおよびその他の治療サービスは、医師または登録看護師（1年以上の経験を持つ保健師が望ましい）の監督および指示の下で提供することとなっている。医師または登録看護師または同等の資格者は、業務時間中のいつでも連絡が付き、提供される専門サービスに関連するあらゆる活動（従事者の能力開発および配置を含む）に参加することになっている。

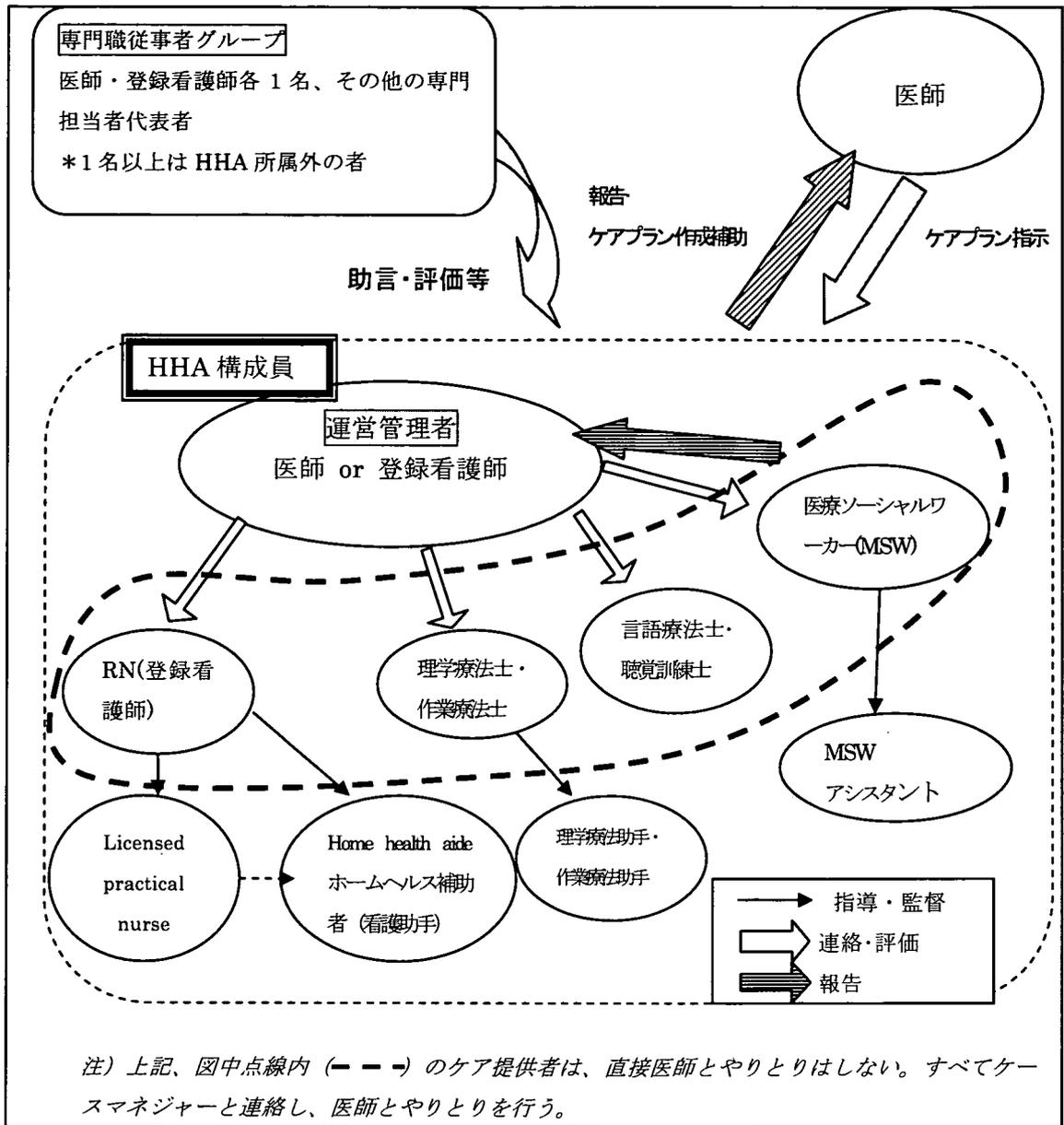


図2. HHA 構成員(関係職種)とその関連図

(図は、研究班の文献解釈により作成)

監督(supervision)：「監督(supervision)」とは、機能または活動の達成を目的として行われる、資格保有者による信頼すべき手順指導を意味する。監督者は資格を有さない従事者を監督することを前提とする。

*注) 「監督」という翻訳については、米国の規則に関する本章においてのみ使用する

専門従事者グループ：医師及び登録看護師(保健師が望ましい)各 1 名のほか、その他の専門担当者の適切な代表者で構成している。構成員のうち 1 名は、当該 HHA の所属外のものとなっている。このグループの目的は、以下である。

表4. 専門従事者グループの目的 (表は、研究班の文献解釈により作成)

- 専門的問題に関して HHA に助言を行うこと
- HHA のプログラム評価に参加すること
- 地域内の他の医療従事者との連絡の維持
- HHA の地域情報プログラムを支援すること

これらの目的に従い、HHA の提供するサービスに関する運営方針、入院および退院に関する方針、医学的監督、ケアプラン・救急医療、臨床記録・従事者の資格・プログラム評価の確認をし、年 1 回見直しをしている。専門従事者グループは頻繁に会議を開催し、内容は日付入りの議事録に記録しておくこととなっている。

③時間または訪問単位での契約従事者

HHA が時間または訪問単位での契約従事者を使用する場合には、当該従事者と HHA の間で以下の事項を規定した契約書を結ぶものとされている。

表5. 契約従事者と HHA 間の契約事項 (表は、研究班の文献解釈により作成)

- 患者は primary home health agency によるケアのみを認められているということ
- 提供すべきサービス
- 適用される HHA の全方針(職務資格を含む)を遵守する必要があること
- ケアプランの作成に参加する責任があること
- primary home health agency によるサービスの管理、連携および評価の手順
- 契約の下で提供するサービスに対する支払の手順

2. 提供サービス

1) サービスの提携

HHA は、患者の自宅として使用されている住居にて、専門的看護サービスおよび 1 種類以上のその他の治療サービス（理学、言語又は作業療法；医療社会サービス；在宅介護サービス）を訪問ベースで提供している。所定のサービス 1 種類以上は HHA の従事者が直接提供しなければならないが、2 種類目以上のサービスに関しては、別の機関または組織との提携により提供してもよいことになっている。

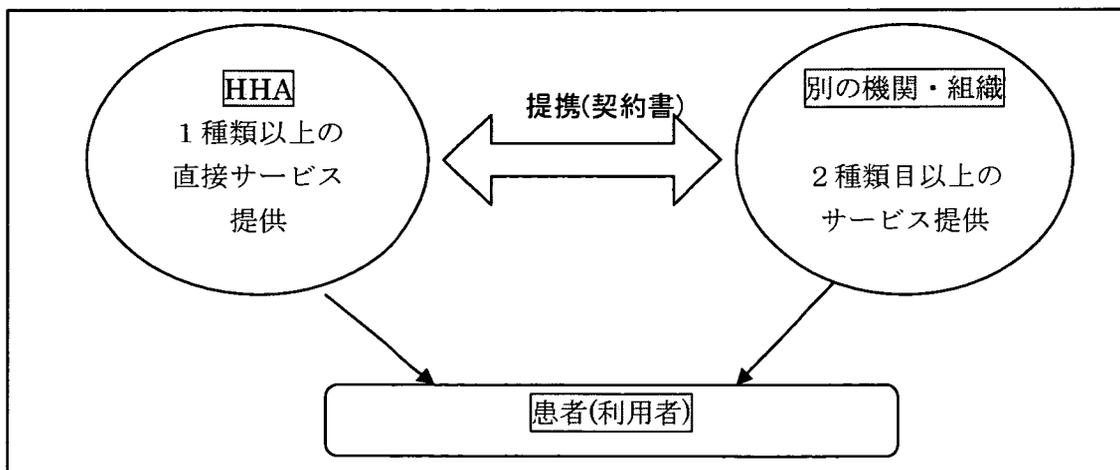


図3. 複数機関によるサービス提供

(図は、研究班の文献解釈により作成)

2) 連携によるサービスの提供

全サービス提供従事者は相互の連絡を維持し、各人の取り組みの効率的な連携を保証し、ケアプランに示された目的を支援することとなっている。臨床記録または症例検討会の議事録を通して、効率的な配置交換、報告および患者ケアの連携が図られているかが確認されている。別機関または組織との提携により提供するサービスについても契約書により具体的に決められている。

① ケアプラン作成における連携

HHA のケアはすべて、医師により作成されるケアプランに従って実施される。ケアプランは定期的に見直しされている。

ケアプランには、以下の内容が含まれている。

表6. ケアプランの項目

- 関連するすべての診断(精神状態を含む)
- 必要なサービス
- 備品の種類
- 訪問頻度
- 予後
- リハビリテーションの可能性
- 機能の制限
- 許可される活動
- 栄養所要量
- 薬剤及び治療法*
- 損傷を予防するためのあらゆる安全策
- 退院または紹介のタイミングに関する指示

*治療の指示には、使用すべき具体的手順、手段、量、頻度、期間が含まれている。

ケアプランは HHA による評価訪問が終了しないと完成しない場合には、医師に対して、当初のプランへの追加または修正を認めるよう助言することになっている。また、ケアプランの作成には療法士およびその他の HHA 従事者が参加している。

ケアプランの見直しは、主治医及び HHA 従事者により、患者の重症度に応じた頻度で行われている。HHA 専門職スタッフは、ケアプランを変更する必要性を示唆するような変化が生じた場合には、必ず医師に迅速に報告する。「薬剤投与」および「治療」は、医師の指示通りにのみ HHA スタッフが患者や家族に教育をする。

口頭での指示は、書面化し、指示されたサービスの提供または監督責任者である登録看護師または資格保有の療法士が署名および日付を記載することになっている。口頭での指示が受けられるのは、州法・連邦法その他、HHA の内部方針に基づき、指示されたサービスを提供する権限をもつ従事者のみに限られている。

②各職種の任務

HHA サービス提供者である各専門職は、連邦法によって以下の一覧に示した通りの任務に基づき、実践している。詳細な業務の記載ではないが、「ケアプランの作成」については、登録准看護師 (Licensed practical nurse) と Home health aide (看護助手) 以外のほとんどの職種が実施している。

③Home health aide (本報告書では主に「看護助手」)、と他専門職との関係

各専門職はそれぞれ、助手や補助者との業務の連携を図っており、連邦規則にも規定されている。各職種の助手も一定の要件や研修を受けたものであり、各専門職の監督下、もしくは指示の下、サービス提供することになっている。

特に、Home health aide (看護助手) の業務については、監督者である看護師およびその他の療法士との関係(連携方法)について、以下のように詳細に規定されている。ここで指導可能な登録看護師とは、2年以上の看護経験(うち1年以上はホームヘルスケアの経験)を有する登録看護師、または登録看護師の監督下でのその他の者による指導が必要である。

【研修指導・監督】

Home health aide (看護助手) の研修プログラムでは下記科目について75時間以上の受講が必要とされており、そのうち16時間以上は、登録看護師または登録准看護師(LPN)の直接の監督下での実習が必要である。

表8. Home health aide(看護助手)の研修プログラム内容

(i)	コミュニケーション能力
(ii)	患者の状態および提供したケアまたはサービスの観察, 報告および文書作成
(iii)	体温, 脈拍および呼吸数の測定および記録法
(iv)	基本的な感染対策
(v)	Home health aide(看護助手)の監督者に報告しなければならない身体機能の基本的要素および身体機能の変化
(vi)	清潔, 安全および健康的な環境の維持
(vii)	緊急事態の認識, ならびに応急処置に関する知識
(viii)	HHAのサービス提供患者の身体的, 感情的および発達上のニーズ, 患者への接し方(患者の人権, プライバシー及び所有権を尊重する必要性等)
(ix)	患者の清潔さおよび身だしなみを保つための次のような適切かつ安全な方法
	(A)清拭
	(B)スポンジ浴, 入浴またシャワー浴
	(C)洗面台, 浴槽またはベッド上でのシャンプー
	(D)爪および皮膚の手入れ
	(E)口腔衛生
	(F)トイレおよび排泄
(x)	安全な移動法および歩行
(xi)	動作および体位の正常範囲
(xii)	適切な栄養および水分摂取量
(xiii)	HHA が Home health aide(看護助手)に実施させる可能性があるその他の作業

【能力評価】

HHA は、各 Home health aide (看護助手) の遂行能力を12ヵ月に1回以上の頻度で評価されており、12ヵ月に12時間以上の実地研修を受けなければならない

いことになっている。(実地研修は、Home health aide (看護助手) が患者にケアを提供している間に実施してもよい)

この能力評価は、上記【研修指導・監督】の項の項目について行われ、登録看護師が行うことになっている。評価方法は Home health aide (看護助手) の患者へのケアを観察して評価される項目と筆記・口頭試験による項目があり、能力が十分でないのみなされた項目が1種類以上ある場合には、免許保有看護師の直接の監督下でない限りケアを実施することはできないことになっている。

【監督】

患者が高度な看護ケアを受けている場合、登録看護師が**監督訪問**を実施しなければならない。患者が高度な看護ケアを受けていないが、その他の高度なサービス(すなわち、理学療法、作業療法、言語療法サービス)を受けている場合には、適切な療法士が監督を行ってもよいこととなっている。登録看護師(またはその他の専門家)は、**2週間に1回以上**の頻度で患者の自宅を現場訪問しなければならない。

高度な看護ケア、理学療法、作業療法、言語療法サービスとも受けていない患者にホームヘルス補助サービスのみが提供されている場合には、登録看護師は**1ヶ月に1回以上**の頻度で患者の自宅を監督訪問することとなっている。このような場合には、Home health aide (看護助手) が患者を適正にケアしていることを保証するため、Home health aide (看護助手) が患者にケアを提供している間に**監督訪問**を実施しなければならない。

ホームヘルス補助サービスが、HHA に直接雇用されていない者により提供される場合や HHA が別の組織との提携によりホームヘルス補助サービスを提供することにした場合には、HHA には「Home health aide (看護助手) が提供するケアの全般的な質を保証すること」「ホームヘルス補助サービスを監督すること」「HHA との提携下でサービスを提供する Home health aide (看護助手) が研修要件を満たしていることを保証すること。」という義務がある。

3. 情報の記録・管理・共有について

文書等により、情報を交換したり、提出(報告)や共有することも**連携**方法のひとつであり、この文書(記録)について、誰が何を文書化(記録)し、誰に提出(報告)、または誰と共有するのかについて具体的に規定されている。

1) ケア提供者間での情報の記録・管理・共有等

ケア提供者側が患者のケア提供前後に把握した情報をどのように記録し、その情報をどのように活用するのかについては、記録文書の種類、誰が何を記録するのか、誰に何を報告するのかに関して連邦規則に明確にされている(表9)。

表9. 記録文書の種類と内容

(表は、研究班の文献解釈により作成)

記録文書の種類	記録の内容/その他
ケアプラン	
退院時要約（病院からの）	病院からの退院時の患者の医療及び健康状態が記載されている。退院時要約について、HHA は主治医に提出可能であることを知らせ、要請に応じて送る。
指示	医師名、薬剤、食事、治療及び活動に関する指示
Clinical note（臨床記録）・Progress note（経過記録）	患者との接触の記録を意味するもの。介護チーム構成員が記載し、日付を記録。 徴候・症状・実施した治療・投与薬剤・患者の反応 提供したケアの内容及びケア期間中の患者の反応を要約し、介護チームの構成員が日付及び署名を記載した記録文書。
Summary report（概略報告）	患者の臨床記録及び経過記録の適切な項目を編集した文書。 患者の医師に提出するもの。

上記の文書について、患者が別の医療機関に移る際には、転院先に臨床記録または要約の写しを送る。これらの記録の保護については、紛失または無断使用がないよう予防策を講じ、手順により記録の使用および移動、情報公開の条件を管理する。法律により許可されていない情報の公開には、患者の同意文書を必要とする。

2) 患者とケア提供者間における文書による情報のやりとり

1) のような患者情報のケア提供者側の記録に加えて、患者とケア提供者間の取り決めや説明に関して、文書により明確にしておくべきものがある。この情報のやりとりは、「説明」や「通知」として扱われ、このような文書は主に、連邦規則 Section 484.10 に規定されている「患者の権利」を守るための規則として定められている。連邦規則では、この「患者の権利」を、「患者は自らの権利について説明を受ける権利がある。HHA は患者の権利の行使を保護・奨励しなければならない。」としている。更に、この権利の通知について、以下の文言がある。

- HHAは患者に対し、患者へのケア提供前、あるいは治療開始前の初回評価訪問中に、患者の権利を書面にて通知するものとする。
- HHA は、患者の権利が本 section の要件に沿って通知されたことを示す文書を維持管理しなければならない。

患者とケア提供者間の文書による情報のやりとりに焦点化して、その文書(記録)を下記の一覧にまとめた(表 10)。これらは、サービス提供者による説明と同意の原則を文書による規定で義務付けているものといえる。

表 10. 患者とケア提供者間での文書

(表は、研究班の文献解釈により作成)

文書(記録)の種類	文書の内容
患者の権利の事前通知	患者の権利 患者へのケア提供前、治療開始前の初回評価訪問中に「患者の権利」を書面にて通知する。
患者、患者家族、保護者から表明された苦情に関する文書	治療またはケアに対するサービス提供者による患者の権利の尊重の欠如についての苦情が患者、患者家族、保護者から表明された場合、これを調査し、苦情の有無およびその解決方法の両方に関して文書を作成する。
ケア・治療プラン作成参加の権利の事前通知	患者がケアまたは治療プランの作成及び変更に参加する権利を有することを事前に通知する。
ケア・治療に関する事前説明、および ケア・治療プランの作成	患者は、提供されるケア及びその変更に関して、事前の説明を受ける権利がある。 HHAは、ケア提供担当者・訪問頻度案に関して、事前に通知する。ケアプランの変更の場合も変更前に患者に通知する。
HHA における事前説明に関する方針・手順書の維持管理と説明文書	HHA は事前説明に関する方針について患者に事前に説明し、説明文書を提供する。その際適用される州法についても説明する。 (事前説明：ケア提供前であれば初回訪問時でもよい)
医療記録の機密保持に関する方針・手順の通知	患者はHHAが維持管理する医療記録が機密として扱われる権利をもつ。HHAは、臨床記録の開示に関する自らの方針および手順を患者に通知する。
HHA のサービスに対する支払機関からの予想支払額と患者が支払う予想金額についての通知(口頭及び書面での説明)	<ul style="list-style-type: none"> ○ メディケア、メディケイド、またはその他の支払機関から HHA に通知されている予想支払額 ○ メディケアの適用範囲外とされるサービスにかかる費用 ○ 患者が支払う必要がある予想金額 上記の変更がある場合にも、変更を知り得た日から 30 日以内に口頭及び書面にて通知する。
州内の HHA ホットラインが利用可能であることの通知	HHA がケアを受け入れた際、州の HHA ホットラインの電話番号、受付時間、ホットラインの目的が地域の HHA に関する苦情または質問の受付であることを書面により通知する。注) ここに「生前指示」に関する項目が含まれることが多い

3) 患者データの州当局への報告

HHA は、患者の OASIS データセットを含むソフトウェアを用いて、所定のフォーマットで患者データをコード化し、記入後 7 日以内に州当局または HCFA の OASIS 受託業者宛に電子的に報告しなければならないことになっている。このように、外部機関に対する情報公開により、常時評価機能が機能している。報告するデータ項目は、以下である。

表 11. OASIS データ項目

臨床記録の項目、人口統計学的変数および既往歴、居住形態、支援的援助、
知覚の状態、皮膚の状態、呼吸の状態、排泄の状態、神経/情動/行動の状態、
日常生活動作、薬物療法、備品管理、救急治療、
施設入所または退院時に収集したデータ

II. Unlicensed Assistive Personnel(以下、UAP とする)に関する見解

米国における UAP に関する議論の経緯は、1987年のナースিংホームの改革における法的整備の際の長期療養施設における看護助手の訓練及び適格性評価の要件の確立により進められてきた。その後、1990年に National Council of State Boards of Nursing(NCSBN) は概念説明書を提示している。この説明書では委譲の概念が論じられ、委譲プロセスが示された。1992年には、American Nurses Association(ANA)アメリカ看護協会が見解を表明しており、そこで UAP に関する定義を行っている。また、この定義を受けて National Council of State Boards of Nursing(NCSBN) は、看護師による UAP への看護業務の委譲について、適切かつ確実な遂行のための実務指針を示している(1995)。その後も、UAP との適切な関係性により、安全で良質な患者ケアを実現するための提言を示している。以下に、これらの団体が示した内容を整理し、分析する。

1. UAP の定義とその任務

1) American Nurses Association(ANA)による UAP の定義 (資料②より)

1992年に、ANAの「無資格の補助職員に対する ANA 作業部会」は、無資格の補助職員と共に働く登録看護師の役割に関する ANA の Position Statements を明確にするために以下の定義を策定している。

【Unlicensed Assistive Personnel (UAP)】

患者／利用者のケア活動の提供において登録看護師の補助的役割で機能を果たすよう訓練され、看護師により委譲された無資格の個人。

この用語には、看護助手、雑役係、アシスタント、付き添い、または技術者などが含まれるが、これらに限定されるものではない。

前項で述べた「Home Health Agency」で活動している「Home Health aide」も UAP に含まれている。

2) UAP のケア活動内容 (資料②より)

ANAによる資料では、UAPのケア活動内容を「一般に、直接ケアと間接ケアに分類することができる」としている。

UAPが行う患者への直接ケア活動は登録看護師により委譲され、人間の基本的ニーズを満たすことにおいて患者／利用者を補助する活動である。これには、飲食、体位調整、歩行、整容、排泄、着替え、および社会化に関連する活動が含まれ、これらの活動に関連するデータの収集、報告、および文書化を伴う場合もあると考えられている。このデータは、その情報を用いて患者ケアについての臨床上の判断を行うためにRNに報告される。UAPに委譲される活動には、保健カウンセリング、指導は含まれず、独立した、専門的な看護の知識、技術または判断を必要としないものである。(*上述の定義に関連している判断とは、エビデンスまたはデータの解析に基づく見解の形成および臨床上の決定において看護師が行使する知的な過程と定義されている。)

患者の間接ケア活動は、看護が提供される環境およびシステムの維持を中心としたもので、非常にまれに患者の直接ケアを含むことがある。これらの活動は、清潔で効率的かつ安全な患者ケア環境の提供を補助するものである。通常、家事および輸送、事務、保管、および消耗品維持などが含まれている。

2. Registered Nurse(以下、RN とする)による UAP への委譲について

ANA の見解(1992 年)によると、ANA は、今日のヘルスケア環境において RN が提供すべきサービスが無資格の補助職員すなわち UAP により提供されていることを認識している。そして、「懸念すべきことは、実質的にすべてのヘルスケア環境において法律上看護業務内にある機能を UAP が不適切に遂行していることである」「これは州の看護業務法違反であり、公衆安全への脅威である。今日、業務環境、提供の場、およびスタッフ構成の再設定を伴う業務範囲構成の明確な定義を行わなければならないのは看護師である。適切な役割、業務内容の説明、および UAP の責任の策定に際し、効果的かつ他のヘルスケア専門家および管理者と協力的に、看護師をサポートするための専門的なガイドラインを設定しなければならない。」と述べ、具体的なガイドラインを提示している。そして、「委譲； Delegation」及び関連する用語についての定義を明確にした。

1) 委譲の定義・原則 (ANA による) (資料②より)

ANA(1992 見解より)による「委譲」及び関連用語の定義は以下のとおりである。

表 12. ANAによる「委譲」及び関連用語の定義

<p>【Delegation(委譲)】 結果の責務を保持しながら、ある活動を遂行する責任を、ある人から別の人へ移すこと。 例: ある活動のある無資格の人に委譲する場合、その看護師はその活動を遂行する責任を移行するが、専門職としてのケア全体の責務は保有している。</p> <p>【Assignment(割り当て)】 ある活動の責任および責務の両方を下向きまたは横向きにある人から別の人へ委譲すること。横方向または下方への委譲は、技術、知識、および判断力に富んだ人に対して行われなければならない。その活動は、個人の業務範囲内でなければならない。</p> <p>【Supervision (監督)】 ある人のある活動の遂行への指示を与え、指導し、結果に影響を与える活発な過程。監督は、一般に、現場(活動が遂行されている間、看護師が物理的に存在するかまたは、すぐに対応可能である)または現場外(看護師が書面または口頭によるコミュニケーションなど種々の手段を通じて指示を与えることができる)に分類される。 (* 前述の「連邦規則」に記述されている定義とは、視点が異なっている)</p>

上記の定義は、UAP との関係性を明確化する上で、重要である。

更に、ANA では、RN による UAP への教育、規制等に関する方針は、時代背景や環境因子に影響されるとしながらも、基本的な原則は以下の通り一貫していると、明確に示している。

表 13. ANAによる「RNとUAPとの関係性における基本的原則」(表題:研究班加筆)

- 看護業務の範囲を決定するのは看護専門職である。
 - 患者の直接ケアの提供に関与するすべての無資格の補助職員の役割について、教育、訓練、および活用を定義し監督するのは看護専門職である。
- 看護業務の提供について責任および責務を負うのはRNである。
- 患者の直接ケア提供に関与するすべての無資格の補助職員の適切な活用を監督し決定するのはRNである。
- 専門職である看護師の患者への看護ケア提供を可能にすることが無資格の補助職員の目的である。

更に、ANAは、「患者の直接ケア活動において看護師を補助する無資格の補助職員の業務および活用の基準を確立することが看護専門職の責任であり、それを遂行することが個々の看護師の責任である。これは、業務に関する国の基準および州の看護業務法における看護の定義を通じて達成される。」と述べ、RNとUAP間の役割と責任を理解するためには、専門的な看護ケアの領域内で委譲されうる活動の明確化が必要であるとの見解を示している。

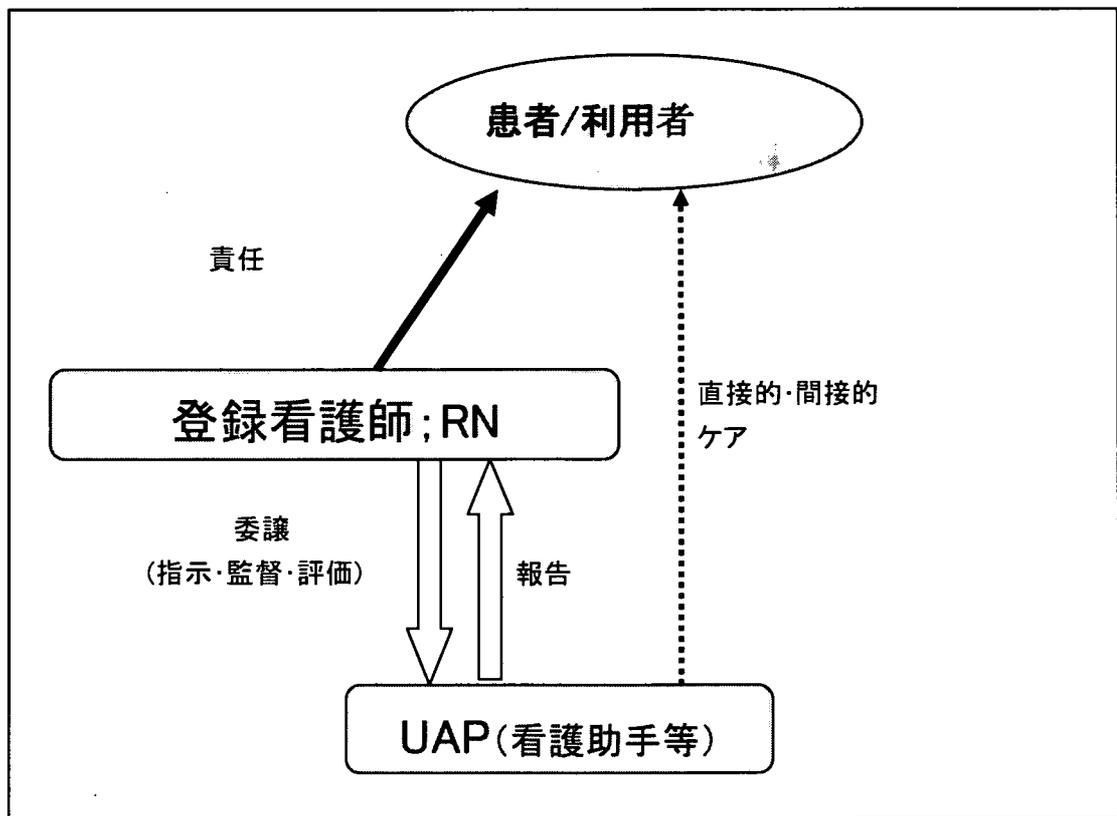


図4. RNとUAPの関係

(図は、研究班の文献解釈により作成)

2) National Council of State Boards of Nursing(NCSBN)による「委譲;Delegation」の前提と意思決定過程(資料③、資料④より)

前述の「Delegation; 委譲」に関するANAの見解から、委譲されうる活動の明確化の必要性を受けて、NCSBNは、具体的に委譲に関するガイドラインを以下の通り示してい

る。その要約を以下に示す。

注) 本資料では、前述のANA定義による「UAP」のうち、Nursing Assistive personnel (NAP;看護補助職員)と看護師間における「委譲」のガイドラインについて述べている。ガイドラインに関する本項では、「UAP」ではなく「**NAP**」の用語を使用することとする。

NAP;看護補助職員への委譲 (NCSBNによるガイドラインの要約)

①委譲の準備

委譲は、「高度な臨床判断および患者ケアに対する最終的な説明責任を必要とする複雑なスキルである。」そのため、委譲をするための要件を以下のように述べている。

- 管轄区域の看護師業務法および看護管理規則に委譲の権限が規定されていること
- 委譲を行う看護師と委譲を受ける看護助手の両方が、看護業務の委譲プロセスを開始する態勢にあること

委譲する看護師は、適切な教育、スキルおよび経験をとおして、委譲の態勢を整えなければならない。また、委譲を引受ける看護助手も委譲を受ける態勢になければならない。体勢を整えるために必要な項目は以下である。

表 14. 看護師と NAP の「委譲」体勢整備項目

(表題: 研究班加筆)

看護師	NAP;看護補助職員
<ul style="list-style-type: none"> ■ 委譲プロセスを理解していること ■ 看護助手の役割および職務範囲を理解していること ■ 委譲権限を遂行中であること ■ 看護業務/職務/活動の委譲実行に必要な知識、スキルおよび専門的判断力を備えていること ■ 適切な患者情報にアクセスできること 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 次の事項に関して適切な教育、スキルおよび経験があること <ul style="list-style-type: none"> ➢ 看護助手の役割および職務範囲 ➢ 看護助手、看護師および医療チーム間の関係

看護師が委譲の使用に適任であること、ならびに NAP が委譲を受けるのに適任である証拠が文書化/明示されている場合には、**委譲プロセス**のステップを開始することが適当である。

②委譲の意思決定プロセス

看護師が使用する NAP への委譲プロセス (NCSBN提示) には、以下の4つのステップがある。

- ステップ1:判断と計画 (Assess and Plan)
- ステップ2:コミュニケーション(Communication)
- ステップ3:監視および監督(Surveillance and Supervision)
- ステップ4:評価およびフィードバック (Evaluation and Feedback)

これらステップについて解説する。

《ステップ1:判断(後ろの評価と重なる)と計画 (Assess and Plan) 》

看護師が、NAP に委譲すべき看護業務/職務/活動を決定するには、「患者のニーズを理解」し、「委譲するスタッフの知識、スキルおよび能力に関する情報も有しておく」という必要がある。これらを判定するための項目を以下に示す。

表 15.看護師による「委譲」の判断項目

(表題：研究班加筆)

患者のニーズ判定項目	被委任者の能力判定項目
<ul style="list-style-type: none"> ■ ケアの種類、複雑さ、多様性および緊急性 ■ 患者ケアの長期的および短期的ニーズの優先順位 ■ 臨床意思決定のレベル ■ 患者の医療の状態および医療介入に対する反応パターンの予測可能性 ■ 看護業務/職務/活動の遂行に伴って発生する可能性のある有害なアウトカムの範囲および重大性 ■ 有害なアウトカムが発生した場合に必要な対策の範囲および複雑性 ■ あらゆる緊急またはリスク管理対応の種類およびそのような対応が必要となる可能性 ■ 意思決定への患者/家族の積極的な参加の有無 ■ 看護業務/職務/活動の委譲に伴う治療上の利益およびリスク 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 看護業務/職務/活動の遂行に必要な認識能力および技能 ■ 看護助手が負う責任のレベルおよび役割の範囲に関する情報 ■ 看護業務/職務/活動が遂行されるべき状況 ■ 看護業務/職務/活動により予想されるアウトカム ■ 委譲された業務および患者の状態に起因して発生するおそれのある有害反応(この項目が判定されていれば、看護助手は看護師の眼となり耳となることができる)

このように、看護師は、患者のケアの状況のみならず、看護ケアの提供を支援するために利用可能な資源を理解しておく必要がある。看護師はこのような情報をすべて利用して、個々の患者のケアを計画する。また、そのなかに各業務、ならびに業務遂行に必要な知識およびスキルを明記する。患者、看護スタッフ双方の安全を保ちつつ、患者のニーズを満たすことができると看護師が判断した場合には、ステップ2に進む。

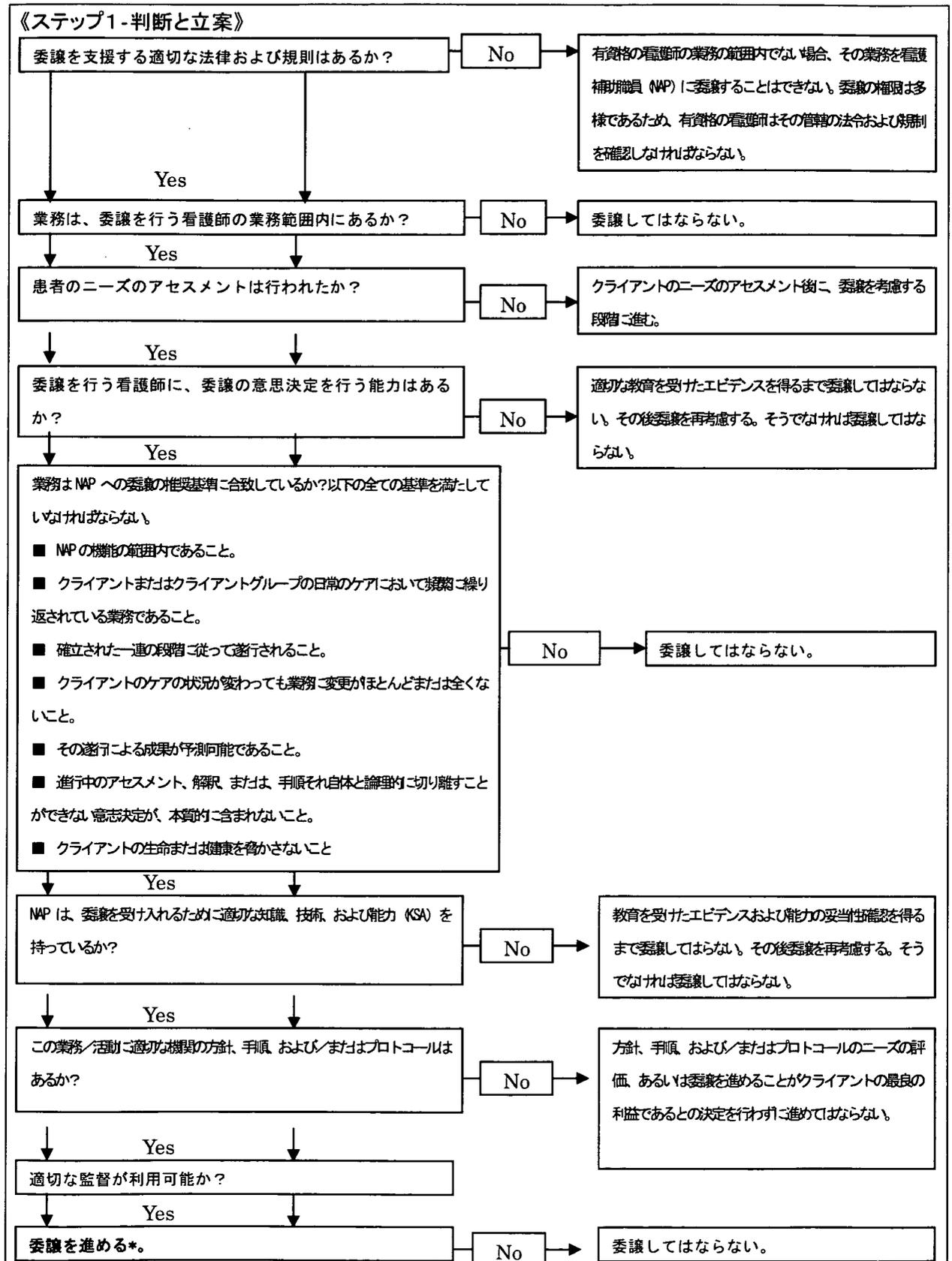


図5. 意思決定の樹状図－ NAPへの委譲 (資料④より)

《ステップ2—コミュニケーション (Communication)》

看護師は指示を与えると同時に、あらゆる患者特有の要求および特徴、ならびに次の事項に関する期待を明確に伝える。また、看護師は看護助手および患者一人一人の状態に合わせたコミュニケーションを行い、必要に応じて説明を行いながら、期待されている事項に関する看護助手の理解状態を判定する。看護師のコミュニケーションは、明瞭、簡潔、正確かつ完全でなければならない (Hansten & Jackson, 2004 p.174)。看護師は看護助手とともに理解状況を確認するとともに (Zimmerman, 27)、看護助手の意欲を聞き、看護助手が指導および支援を受けられることを伝える。看護師は被委譲者が委譲およびそれに伴う責任を受け入れたことを確認することにより、説明責任が適切であったことを保証する。コミュニケーションは双方向的でなければならない。また、看護助手は次のような機会を与えられる必要がある。コミュニケーションの最終的な側面は文書化である。提供されたケアをタイムリー、完全かつ正確に文書化すれば、医療チームの他の人員とのコミュニケーションを円滑化にするのみならず、提供された看護ケアの記録ともなる。

表 16. 「委譲」関係におけるコミュニケーション内容 (表題：研究班加筆)

看護師	NAP	記録
<ul style="list-style-type: none"> ■ 以下の項目についての補助職員の理解度のアセスメントを行う。 ■ 業務をどのようにして達成すべきか。 ■ 以下の項目を含め、いつ、どのような情報を報告すべきか。 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 報告および記録すべき予測される所見 <input type="checkbox"/> 迅速な報告を要するクライアントに関する具体的な懸念 ■ 看護補助職員およびクライアントの状況を個別に把握する。 ■ いかなる特異なクライアントの要求および個性、ならびに期待にも対処する。 ■ 必要に応じて明確化しながら、補助職員の期待の理解度についてアセスメントを行う。 ■ 看護師が補助職員の指導および支援に意欲を持っていることとその利用可能性を伝える。 ■ 委譲を受ける人が、委譲とそれに伴う責任を引き受けることを確認することにより、適切な責務を確保する。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 委譲に関して質問し、必要に応じて期待の明確化を求める機会 ■ 看護助手が看護業務/職務/活動の経験を過去に有していないか、ほとんど経験がない場合には、その旨を看護師に伝える機会 ■ 追加の訓練または監督を求める機会 ■ 期待 (患者特有の懸念材料の伝達、委譲完了に向けた進捗状況などに関する期待)の理解状況を確認する機会 ■ 看護師と看護助手が異なる現場に従事している場合には、両者間のコミュニケーション方法を確認する機会 ■ 緊急事態が発生した場合のコミュニケーションおよび対策計画を確認する機会 	<ul style="list-style-type: none"> ■ タイムリー、完全かつ正確に提供されたケアについて記録する。 ■ ヘルスケアチームの他メンバーとのコミュニケーションを促進する。 ■ 提供された看護ケアについて記録する。

《ステップ 3：監視および監督 (Surveillance and Supervision)》

監視および監督の目的は、看護師が患者集団に応じた患者ケアを提供する責任を負うことに関係する。観察の頻度は、患者のニーズおよび看護助手の経験によって異なる。適切な監督のレベルおよび種類を決定する際、看護師は次の事項を考慮するものとする。看護師は、看護業務または職務の遂行をモニタリングすることにより委譲を監督し、業務、方針および手順の基準遵守を徹底する。また、患者のニーズ、委譲した職務/業務/活動の複雑性、現場の距離的近さおよび看護師配置の必要性に応じて、現場監督および判定の頻度を決定する。問題および/または状況変化を適切にフォローアップすることは、委譲のきわめて重要な側面である。

表 17. 看護師による監視及び監督の際の検討項目 (表題：研究班加筆)

看護師は、以下の項目について考慮する。	看護師は、以下の項目について決定する。	看護師は、以下の項目について責任を負う。
<ul style="list-style-type: none"> ■ クライアントのヘルスケア状況および状態の安定性 ■ 反応およびリスクの予測可能性 ■ ケアを行う場所の設定 ■ 資源および支援のインフラストラクチャーの利用可能性 ■ 遂行されている業務の複雑性 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 以下に基づく、現場での監督およびアセスメントの頻度 ■ クライアントのニーズ ■ 委譲された機能/業務/活動の複雑性 ■ 看護師の配置の近接性 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 問題および懸念に対する適時の介入および追跡調査。介入のニーズの例には以下のものが含まれる。 ■ 微妙な兆候および症状への警戒（これにより看護師および補助職員は、クライアントの状態が深刻に悪化する前に積極的な予防策を講じることができる） ■ 委譲された活動の完了が補助職員にとって困難であることの認識 ■ 問題および/または状況の変化への十分な追跡調査の実施は委譲の重大な側面である。

《ステップ 4 - 評価およびフィードバック》

評価は委譲において忘れられることの多い段階である。委譲の有効性を考慮するに当たり、看護師は以下の問題について検討する。

表 18. 「委譲」における評価項目

(表題：研究班加筆)

<ul style="list-style-type: none"> ■ 委譲は成功したか？ <ul style="list-style-type: none"> ■ 業務/機能/活動は適正に実行されたか？ ■ クライアントが希望および/または期待する成果は達成されたか？ ■ 成果は最適で満足の行くものであったか、あるいは不満足なものであったか？ ■ コミュニケーションは適時に有効に行われたか？ ■ 順調に行われたことは何か？今後の課題となったことは何か？ ■ 何か問題または懸念はあったか？もしあった場合、問題または懸念に対しどのように対処したか？
