HOKKAIDO UNIVERSITY

Title	オーストラリアにおけるDelegationに関する考察
Author(s)	伊藤, 紀代; 佐藤, 洋子
Citation	看護総合科学研究会誌, 8(3), 49-56
Issue Date	2005-12-28
DOI	https://doi.org/10.14943/33983
Doc URL	https://hdl.handle.net/2115/35520
Type	journal article
File Information	8-3_p49-56.pdf

Hokkaido University Collection of Scholarly and Academic Papers : HUSCAP

報　告

オーストラリアにおけるDelegationに関する考察

伊藤紀代
（ラ・トローブ大学修士課程在（豪州））
佐藤洋子
（北海道大学医学部保健学科）

A Study on the Delegation Systems in Australia

Noriyo ITO
(Master of Nursing Study Candidate at La Trobe University, Australia)
Yoko SATO
(Department of Health Sciences, School of Medicine, Hokkaido University)

要　旨

近年、わが国では喀痰吸引などの医療行為の一部を介護福祉士やホームヘルパー等に容認する動きがみられる。このような動きは、在宅ALS患者をはじめとした在宅医療を必要とする患者への生活の質を向上させる可能性を包含するとともに、提供される行為の質と安全の保障上の問題が危惧される。わが国と同様、深刻な看護師不足にあるオーストラリアで、無資格看護者へのDelegation（業務委託）が看護行為の一部として、また、看護師不足問題を解決する一つの可能性として認められている例を紹介し、日本との相違点を視座に入れて検討した。

キーワード：Delegation（業務委託）、無資格看護者

Ⅰ．はじめに

近年、わが国では喀痰吸引などの医療行為の一部を介護福祉士やホームヘルパー等に容認する動きがみられる[1)]。これは、ALS協会や在宅医療を支援する家族会などの要望による[2)]ものであるが、その他、救急救命士による気管内挿管の容認など、専門職種間においても医行為を医師や看護師以外の職種に拡大させる傾向が示されている。このような動きは、在宅医療を必要とする患者や緊急性を要する状況下で勤務する医療提供者の対応を拡大したが、提供される行為の質と安全の保障上の問題が危惧される。

ところで、オーストラリアでは、病院や障害者施設で勤務するCarer（日本でいう看護助手やヘルパーのような職種。Unlicensed Assistive Personnel：UAP、unregulated care provider：UCPとも。以下、無資格看護者）が、「看護行為」に該当する医療行為を行なうことが認められている。すなわち、看護師（Registered Nurse；以下RN）が無資格看護者にその能力があると判断した場合、その無資格看護者は看護師あるいは准看護師（Enrolled Nurse；以下EN）の監督下で、膀胱ろうのガーゼ交換、軟膏処置、排尿を促すための腹部タッピング(tap & express)等の医療行為を行なうことが

認められるのである。それらの行為は、特に問題がなければ、事実上、無資格看護者の仕事として継続的に実施される[3]。

本稿では、オーストラリアにおける Delegation について紹介し、日本の医療制度との相違点を視座にいれて、法的、経済的、倫理的側面から検討する。

Ⅱ. Delegation の定義と種類

西オーストラリア州の Nurses Board よる Delegation の定義は、以下のとおりである。

「看護における Delegation とは、RN/Midwife が患者ケアをほかのケア提供者に委託することであり、そのケア提供者は患者ケア活動を安全に行なうために適した教育、知識、ならびに技術を持っていなければならない。Delegation に関する意思決定は RN/Midwife が行なうこととし、公衆 (public) の健康、安全、福祉を改善するために行なわれなければならない。また、患者の状態変化に合わせた定期的な見直しを必要とする。」[4]

同州 Nurses Board は、オーストラリアで初めて Delegation を看護業務として認め、明文化した。同規定による Delegation とは、看護師以外の者に対する看護行為の委託を容認するものである。

この Delegation は、業務を委託する対象者別に、第一に看護師―看護師間、第二に看護師-准看護師間、第三に看護師-他の専門職（Dr, PT・OT など）間、および第四に看護師-無資格看護者間、の 4 種類がある[5]。特に、第 4 の看護師-無資格看護者間の Delegation は、無資格者に対する看護業務の委託を指すもので、看護の質と安全性の保障に関連して、看護師の責任上大きな問題を含むと考えられる。

以上に述べた Delegation が行なわれる背景には、以下の理由が考えられる。第一には、同州の看護師不足の問題がある。Australian Institute of Health and Welfare（AIHW）が出した 1999 年の統計によると、オーストラリアの人口（約 1900 万人）に対して、看護師の就業数（有資格数）は約 1%(16 万 7400 人)である[6]。看護師になることを希望する若い人達の数は増加傾向にあるにもかかわらず、看護師不足である原因の一つには、職場での暴力や、重労働からくる腰痛のためにやむを得ず離職する人が多く、ビクトリア州では 2011-12 年までに、同州の人口に対する看護師不足は 8500 人になるという予測が出されている[7]。

次いで、第二の理由として、医療機関経営における人件費の問題が挙げられる。オーストラリアの統計（2002-03）によると、公的病院の支出の中で、看護師への報酬は 27%を占め、最大の支出となっている。このような病院経営上、看護師を充足することはコスト増大に直接関連し、コスト抑制上の問題を惹き起こす。したがって、不足している看護師に代わって無資格看護者に患者のケアを行なわせる Delegation は、コスト抑制に有効な方法として受けいれられたのである[8]。

ところで、看護職の立場から Delegation を支持する理由として、同制度は看護師を看護独自とはいえない業務から開放するという意見もある[9]。体位変換、食事介助、保清等の Routine を労働単価の安い無資格看護者に任せることは、看護師を薬の投与や看護計画立案などの、より複雑な業務に集中させることができ、有資格者の生産性（Productivity）が向上するという考え方がその例である[10]。加えて、無資格看護者においても、Delegate されたタスクによって、人間性の成長あるいは職業人としての発達が期待されることとなる[11]。この場合、看護師の Autonomy（自律性）、Beneficence（善行）、Non-malfeasance（無害）、そして Justice（正義）というプロフェッショナルとしての倫理観が問題となる場合が少なくない[12]。しかし、このような倫理的問題に関して、Delegation の意思決定(権)が看護の専門職としての自律性を向上していること、看護師不足により充分なケアが行き届かないという問題を解決している（善

行・無害）こと、そして、医療費を削減できる（正義）ことは、Delegationを正当化する論拠とされているといえよう。

Ⅲ. Nursing Actと Nursing Boardによる法解釈

ところで、オーストラリアには、州毎に看護関連の法律がある。上に述べたことに矛盾するのであるが、西オーストラリア州のNurses Act 1992は、看護師以外の者へ看護行為をDelegateすること、ならびにNursing Specialistの活動をNon-specialist Nurseに Delegateすることを禁じている[13]。しかし、同規定に対するNursing Boardの見解が、Position statementとして2004年12月に明文化された。同声明によると、「What constitutes nursing care varies depending on the specific context of practice and the RN's assessment of patient needs（何が看護であるかを決定するのは、実践の内容と看護師のアセスメントによる）(Nurses Board of Western Australia. (2004)、p.9)」とするものである。すなわち、同州 Nursing Boardは、看護師が適切な判断に基づいて行なうDelegationを看護行為の一つであると解釈し、容認している。加えて、同 Nursing Boardは、Delegationを無資格看護者に対して行なう際の RNの役割と、その指標となる基準を以下のように規定した。

まず、RNの役割に関して、

「RNの役割（西オーストラリア州）：

RN/Midwifeは、看護師によって行なわれるべきケアと、無資格看護者が提供できるケアとを区別し、アセスメントする責任がある。アセスメントは、その患者に対するニード、ケアの内容、提供されるべき行為、および無資格看護者の行為への準備（Preparedness）ができていることが含まれなければならない。ここで注意しなければならないのは、無資格看護者は必ずRN/Midwifeの監督下になければケア提供できないという点である。また、看護師は、無資格看護者を教育・訓練し、無資格看護者のケアに関する準備状態をアセスメントしなければならない。」[14]。

と、規定した。

さらに、Delegationの際の基準として、

「（Delegation）基準：

1. Delegationにおいては、患者のニード、無資格看護者のケアに対する準備（Preparedness）、行為の内容についてRNのアセスメントに基づいて行なわれ、RNが責任（Responsibility）をもつ。
2. Delegationは関係法規や普通法（Common Law）に矛盾せず、適切な相談と計画に基づいている。
3. ケア提供者（施設や組織管理者）は、無資格看護者に対する訓練とそのアセスメント、Delegationのアウトカム評価について必要な施設内政策枠組みや資源の提供を行なう責任がある。
4. 無資格看護者に対する準備（Preparedness）や訓練のアセスメントはRNが行なう。」（Queensland Nursing Council, 1998, 註4より引用）

と、規定した。

上に述べたRNの役割規定ならびにDelegation基準は、先に述べたDelegationの定義に基づく、それぞれの具体的な責任の所在を示すものと考えられる。しかしこれらは、看護業務において、看護師にしか出来ない行為と、無資格者に Delegateできる業務とを明確に区別して規定しているとはいいがたい。また、上に示した、「RNは無資格看護者へDelegateされた行為を監督すること」とあるが、この際の監督は、直接的な監督と間接的な監督の双方を含むもので、無資格看護者が業務を行為する際に常時監督しているという意味ではない(参考1)。

このようなところから、看護師の勤務数によって、あるいは施設によって、Delegation される患者ケアが異なるという状況が起こりうる。具体例でいえば、看護師数の多い病院等の医療施設では、シャワー浴といった保清も看護師の業務として看護師によって行なわれるが、看護師が病棟に一人しかいないといった福祉施設では、さまざまな患者ケアが Delegation により無資格看護者によって提供される状況が起こり得る。そのため必然的に、シャワー浴等の保清業務に必須である患者の皮膚の観察・アセスメント（RN への報告の必要性の判断）も無資格看護者の責任とされる。

以下、Delegation 上の問題について、ケアの妥当性、RN/Midwife の Preparedness、ならびに無資格看護者への教育とＲＮの責任について考察する。

Ⅳ. Delegation 上の問題点

１．Delegate されるケアと妥当性の判断

以上、Delegation の概要について述べた。前述したように、Nursing Act 1992 は、看護師以外の者へ看護行為を Delegate すること自体を禁じている [15]。したがって、同法で禁じられている Delegation につき、Delegate できる行為とできない行為は法的には明確化されていない。先に述べた西オーストラリア州の例では、アセスメントデータの解釈、看護計画作成とその評価は看護師以外に Delegate 出来ない、と規定されているのみである。そのときその時の状況から看護師が専門職として自己判断できるよう、余裕がもたされているようでもある。基礎看護技術関連のテキストでは保清行為からバイタルサイン測定についての Delegation が示唆されている [16] が、無資格看護者に何所まで任せても良いかは記載されていない。与薬に関してはまた Poisons Act 1964 という法律があり、一部の依存性のある薬物の看護師以外による与薬を禁止している [17] など、他の関連法規との関連もある。筆者が勤務する障害者施設では、採用後のオリエンテーション時に、「Job Description」というおよそ 12 項目にわたる Carer の役割が記載された書類を渡され、労使双方合意を確認後勤務する。Job Description の内容は、全て無資格看護者の責務（Responsibility）に関するものである [18]。すなわち、Carer は、シャワー・口腔ケア・髭剃りといった保清をはじめ、食事介助、体位変換・移動（腰痛予防のため必ず Hoist というリフトを使用するが、Hoist も知識、経験が必要）、点眼・軟膏処置、尿バッグ内の尿を破棄すること、コンドーム式尿カテーテルの交換、経鼻人工呼吸器の着脱等を、RN あるいは EN の間接監督下で従事する。また、一方では、ケアに関連する危険予測や簡単なアセスメントも期待されている。これに対して、同障害者施設では、このような与薬や摘便等は充分な教育・経験が必要な行為とされ、Carer には禁じられた行為となっており、その必要がある場合、Carer は EN を呼ぶ規則になっている。このように、医療機関は、取り扱う患者や必要とする看護に対応させて、個々の施設レベルで Delegation の規則を作成しているものと思われる。

ところで、西オーストラリア州の Nurses Board（NBWA）は、看護関連する法規は時代により適宜変化していくとして、個々の看護行

参考１．監督（Supervision）の種類

監督の種類は大まかに、直接監督と間接監督の二つの種類がある。直接監督（Direct Supervision）とは、RN/Midwife が実際に共にいる中で、監督される側の人への指導や観察を行ない、あるいは共に働くことである。一方、間接監督（Indirect Supervision）において RN/Midwife は同じ施設・組織に勤務しているが、監督される側の人の行動を逐一観察はしない。しかし、RN/Midwife は常に駆けつけることが出来る範囲にいる必要がある。（Nurses Board of Western Australia, 2004 p.8）

為を法や政令に定めることをせず、意思決定に至るチェックリスト(Decision-making tree)を作成し、Delegation の意思決定をした看護師にその説明責任（Accountability）を課している(Nurses Board of Western Australia. (2004)、参考２)。しかし、看護師が無資格看護者に Delegation したタスクによって、転倒・骨折などの事故が起こった場合、行為者の無資格看護者やその監督をしていた看護師の法的な責任が極めて不明瞭であることが指摘できよう。

２．RN か助産師による意思決定上の問題

Delegation はオーストラリアにおいても看護管理分野における新しい概念であり、Western Australia 州で RN または助産師による意思決定プロセス[4]を紹介しているが、個々の医療・福祉施設の判断（つまりは看護管理者の判断）に委ねられている状況である。したがって、Delegation が適正に施行されていないことも問題視される。

例えば、著者が勤務する福祉施設では、日勤、夜勤帯とも患者約 30 名に対し RN が 1 名、EN が 1 名、Carer（無資格看護者）が６～７名という勤務体制で、RN らは Carer が不足しているとき以外はほとんど保清や体位交換などに携わらない。RN の主な仕事は与薬の準備、インスリン投与、褥瘡処置等であり、保清や体位交換といった毎日のルーチン業務は EN や Carer の仕事とされる。そのため、ときに Carer の人数が確保できず、RN が Carer の仕事を行なう際、RN の方が仕事の流れをわかっていないことがある。仕事を配分するコーディネーターの役割も Carer に任される場合も少なくない。

加えて、看護師のキャリアによる Delegation の判断の問題が指摘できよう。すなわち、経験の浅い新人看護師（RN）による Delegation の判断が適切かということがある。この問題に関して、Craven と Hirnle (2003)は“ Delegation はどのレベルの看護師にとっても不可欠な活動である[19]” としているが、Standing, Anthony, と Hertz の研究によると、多くの看護師が、教育よりもむしろ経験によって、Delegation を行なうかどうかを判断するための（看護師自身の）準備が出来たと認識している[20]。高度医療施設における看護では、体位交換一つにおいても、呼吸器の有無、重症度によって Delegate 出来るかどうかの判断が必要であり、ある程度経験を積んだ看護師がその判断をする必要がある。

このようなところから、今後、同州 Delegation に関し、日本の職能団体による認定看護管理者資格認定制度のような、Delegation 上の意思決定者である RN の教育ならびに経験などに関する認定制度等について、具体的に検討する必要があると考えられる[21]。

３．無資格看護者の Preparedness と看護師の責任

以上に述べた Delegation を受ける側である無資格看護者の教育背景については、法的に何の規制もない。筆者が新聞の求人欄で見たところ、大体の施設では高齢者ケアや障害者ケアにおける CertificationⅢ（TAFE という専門学校で、障害者あるいは高齢者ケアに関する教育を約 470 時間、フルタイムで５ヶ月ほど受ける）の資格、あるいは 12 ヶ月以上のケア経験を求めていることが多い。これに対して、有給

参考２．責務 (Responsibility) と説明責任 (Accountability)

責務とは、ある仕事を達成する責任であり、説明責任とは、その行為・結果に対して説明できなくてはならないという責任である。無資格看護者にとっての責務とは Job Description に書かれている内容であるが、説明責任はない。一方、看護師は看護行為に対し、責務と説明責任の両方をもつ(Australian Nursing Council (ANC), 2003; Crisp & Taylor, 2002; Yoder-Wise, 2003)。

での研修を提供している施設、あるいは、将来RNとなる看護学生も求人対象としている場合もある。このように、実働するCarerは、ほとんど看護に関する教育を受けていない人材から、ある程度教育を受けている人材までさまざまであるということがいえる。したがって、対象となる無資格看護者にタスクを遂行するのに適任かどうかという判断は、Delegationの意思決定者である看護師の裁量によるものと思われる。

加えて、採用した無資格看護者の教育に関する公的な規則もない。このような、職務上の教育に関して、米国でもナーシングホーム（高齢者養護施設）における無資格看護者に必要とされる最低要件は明らかにされていない[22]のであるが、看護学においてアメリカの後を追う形のオーストラリアにおいても、だれが無資格看護者の教育に責任をもつのか等、詳細な議論がまだ充分ではない領域であるといえよう[23]。ところで、多くの研究が看護師（RN）数とケアの質に正の相関関係があることを証明している[24]。また、2001年のアメリカの労働者統計(Bureau of Labor Statistics,2003)では、無資格看護者の就業中の負傷と疾病(occupational injury and illness)による休職が、全ての労働者中でトラックドライバー(約13万件)について、第二位(約7万件)であると報告している[25]。このような事実は、適切な教育を受けた看護師がルーチンケアを行なうことが看護の質を保証すること、と同時に、適切な教育がケア提供者自身をケガや疾病から護ることを示唆するといえよう。

このようなところから、施設内で無資格者の研修を行なう場合であっても、看護師がケアに対する説明責任を持つ以上、無資格看護者に対する教育とそのアセスメント（無資格看護者がそれだけのCompetent：能力があるかどうか）は、直接監督をもって看護師が行なうべきである。また、患者ひとり一人に個別性があることからも、同様の疾病をもつ患者であっても、看護師は初回、無資格看護者と共にケア提供を行ない、患者のケアに対するアセスメントと共に、その無資格看護者のケア提供に関するアセスメントを行なうことが必要であり、そのような法的規定の創設が望まれる。

以上、オーストラリアにおけるDelegationに関する諸問題について検討を進めてきた。しかし、西オーストラリア州Nursing Boardによる Delegationの目的は、患者の健康、安全、福祉を改善するところにある。同制度は、患者側の利点として、家庭で過ごすこと、あるいは住むところを選ぶ、あるいは誰にケア提供してもらうかの選択する機会を増した。また、看護の専門職に対しては、専門的判断の機会を増加し、経済的であること、ケア提供者（看護師や家族）の疲労・消耗を予防できるなどの利点をもたらすものと考えられる[26]。

無資格看護者に対しDelegationを行なうかどうかの判断は、そのRN個人の看護観と、その施設毎の看護管理者の看護観も反映される。したがって、看護管理者には、Delegationに関する継続的な評価と、無資格看護者に対する教育プログラムの提供など、Delegationがスムーズに行なわれるための施設内政策枠組みについて整備することが望まれる。日本で現在議論されているヘルパーによるサクションの場合についても同様に、経験のある看護師によるDelegationの判断、ヘルパーに対する私的・公的な教育制度、さらにそれが違法行為とならないような法的解釈の準備が必須である。また、今後、実情に照らして、無資格看護者への教育に対する責任の所在とその教育費の由来等も考慮した、現実的な法的整備が、日本の看護制度の向上と看護サービス向上において必要とされると考える。

Ⅴ．おわりに

超高齢化、疾病構造の変化は、深刻な看護師不足を招き、特に在宅医療サービスにおける問題は大きい。本稿で検討したオーストラリアに

おけるDelegationは、わが国におけるALS協会や在宅医療を支援する家族会などの要望による、喀痰吸引などの医行為をホームヘルパーなどに容認する動きとも関連する。制度上の違いはあるが、オーストラリアの現状と比較することで、わが国において、在宅医療を必要とする患者へ提供されるケアの質と安全の保障上の問題を解決し、在宅医療サービスを充実させる糸口になるのではないかと考えられる。検討すべき英語文献と紙幅の関係上、本稿で検討した内容には限界があるが、これらについては今後の課題としたい。

註

1) 平成15年7月1日医政発第071700号.
2) 平林勝政：医療行為をめぐる法制度論的問題状況、年報医事法学、19：68-90,2004年.
3) 筆者は、日本では看護師有資格者であるが、2005年7月末から、就学の傍らＲＮ取得までの間、西オーストラリア州パースにある障害者施設で、Carerとして勤務している。本稿は、その経験に基づき、日本の医療制度ならびに看護制度上の相違点を視座として検討した。
4) Nurses Board of Western Australia. (2004). *Scope of Nursing Practice: Decision-making framework*: Nurses Board of Western Australia.
5) 同上。
6) Commonwealth Department of Education, S., and Training, (DEST), (2001, 4th December, 2001). *Nursing Education and Graduates: Profiles for 1999, and 2000, with projections for 2001*. Retrieved 26th October, 2005, from http://www.dest.gov.au
7) Dunn, A. (2004, December 11). *Nursing shortage to hit 8500*. Melbourne. Retrieved 26th October, 2005, from www.theage.com.au
8) Bauer, D. (1999). Successful delegation skills enhance patient care. *Association of Operating Room Nurses, 69*(4), 851-855. Retrieved 27th September, 2005, from ProQuest.
9) Marquis, B. L., & Huston, C. J. (2006). *Leadership Roles and Management Functions in Nursing* (5th ed.). Philadelphia: Lippincott.
10) Sikma, S. K., & Young, H. M. (2001). Balancing Freedom with Risks: The experience of nursing task delegation in community-based residential care settings. *Nursing Outlook, 49*(4), 193-201.
11) 前掲註9) Marquis. & Huston.
12) Staunton, P. J., & Chiarella, M. (1997). *Nursing & the Law* (5th ed.). Sydney: Churchill Livingstone.
13) 同上。
14) 前掲註1) Nurses Board of Western Australia. (2004).
15) 前掲註12) Staunton& Chiarella.
16) Craven, R. F., & Hirnle, C. J. (2003). *Fundamentals of Nursing: Human health and function* (4th ed.). Philadelphia: Lippincott.
17) Nurses Board of Western Australia. (2001). *Medication Administration Guidelines*, Perth: NBWA.
18) Tomey, A. M. (2004). *Guide to Nursing Management and Leadership* (7th ed.). St. Louis: Mosby.
19) 前掲註16) Craven& Hirnle, p.113.
20) Standing, T., Anthony, M. K., & Hertz, J. E. (2001). Nurses' narratives of outcomes after delegation to unlicensed assistive personnel. *Outcome Management for Nursing Practice, 5*(1), 18-23.
21) 日本看護協会認定看護看護管理者制度については、http://www.nurse.or.jp/nintei/cna/index.htmlを参照せよ。
22) Harrington, C. (2005). Nurse Staffing in Nursing Homes in the United States: Part 2. *Journal of Gerontological Nursing, 31*(3), 9-15.
23) 実際、筆者が受け取ったJob Descriptionには、「Accepts responsibility to guide new staff in their role as members of the health care team（新人Carerに教育するのはCarerの責任として受け止めること）」、と記載されていた。このような、ルーチンケアの指導に看護師が全く関わらないことで、ケアのレベルが低下することは容易に想像できる。
24) 前掲註22) Harrington.
25) Nathenson, P. (2004). Adapting OSHA Ergonomic Guidelines to the Rehabilitation Setting. *Rehabilitation Nursing, 29*(4), 127-130.
26) 前掲註10) Sikma& Young.

A Study on the Delegation Systems in Australia

Noriyo ITO
(Master of Nursing Study Candidate at La Trobe University, Australia)
Yoko SATO
(Department of Health Sciences, School of Medicine, Hokkaido University)

Abstract

Recently in Japan, a part of medical procedure such as suctioning of sputum has been discussed in that unregulated care providers should be allowed to suction patients suffering from ALS and similar disorders who are home care based. This has a potential to improve quality of life of the patients, but the potential risk of harm to the patients due to lack of training of unregulated care providers may increase. Australia, like Japan, has a shortage of qualified nursing staff; therefore, delegating tasks to unregulated care providers would be a part of nursing care. However, due to the differences of health systems in both countries, it would require comprehensive adjustment in Japan; delegation has a possibility to provide a solution for the lack of qualified nurses. This paper analyses legal, economical, and ethical issues regarding unregulated care providers performing invasive procedures, and concluded that the issues relating to appropriateness of care for delegation for unregulated care providers, RN/Midwife's preparedness deciding tasks for delegation, and education for unregulated care providers and their responsibilities must be addressed before the application of the concept of delegation in Japan.

Keywords: Delegation; Unregulated care provider

(Main content is Japanese)