

急性期一般病棟の看護師が行う看護補助者への委任の様相：
日常生活援助に焦点をあてて

Delegation from Nurses to Nursing Assistants
in General Wards of Acute Care Hospitals:
Focus on Daily Care

鬼頭 幸子
Kito, Sachiko

2019年度 博士（看護学）論文

指導教員：佐々木 幾美

日本赤十字看護大学大学院
看護学研究科

抄録

I. 研究の背景

高齢少子社会における医療ニーズに対応するため、急性期病院においては医師、看護師などの医療専門職の効率的な活用に向けたタスク・シフティングが推進されている。看護補助者（以下、補助者）の活用推進はその一環であり、厚生労働省告示・通知によって看護師長および看護師の指示のもとに補助者が実施することが可能な業務として、療養生活上の世話を含んだ具体的な内容が示され、それに応じて日本看護協会（2019）は各施設に対し、法令などに照らして補助者の役割と業務範囲を整理し、看護補助者研修を実施するためのガイドラインを示した。先行研究では、看護師から補助者に業務が委任されることで、看護師の負担が軽減される一方、補助者が困惑し負担感が増している（小川, 2011）、日常生活援助までも委任することで看護の質の低下に対して懸念がある（中岡・三谷・富澤他, 2016）ことなどが明らかにされているが、施設によってどのような仕組みや看護師の判断のもとに日常生活援助が補助者に委任され、補助者がどのように実施しているかの具体的な様相は明らかにされていない。これを明らかにすることは、看護師から補助者への適切な委任を行うための具体的な示唆につながり、必要な施設・病棟の体制の整備や看護師への教育を検討するための一資料となると考える。

II. 研究目的

急性期一般病棟の看護師が看護補助者へ患者の日常生活援助を委任する様相を明らかにする。

III. 研究方法

質的記述的研究デザイン。委任に関わる組織の仕組みや慣習、そこでの人々の相互作用を探究するにあたり、エスノグラフィーに基づいて参加観察と半構成的面接を行った。研究期間は2019年5月～9月で、2つの急性期病院の各1病棟（共に整形外科）を研究施設として1施設あたり約3か月間、週1～3回参加観察を実施した。研究参加者は2施設合わせて看護師長2名、看護師8名、看護補助者6名であった。参加観察は、看護師から補助者に委任する場面や看護師と補助者が患者の日常生活援助を一緒に行う場面を中心に行い、面接は看護師長と経験年数5年以上の看護師に1～3回実施し、看護師長には補助者の業務基準や教育体制を質問し、看護師には観察した場面の確認と補助者への委任に対する考え等を質問した。データ分析は佐藤の質的データ分析（2008）を参考に施設毎に行い、インタビュー結果を組み込み再構成した場面から委任の様相を見出した。

IV. 倫理的配慮

日本赤十字看護大学の研究倫理審査委員会の承認（2019-102）を得て実施した。1つの施設は看護研究倫理審査委員会の承認を得て研究活動を開始した。研究参加者には研究の趣旨と方法、参加の同意への自由意思と辞退可能なこと、辞退に伴う不利益は生じないこと、個人情報の保護、結果の公表について文書と口頭で説明した。

V. 結果

2施設とも看護師から補助者への日常生活援助の委任は「食事介助」、「移乗・移送」、「排泄介助」、「体位変換」、「ナースコールの対応」、「清潔ケア」に関して行われていた。その中でも清潔ケアの委任は、患者の安全確保や必要な観察、回復を進めるかかわり等、複数の要素を含み展開していたことから清潔ケアの委任に焦点を当て、様相を明らかにした。

1. A病院における看護補助者の業務・教育体制と委任の様相

A病院では補助者の業務基準や教育体制が整備され、新人補助者の教育は先輩の補助者が行い、新人補助者は看護師長との定期的な面談を経て段階的に業務を習得していた。補助者への委任に関する看護師への教育は行われていなかった。

A病棟では13の委任の様相が見出された（以下、【】で示す）。清潔ケアの委任は受け持ち看護師が行い、委任の必要性の判断について【看護師は、清潔ケアを看護本来の仕事と捉え、許容を超えた時に看護補助者への委任を考える】ことを行っていた。そして、委任する前に【看護師は、患者の安全の確保と安楽を考えて委任する患者を選定する】、【看護補助者に頼み過ぎないように看護師同士で委任内容を調整する】過程を経ている。看護師同士の調整の場は他の看護師の委任の判断を学ぶ機会になっていた。補助者に委任内容を伝える際は、【看護師は、看護補助者の背景を踏まえて簡潔に委任内容を伝え、看護補助者は難なく理解する】、【看護師は、看護補助者が不安なく実施できるように事前の打ち合わせを行い、看護補助者は安心して行う】相互作用が展開されていた。また、看護師と補助者は共に働く上で互いの忙しさに配慮し、【看護師は無理を承知の上で依頼し、看護補助者は忙しい看護師のためにできる限り引き受ける】ことがあった。稀に【看護補助者は忙しい看護師を助けるために自己判断で清潔ケアを行う】こともあり、看護師達は補助者の思いを汲みつつ、補助者は看護師の指示のもとで業務を実施する必要性を再認識していた。

補助者への委任後は、【看護師は、医療の資格を持たない看護補助者に任せられることを見極め、治療に関することは自分で行う】、【看護師は、患者に負担をかけないように清潔ケアのタイミングで観察や処置を行う】様相が見出され、看護師は補助者に任せきりにせず、

自らすべきことを判断し実施していた。一緒に清潔ケアを行う場面では、【看護補助者は手順通りに清潔ケアを行い、看護師は患者の回復を促進するかかわりを織り交ぜながら行う】、【看護師と看護補助者は阿吽の呼吸で清潔ケアを行う】様相が見出され、【患者も看護師も看護補助者の持ち味に助けられる】こともあった。そして【看護師は、委任の責任をとる覚悟で自ら患者の状態を確認し、看護補助者も安心する】ことが明らかになった。委任した業務の実施後の評価は必ずしも行われているわけではなかった。

2. B病院における看護補助者の業務・教育体制と委任の様相

B病院では補助者の業務基準や教育体制が整備されていた。新人補助者の教育は先輩補助者が行うが、患者に直接かかわる業務だけは看護師が教育し、副看護師長が技術の評価を行っていた。補助者への委任に関する看護師への教育は行われていなかった。

B病棟では11の委任の様相が見出された。清潔ケアの委任は日勤のリーダー看護師2名が行い、委任の必要性の判断はA病院の看護師と同様に、【清潔ケアを看護本来の仕事と捉え、許容を超えた時に看護補助者への委任を考える】ことを行っていた。そして、【リーダー看護師は、委任の責任をとる覚悟で患者と看護補助者の安全を確保し委任を決める】ようにしており、【リーダー看護師は、受け持ち看護師や看護補助者の業務が偏らないようバランスをとり委任内容を決定する】、【リーダー看護師は、清潔ケアに加えて状況に応じた対応や回復を促すかかわりが必要な患者の清潔ケアは委任しない】判断を行っていた。

そして、補助者に委任する場面では【リーダー看護師は、過剰な量にならないよう気にかけて委任し、看護補助者は無理なく引き受ける】相互作用が展開されていた。また、看護師はリーダーを担い始めてから補助者への委任の方法や判断を学んでおり【委任経験が浅いリーダー看護師は先輩看護師のサポートを受けながら看護補助者に委任する】様相が明らかになった。看護師から補助者への委任はスムーズに進まないこともあり、【患者に最善の清潔ケアを考えるリーダー看護師から自分達のやり方を守る看護補助者への委任は難航する】様相では、看護師より年上の補助者に対する指示の出しづらさが生じていた。一方で、【患者や看護師を慮る看護補助者の言葉を受けてリーダー看護師は委任内容を再検討する】様相からは看護師が補助者に助けられながら判断していることが明らかになった。

看護師から清潔ケアを委任された後【看護補助者は、患者に不利益がないよう実施前に受け持ち看護師へ声をかける】ことで開始して良いか確認するとともに注意点や患者の状態を確認し、安全な実施に努めていた。それに対して、【受け持ち看護師は、看護補助者の背景を踏まえてわかるように伝え、看護補助者は確実にを行う】様相が見出された。そして、

一緒に行う場面では、【受け持ち看護師と看護補助者は阿吽の呼吸で清潔ケアを行い、受け持ち看護師は観察も行う】ことで患者の負担を減らし、患者は安心して身を委ねていた。委任した業務の実施後の評価は A 病棟と同様に必ずしも行われているわけではなかった。

VI. 考察

1. 清潔ケアの委任における看護師の判断と看護実践

補助者への清潔ケアの委任における看護師の判断は多様な観点を考慮して行われ、生活者としての患者を主体に最適なタイミングで清潔ケアを計画していた。また、補助者とともに行う清潔ケアでは、身体を清潔にするだけでなく患者の回復を進めるために複合的な看護実践が展開されていた。委任の一連の過程における看護師の判断は、刻々と変化する急性期の医療現場の状況に依存して行われるものであり、委任における判断力を身につけ、洗練させるためには状況に根差した学習が必要であることが示唆された。そして、学習の場の例として、看護師同士で委任内容を調整する場を利用し、新人看護師から委任の経験が豊富な看護師が場を共有して、個々の患者に清潔ケアを提供する目的や意味とともに、委任する場合の判断の内容と根拠を伝え合うことで、病棟全体で安定した質の清潔ケアの提供につながることが示唆された。また、補助者への委任における看護師の役割や責任といった委任の原則については、新入職者の集合研修の機会または職場に配属後、早期に看護管理者から伝えることで学習の導入がスムーズになると考える。

2. 日本特有の文化を踏まえた適切な委任

委任における看護師と補助者の言語的・非言語的コミュニケーションには、年長者を敬い、和を重んじる日本特有の文化と、明確な言語のやり取りを必要としない、察するという日本のコミュニケーション文化が影響していた。これにより、自分より年齢が上で経験が長い補助者に対する看護師の指示の出しづらさが生じていたり、看護師と補助者の阿吽の呼吸による清潔ケアの実施が患者に安心と安楽をもたらす様相が生じたりしていた。

また、看護師と補助者は互いの忙しさに配慮しながら協力し合い働いていた。信頼と協力に基づく協働関係は、患者に良いアウトカムをもたらす、委任に必要な要素である。しかし、この協働関係が、看護師は適切な指示を出し、補助者は指示のもとに業務を行うという委任の役割を曖昧にし、補助者の自己判断や実施後の確認の曖昧さを生んでいた。

このことから、日本特有の文化の利点を生かしながらも患者に不利益が生じないように、看護師は明確に委任の指示・確認を行い、補助者は指示を受け、実施後は報告を行い、両者が双方向のコミュニケーションをしっかりとる必要があることが示唆された。

Delegation from Nurses to Nursing Assistants in General Wards of Acute Care Hospitals: Focus on Daily Care

Objective

To describe the interactions relating to delegations of daily care between nurses and nursing assistants at general wards in acute care hospitals.

Method

Participatory observations and semi-structured interviews were conducted in orthopedic wards of two acute care hospitals for approximately three months. Two head nurses, eight nurses and six nursing assistants from both hospitals participated in this study. The researcher mainly observed when nurses delegated daily patient care tasks to nursing assistants and when they performed tasks together in wards. The researcher conducted interviews with two head nurses and eight nurses with more than five years' experience. The analysis focused on hygiene care and reconstructs the observed scenes including interviews. Focusing on the interaction between nurses and nursing assistants and the rules and procedures of wards affecting them, the theme of the aspect of delegation were extracted.

Result

There were 13 and 11 delegations in wards A and B. Both hospitals had established nursing assistant work standards and educational training systems. Nurses perceived hygiene care as their own responsibility and requested help from nursing assistants for tasks that, inevitably, they were unable to perform unaided. Nurses recognized that delegating hygiene care was their full responsibility; requests were made considering the safety of both patients and nursing assistants. The method of giving instructions to nursing assistants was different in each hospital. In ward A, member nurses gave instructions; in ward B, two leader nurses gave instructions. Nurses performed all tasks related to the medical condition and treatment of patients and clearly gave instructions to nursing assistants. Nurses assessed the experience and skills of nursing assistants

and devised personalized methods of communicating with them. Considering nurses' busy schedules, nursing assistants actively approached nurses and accepted hygiene care tasks. Nurses benefited from nursing assistants' positive attitudes and suggestions. However, in ward A, nursing assistants sometimes performed hygiene care based on their judgement. In ward B, when task schedules established by nursing assistants did not comply with the time and details of hygiene care requested by nurses, nursing assistants rejected the requests. This probably disturbed patients' recuperation, and the request was readjusted. Furthermore, work content and procedures were improved for this situation.

Discussion

Nurses did not leave hygiene care to nursing assistants, but instead determined what they needed to do. Furthermore, nurses were involved in promoting patients' recovery through hygiene care. Delegation decision was obtained and refined by situated learning. It was suggested that a learning place where nurses can share the delegation decision is necessary. Nurses and nursing assistants helped and cooperated with each other. Their communication was influenced by Japanese culture that respects the elderly and values harmony. Japanese cultural influence was also seen when they performed hygiene care without speaking. Despite the benefits of culture, communication sometimes went wrong or was ambiguous. Nurses and assistants need to act as delegates and have clear two-way communication.

Keywords: delegation, nurse, nursing assistant, interaction, daily care, acute care hospital

目次

I. 序論	1
A. 研究の背景	1
B. 研究の動機	3
C. 研究目的	5
D. 研究の意義	5
II. 文献検討	6
A. 看護補助者に関する国内の文書や先行研究で使用されている用語の検討	6
1. 協働について	6
2. 委任と委譲について	7
B. 看護補助者の役割と業務内容の変遷	8
C. 看護師が行う看護補助者への委任	10
D. 看護補助者への業務の委任における看護師の判断	12
E. 諸外国における看護補助者の役割と看護師が行う委任について	14
1. アメリカ	14
2. イギリス	17
F. 看護師から看護補助者への委任における社会的相互作用	19
G. 文献検討のまとめ	21
III. 研究方法	22
A. 用語の定義	22
B. 研究デザイン	22
C. データ収集期間	23
D. 研究フィールド	24
1. 研究フィールドの特徴	24
2. 研究フィールドの入り方	24
3. 研究参加者	24
E. 研究参加施設の選定および研究参加者の募り方	25
1. 研究参加施設の選定	25
2. 研究協力病棟および看護師長	25

3. 研究参加者（看護師、看護補助者）を募集する前のフィールドワークの実施	25
4. 経験年数 5 年以上の看護師、看護補助者	26
5. 経験年数 1～4 年の看護師	26
F. データ収集方法	26
1. 参加観察	26
2. 面接	27
G. 分析方法	27
H. 倫理的配慮	28
1. 研究協力施設の看護部長に対して	28
2. 研究協力病棟の募り方について	28
3. 研究参加者の募り方について	28
4. 参加者を募集する前のフィールドワークについて	29
5. 面接について	29
6. 参加観察について	29
7. 参加観察を行う患者に対して	29
8. 研究参加者以外の入院中の患者とその家族に対して	29
9. 研究参加者以外の病棟看護師と看護補助者に対して	30
IV. 結果	30
A. 研究協力施設	30
B. 研究協力病棟	30
C. 研究参加者	30
D. 各施設の看護補助者の業務・教育体制および委任の様相	31
1. A 病院	32
2. B 病棟	50
V. 考察	70
A. 清潔ケアの委任における看護師の判断と看護実践	71
1. 生活者としての患者を主体とした判断	71
2. 清潔ケアの委任にみる複合的な看護実践	73
3. 判断力を養うための学習機会	74
B. 日本特有の文化を踏まえた適切な委任	76

1. 看護師と看護補助者のコミュニケーションと日本特有の文化.....	76
2. 看護師と看護補助者の協働が委任に与える影響.....	77
3. 実施報告と評価の必要性.....	78
4. 医療現場の将来像を踏まえた適切な委任への課題.....	80
C. 看護実践への示唆.....	81
D. 本研究の限界と今後の課題.....	82
VI. 結論.....	82
謝辞.....	83
文献.....	84

表目次

表 1. 研究協力病棟の概要.....	30
表 2. 研究参加者（看護師・看護補助者）の概要.....	31
表 3. A 病院 A 病棟の看護補助者の勤務形態と主な業務内容.....	33
表 4. A 病棟の看護師から看護補助者への清潔ケアの委任の様相.....	35
表 5. B 病院 B 病棟の看護補助者の勤務形態と主な業務内容.....	50
表 6. B 病棟の看護師から看護補助者への清潔ケアの委任の様相.....	53

付録目次

資料 1. 基本的看護の 14 の構成要素.....	91
資料 2. 研究参加依頼書（経験年数 5 年以上の看護師宛）.....	92
資料 3. 研究参加説明同意書（経験年数 5 年以上の看護師宛）.....	93

I. 序論

A. 研究の背景

近年、医療の専門職が各々の専門性を必要とする業務に専念することで質の高い、安全で効率的な医療が提供されるよう急性期の医療現場では患者の治療と療養生活の側面から様々な専門職が関わるチーム医療が進められている。看護師は全身状態が不安定な患者の回復に向けて、高度で専門的な医療を提供するだけでなく、生活者として患者が日常生活行動を取り戻す関わりを行っており、その業務は多岐に渡る。特に、急性期一般入院料 1～7 を算定する医療現場では平均在院日数が 18～21 日以内(厚生労働省, 2018a)と短く、看護師は日々、入退院の患者に対応するとともに、医療ニーズと看護必要度の高い患者への看護提供を求められ、多事多端な状況に置かれている。

このような状況に対して、看護業務等を補助する看護補助者の効果的な活用に関する検討がなされ、2010 年度の社会保険診療報酬(以下、診療報酬)の改定において、急性期病院等の看護配置が比較的高い 7 対 1 入院基本料を算定する病棟に対して、「急性期看護補助体制加算」が新設された(厚生労働省, 2010a)。これは、「急性期の入院医療においても、患者の高齢化に伴い、看護補助業務の重要性が増していることから、病院勤務医の負担軽減の観点からも医師が行っている業務の一部を看護職員が担いつつ、看護職員でなければならない業務に専念するため、看護補助者の配置を評価」したものであった(厚生労働省, 2010b)。さらに 2012 年度には「夜間急性期看護補助体制加算」が新設され、昼夜をとおした看護補助者等の配置の強化がはかられている。

これらをうけ急性期病院では看護補助者の雇用が進み、2013 年度に厚生労働省は看護補助者活用推進事業を立ち上げ「看護補助者の活用・質の向上を図り、看護サービス全体を向上させるため、看護管理者を対象とした研修に対する支援」を開始した。日本看護協会も同年、看護補助者を管理・教育する看護管理者への支援を目的として「看護補助者活用のための看護管理者研修テキスト」および事例集を公表した(日本看護協会, 2013a, 2013b)。

看護補助者の業務は、入院基本料の施設基準に「看護師長及び看護職員の指導の下に、原則として療養生活上の世話(食事、清潔、排泄、入浴、移動等)、病室内の環境整備やベッドメイキングのほか、病棟内において、看護用品及び消耗品の整理整頓、看護職員が行う書類・伝票の整理及び作成の代行、診療録の準備等の業務を行うこととする」と定められている(厚生労働省, 2016)。そして、2018 年、厚生労働省は病院の入院基本料の施設基準等の一部改正の告示において、「看護または看護補助は、当該保険医療機関の看護職員

又は当該保険医療機関の主治医若しくは看護師の指示を受けた看護補助者が行うものであること」としている。

以上より、厚生労働省は看護補助者の業務内容や教育研修体制に関する指針を入院基本料の施設基準に示しているが、法令上の明確な定義はないため、看護補助者の業務基準を始め、具体的な看護補助者への業務の委任は医療現場の看護管理者と看護師の裁量に任されている。

看護補助者の配置に係る診療報酬加算が新設された 2010 年以降、厚生労働省が行った看護補助者との業務分担の状況に関する調査（2015）では、看護補助者が単独で行う業務の多くは、物品搬送、寝具やリネンの交換、ベッドメイキングであり、看護職員が主に行う業務の多くは、入院案内、患者の見守り・付き添い、事務的業務であった。療養上の世話に関する業務（おむつ交換、排泄介助、体位変換）は看護職員が主に行う場合と、看護補助者と協働して行う場合が同程度であった。

また、日本病院会が 2015 年に行った「看護業務の役割分担に関する実態調査」では、2010 年時点の役割分担の状況と比較し、環境整備やベッドメイキングは看護師よりも看護補助者が実施する割合が増加していた。清潔ケア（清拭・洗髪・入浴介助・口腔ケア等）や排泄ケア（トイレ誘導、おむつ交換等）は多職種の中でも看護師の実施割合が一番多いが、看護補助者（看護事務補助者・介護職員含む）全体に占める実施割合は、清潔ケアでは 74.2%から 85.7%、排泄ケアでは 69.6%から 83.5%へと増加していた。この調査は、急性期一般入院料を算定する病院の回答が 86.7%と過半数を占めており、急性期病院の傾向として看護補助者が実施する業務が増えていることがわかる。

先行研究にみる看護補助者との業務分担と評価については、瀧本・水口・宮脇他（2016）が、清潔ケアや食事の準備と片付けを看護補助者に委譲し、看護師が患者への説明や指導、情報交換などの時間が増えたと述べている。南部・清野・高橋他（2017）は、看護補助者に患者の搬送や入退院時のオリエンテーション等を委譲し、看護師が患者のベッドサイドに行く時間が増え、直接的ケア、カンファレンス、看護計画評価に費やす時間が増えたと報告している。その他にも、全業務量の 2 割を占める看護記録について看護補助者に療養上の世話に限定した記録を依頼したところ、看護師の記録時間が減少し、患者への声かけや見守りの時間が増えたという報告がある（齋藤, 2017）。

これらの研究から、臨床現場によって看護補助者が実施している業務が異なることがわかる。そして、このことは厚生労働省（2012）が示した「看護職員でなければできない業

務」のとらえ方が医療施設や看護管理者、看護師によって様々である可能性を示唆している。日本看護協会は、臨床現場の看護管理者から看護補助者の業務範囲や内容の具体的な提示を求める声を受けて、2019年2月に公表された「看護チームにおける看護師・准看護師及び看護補助者の業務のあり方に関するガイドラインおよび活用ガイド」に看護補助者の業務のあり方について、看護師の役割や責任も含めて法令等による根拠を示すとともにあらゆる場の看護管理者や看護師が活用できる具体的な業務内容を示した。これをもとに医療現場では、看護補助者の業務基準や業務内容の整備が進められている。

B. 研究の動機

私は、急性期の医療現場における看護補助者の活用推進により、患者に接しない業務だけでなく患者に直接かかわる日常生活援助も医療の資格をもたない看護補助者に手渡されることで看護の質が低下するのではないかと危惧している。患者の日常生活援助は看護師が行うからこそ患者の自然な回復が進むのであり、誰が行っても同じということではない。

Henderson (1961/2006, p. 11) は、「患者が日常生活のパターンを保つのを助けること、すなわち、ふつうは他者に助けしてもらわなくてもできる呼吸、食事、排泄、休息、睡眠や活動、身体の清潔、体温の保持、適切に衣類を着ける、等々の行動を助けること (p. 14)」が看護師の第一義的な責任であり、看護師はこのような「基本的看護ケアについては権威者である (1966/2017, p. 42)」と述べている。つまり、Henderson が述べる基本的ケア、本研究で言うところの日常生活援助に関しては看護師が優れており、看護師が行うことがふさわしいことを示している。

また、Henderson (1966/2017) は「看護論」の中で、「住み込みの医師のいない病院や事業所、および在宅看護サービス、学校の場合など(p. 66)」において、看護師が医師の役割を引き受けて医療業務を行うことについて、「看護師の第一義的な役割を全うすべき時間を犠牲にしている (p. 67)」と述べ、「看護師が医師の業務にくい込めば、必然的に看護本来の仕事は十分な教育的背景のない職員の手に渡されることになる (p. 67)」と述べている。

「看護論」が出版された1960年代のアメリカでは、第一次・第二次世界大戦時に大量に養成された実務看護師 (Licensed Practical Nurse) と看護補助者 (Nurse Aide) が、看護師 (Registered Nurse) の監督のもとベッドサイドケアを行い、分業体制が構築されていた (早川, 2014)。また、1960年の初めに専門の看護知識と技術をもつ専門看護師、クリニカル・スペシャリスト (Clinical Specialist) が誕生し、1965年には医療管理や簡単な疾患の治療を行うナース・プラクティショナー (Nurse Practitioner) の資格認定プログラムが開設

され (Hamric, 1994/1994 ; 田中, 1995)、看護の分業化に加えて専門分化が進められた時代であった。看護の専門分化が進められた背景には、1950 年代以降の医学の急速な進歩や患者の治療の複雑化、医療の専門分化、医師不足があった (Hamric, 1994/1994 ; 田中, 1995)。このように時代の要請と医師不足を補うために専門看護師が看護の領域を超えて医業へ踏み込んだことは、看護師が患者の日常生活援助から離れていくことを示唆している。そして、前述の Henderson の「看護論」の一節は、医師不在の状況において看護師が医業を行うことによる看護本来の仕事への影響を述べており、この時代の看護の特徴に通じる。

現在の日本の医療現場では病院勤務医の負担軽減を目的の 1 つとして看護補助者の雇用に診療報酬の加算が付き、看護師は多岐にわたる業務で患者の日常生活援助の実施が困難になっており、看護補助者がその一部を実施している。このような状況は Henderson が著書「看護論」の中で述べた内容や当時の時代背景と類似する点があるのではないだろうか。

そして、研究者が抱く危惧は先行研究にも示されている。徳原・山村・小西 (2017) は、急性期病院に勤務する中堅看護師の実践と課題に焦点を当てた研究において、看護師は忙しい状況のなかで、患者の生活を援助する役割が看護助手に移行していることが気にかかっていると述べている。また、中岡・三谷・富澤他 (2016) は、看護補助者の力量により患者に影響を及ぼす不適切なケアが行われていること、看護補助者導入に伴う看護の質向上に疑問を持っていること、日常生活のケアを任せっぱなしにしていることで看護師が患者の全体像を把握できなくなっていることを明らかにしている。これらの研究では、医療に関する資格をもたない看護補助者が日常生活援助を実施することで患者に不利益が生じていること、看護の質が低下する可能性があることを示している。

また、徳原・山村・小西 (2017) の研究では、急性期病院の一般病棟に勤務する中堅以上の看護師 (経験年数 5 年以上) が、看護補助者が患者の日常生活援助を実施することに難色を示し、自分たちが患者にもっと関われば回復につながると葛藤を感じていることを明らかにしている。さらに、この中堅以上の看護師は、経験年数の浅い看護師が生活援助よりも医師の指示を守ることに重点を置いていると感じていた。この研究からは、看護師が患者の日常生活援助を行うことへの看護師の意識が、臨床経験年数によって異なる可能性があることがわかる。さらに、全国の病院の看護部長を対象とした調査では看護職の役割として重要だと捉える業務の上位は「患者の状態判断とアセスメント」「看護計画の立案」「医師とのやりとり」で、生活援助の項目は 3% 以下であった (日本看護協会, 2015)。

これらの研究から中堅看護師 (徳原らの研究では臨床経験 5 年以上) は看護師が生活援

助を行うことを重要視しているが看護管理者や経験年数の浅い（年数は不明）看護師は重点を置いていない可能性があることがわかる。

看護師自身が患者の日常生活援助を行うことの意義や重要性を認識せずに看護補助者へ手渡した場合、患者の回復や自立の促進が妨げられてしまうことになる。

私は、急性期病院のICUに勤務していた頃、一時、看護師の人手不足から比較的軽症な患者の清拭や陰部洗浄を医療に関する資格をもたない看護補助者と一緒に実施することがあった。当時、看護補助者の業務基準は整備されておらず、清潔ケアに関する看護補助者への研修も行われていなかった。私は、戸惑いながら看護補助者に身体の拭き方を1つ1つ教え、看護補助者の動作を確認し、安全に実施することに注力したため、清潔ケアをとおして患者が自分の身体の感覚を取り戻し、治癒力を高められるように関わることができたとは言い難い。この時の経験から、看護補助者の手を借りて患者の日常生活援助を行う場合の看護補助者への教育研修体制の整備の必要性を痛感し、看護の質を保ちながら日常生活援助を提供するためには、いかに看護師が看護補助者へ適切に委任するかということが重要であると感じた。

先行研究では、看護師と看護補助者の協働における双方の思いや認識（田道・渡邊・渡邊他, 2005; 五十嵐・白鳥・小見他, 2017）、協働における課題（中岡・三谷・富澤他, 2016）、看護師と看護補助者の業務分担の現状と看護補助者活用の効果と課題（滝下・南田・山川, 2018）、看護職と看護補助者による看護補助者の役割認識の尺度開発（佐伯・國江・武村他, 2019）が行われていた。しかし、看護師から看護補助者への委任について具体的に明らかにした研究は行われていない。

以上から、看護師がどのような判断のもとに看護補助者へ日常生活援助を委任し、指示・監督を行っているか、組織の体制を踏まえ、臨床現場で展開される看護師と看護補助者のやりとりと、そこでの両者の考えについて具体的な様相を浮き彫りにし、適切な委任に求められることは何かを探求する必要があると考えた。

C. 研究の目的

急性期一般病棟の看護師が看護補助者へ患者の日常生活援助を委任する様相を明らかにする

D. 研究の意義

看護師が患者の日常生活援助を、どのような判断のもとに看護補助者へ委任しているのか、その具体的な様相を明らかにすることは、日常生活援助の質を保ちながら看護師が看

護補助者へ委任、指示監督を行うための具体的な方法への示唆につながるとともに、課題を明らかにすることにつながる。また、委任の様相について看護師、看護補助者、患者の相互作用に注目し、施設や病棟の特性も含めて明らかにすることで、委任に影響する人的要因や環境要因が浮き彫りになり、看護師と看護補助者の関わりのある方や施設・病棟の体制の整備への示唆を得ることができる。そして、適切な委任に向けて看護師に必要な教育を検討するための一資料となる。

Ⅱ. 文献検討

本章では、まず始めに看護補助者に関して厚生労働省の文書や先行研究で使用されている協働や連携、委任や委譲の用語の意味を整理し、本研究で使用する用語を明確にする。次に、看護補助者の役割や業務内容の変遷を概観し、看護師が行う看護補助者への業務の委任や委任における看護師の判断について文献検討を行う。さらに、看護補助者の活用を進めるアメリカやイギリスにおける看護補助者の役割や委任に関する文献を概観する。最後に、委任の様相を明らかにするにあたり注目した社会的相互作用についてまとめる。

A. 看護補助者に関する国内の文書や先行研究で使用されている用語の検討

1. 協働について

厚生労働省の文書では、看護補助者は看護師長及び看護職員の“指導”の下に業務を行うことと定められており（2016）、業務は看護師と“分担”し、両者が一緒に患者のケアなどを行う場合は“協働”と表現されている（2015）。

先行研究では“協働”や“連携”という表現を用いて、協働、連携を行うための課題に焦点を当てた研究（中岡・三谷・冨澤, 2016；飯島・相良・依田, 2011）、協働、連携の実態と職務満足度を調査した研究（瀧本・水口・宮脇他, 2016）、連携の取り組みと評価を行った研究（結城・笹岡・北添他, 2014）、協働における看護師の判断を明らかにした研究（原口・川村, 2008）、協働における看護師と看護補助者の思いに焦点を当てた研究（田道, 2005）が行われている。これらの研究で協働や連携の用語の定義を行っている研究は4つあるが、協働と連携の定義に明確な違いはなく、共通する内容は“協力して業務やケアを行うこと”であった。また、これらの研究で看護師と協働や連携を行う対象は看護補助者だけでなく、介護福祉士やヘルパーが含まれていた。

協働の概念については、様々な分野で概念分析が行われており、保健・医療・福祉領域における「協働」の概念分析を行った研究では、看護職と介護職もしくは医師といった専

門職間の協働の概念を明らかにした文献（Henneman, Lee., &Cohen, 1995；吉井，2004；溝江・八島，2016；大儀，2017）がほとんどで、非専門職を含めたより包括的な概念として協働を捉えた文献（中村・岡田・藤田，2012）は1つだけであった。そして、“協働”の定義は文献によって少しずつ異なり、保健・福祉領域の専門職間の協働概念を分析した溝江・八島（2016）は「共通の目的を持ち、互いの専門性や能力を認め、能動的に協力し合いながら、ケアの方法を決めて実施している関係を築く過程」と定義している。また、医師・看護師間の協働概念の定義では「協働は複雑で精巧な過程であり、すべての関係者に能力と信頼、集団へのコミットメントを必要とし、互いに尊敬と信頼をもつことが重要である」と述べている（Henneman, Lee., &Cohen, 1995）。さらに、専門職に限らず非専門職や時に患者を含めた協働の概念を述べた文献では「共通の目的・目標を達成するために、連携を行い、活動を計画・実行する協力的行為である」と示している（中村・岡田・藤田，2012）。専門職間の協働の概念と、非専門職も含めた協働の概念の定義に大きな違いはないが、専門職間の協働の概念では、互いの専門性を認め合うという点が特徴である。

ここで改めて協働の概念を踏まえて看護師と看護補助者の協働に関する先行研究を眺めると、国内の先行研究では、専門職としての国家資格を有する介護福祉士と資格を有しない非専門職である看護補助者やヘルパーを包括して協働と表現していることがわかる。

本研究では、看護補助者は看護師を補助する位置づけにあることを前提として、看護師がいかに判断しながら看護補助者に日常生活援助を任せているかを明らかにすることを目的としていることから、「協働」という表現ではなく「委任」または「委譲」を用いる方がより適していると考えられる。次の項で「委任」と「委譲」を比較し本研究で「委任」を用いた理由を示す。

2. 委任と委譲について

委任とは、広辞苑では「ゆだねまかせること（新村，2009）」と記され、民法上の用語では「当事者の一方が法律行為をすることを相手方に委託し、相手方がこれに承諾することによって、その効力を生ずる（六法全書，第643条）（山下・山口，2017）」ものであると定義されている。また、委任は囑託や委託を類語として「仕事や業務、物事の処理など人に依頼して任せること（類語例解辞典，2003）」を意味すると示されている（小学館辞典編集部，2003）。

保健・医療・福祉の分野では委任の用語の定義や概念分析を行っている文献は見当たらず、看護の事典にも掲載されていない。先行研究では一つの文献に協働、連携、委任、委

譲の用語が混在しているものが多い。加えて委任と委譲は、業務を任せる、依頼するといった意味で同じように使用され区別されていない。また、委任、委譲ともに、表現の対象となる人物は、看護師長から看護師、看護師から看護補助者もしくは他職種（介護職）である点は共通していた。しかし、委任だけは先輩看護師から後輩看護師への仕事の委任（山内，2015）、日々の業務リーダーを担う看護師から同僚の看護師への業務の委任（山品・舟島，2006）という表現で用いられていた。つまり、看護研究において委任という言葉は、職位の上下間、職種間、同僚間、同僚同士など様々な関係で適用されていることがわかる。

委譲については、「他にゆだねゆずること（広辞苑）（新村，2009）」、「権限などを他に譲りわたして、まかせること（明鏡国語辞典）（北原，2009）」と辞書に記されている。看護学事典では「委譲」の記載はなく、「権限委譲」という言葉で掲載されており、「上位者の指示を受けなくても下位者が自己の判断で職務を遂行できるよう、上位者の持つ権限を下位者に委譲すること」とある（見籐・小玉・菱沼，2011）。つまり、委譲は自分がもつ権利や権限などを他者に譲る行為と捉えることができ、委任は受任者との合意の上で業務等を依頼し、任せるという行為であることから、両者の意味は異なることがわかる。さらに、行政法では権限の委任という用例があることを踏まえ、委任の内容は仕事や業務、物事の処理に限らず権限も含むと捉えることができる。以上から本研究では、委譲よりも広い委任対象を内容に含む委任を使用する。

B. 看護補助者の役割と業務内容の変遷

看護補助者（看護助手、ヘルパー）の採用は昭和25年、26年頃から始められ、昭和39年ごろから本格的に全国で採用され始めた（川島，1973）。1950年（昭和25年）は、「完全看護」制度が開始された年であり、病院における看護は、家族や付き添いの手によって行うのではなく、その病院に所属する看護職（患者4人に1人）の手で行うというものであった（草刈・田村・矢野，2008，p. 55）。「完全看護」の時代、入院患者の身の回りの世話は、看護師と看護補助者が行っていた。

1958年に「基準看護」制度に変わり、看護師は医療の目的で入院患者の身の回りの世話をすることが明確になり、厚生労働省は「看護婦、准看護婦、補助者、の比率を5:3:2と定めて、2割の補助者の導入を公式に認めている（須田，1976）」。「基準看護」の時代、食事の介助などは看護補助者が受け持つことが多くなった一方で、寝具や食事の準備は看護補助者ではなく、病院側が行うこととなった（永井，2017）。

1992年、「施設における看護の役割検討プロジェクト報告（日本看護協会）」は有資格者

が専門的業務に専念するには、看護師の適切な指導があればできる部分を担う看護補助者が必要であるとして、看護補助者は「看護婦の指示のもとに看護業務を補助する役割」と定義づけられた。そして、看護補助者の業務は①生活環境に関わる業務、②日常生活にかかわる業務、③診療にかかわる業務の3項目に分けられた（日本看護協会, 1996）。この報告によって、看護補助者は、看護師を補助する役割を担うことが明確に位置付けられた。

その後、1994年の医療保険制度・老人保健福祉制度の改正により、診療報酬制度上の看護補助者の評価がなされ「看護補助加算」が新設された。さらに2010年には「急性期看護補助体制加算」、2012年には「夜間急性期看護補助体制加算」や創設された。

看護師と看護補助者の役割分担については、厚生労働省（2007）が「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について」の中で、院内の物品の運搬・補充、患者の検査等への移送、診療に関わる業務（書類や伝票等の整理、電話対応、検査室への患者の案内、入院時の案内、食事の配膳など）は看護補助者や事務職員の積極的な活用を図ることが望ましいと示した。これには、専門性の高い業務に医師や看護師等の医療関係職を集中させることで、医師や看護師等の医療関係職の負担を軽減するねらいがあった。

2016年の診療報酬制度改定では、入院基本料の施設基準に、看護補助者は療養上の世話や病室内の環境整備、ベッドメイキングだけでなく、「病棟内において、看護職員が行う書類・伝票の整理・作成の代行、診療録の準備を行うこととする」ことが追加された。

さらに、日本看護協会は2019年2月に公表された「看護チームにおける看護師・准看護師及び看護補助者の業務のあり方に関するガイドライン及び活用ガイド」では、各施設の体制整備や看護補助者への適切な業務の指示と看護師の責任に関する基本的な考え方が示され、今や看護補助者はチーム医療の推進を担う一員としての役割を担い、業務内容は拡大しており、今後もその傾向は続くことが予想される。

また、看護職員の需給推計によると2025年には日本全国で188～202万人の需要に対して、供給推計は175～182万人であり、特に関東や関西の都心部で看護職員が不足することが予測されている（厚生労働省, 2019a）。これに対して、厚生労働省は看護職員確保対策の推進における具体的施策の1つに看護補助者との協働の在り方、活用、夜勤への対応などに関する看護管理者、看護職員への研修の推進を挙げている。

以上より、専門職としての看護師の役割や看護補助者への適切な業務の委任を考える重要性が増していることがわかる。

C. 看護師が行う看護補助者への業務の委任

検索データベース医学中央雑誌 Web 版 Ver.5 を用いて検索年は限定せず会議録を除いた原著という条件を付加し、「看護師」、「看護補助者」、「委任」のキーワードを組み合わせて検索した（2019 年 10 月）。その結果、「看護師」と「委任」で 14 件、「看護補助者」と「委任」は 0 件であった（2019 年 10 月）。その中で看護師が行う看護補助者への委任に関する文献はなく、療養病床に勤務する看護師・介護福祉士・看護補助者がそれぞれ他職種に委任したいと考えている業務を調査した文献（富士・伊達・永井他，2012）だけであった。

そこで、「委譲」のキーワードを追加し、会議録を除いた原著の条件で再検索したところ、「看護師」と「委譲」で 100 件、「看護補助者」と「委譲」で 30 件という結果だった（2019 年 10 月）。文献は解説や特集がほとんどで看護師から看護補助者への委譲に関する研究は 1 件で、院内共通の医療補助員業務手順書に基づいた 3 か月の実施状況を把握し、医療補助員への業務委譲の課題を明らかにした研究（仁木・松本，2016）であった。

これらのキーワードだけでは先行研究の傾向が十分にわからないため、「協働」、「業務」、「業務分担」のキーワードを追加し、会議録を除いた原著を検索した結果を含めて文献検討を行う。検索結果は、「看護補助者」と「協働」で 318 件、「看護補助者」と「業務」と「看護師」で 217 件、「看護補助者」と「業務分担」で 54 件であった（2019 年 10 月）。

「協働」の統制語は全て（専門職間人間関係、チームナーシング、チーム医療、医師・看護職関係、他部門連携）選択した。検索結果の中から、看護師と看護補助者の協働や業務分担に関する文献と、これらの文献が引用した文献リストの中に該当する文献があった場合は対象の文献を含めて検討を行った。

看護師と看護補助者の協働や業務分担に関する研究は 1990 年代後半から行われ始め、診療報酬制度で「急性期看護補助体制加算」が新設された 2010 年以降増加している。研究の主なフィールドは、急性期病院、療養病床、精神科病棟（認知症病棟を含む）であり、急性期病院をフィールドにした研究は徐々に行われ始めている。

研究内容は主に、各医療施設の取り組みに焦点をあてた研究と臨床現場における日々の業務や看護師と看護補助者の協働の課題等に焦点を当てた研究に大別することができる。

各医療施設の看護部の取り組みについては、看護補助者の具体的な業務内容が各医療施設の裁量に任されていることに基づいて看護補助者の業務基準や手順書を作成し、評価を行っている研究がある。例えば、時廣・又吉（2015）が看護補助者活用推進事業として実施した研修の評価において、502 の施設（うち病院は 487）のうち 91.2% の施設で業務マ

マニュアルまたはガイドラインを作成していることが明らかにされている。仁木・松本(2016)は、院内共通医療補助員業務手順書配布後3か月間の活用及び補助員への業務の委任に関する課題を明らかにする研究を行い、「生活環境に関わる業務」や「診療に関わる周辺業務」は概ね手順書通りに実施され、遵守率は約8割であったが、「日常生活に関わる業務」は手順書の遵守率が60%後半と低く、看護師の指導がされていない、実施する機会がない等の理由で実施率も低いことを明らかにしている。

看護補助者に委任する業務内容については、いくつかの文献に見ることができる。まず、看護補助者に業務を委任する目的については、煩雑で多岐に渡る看護師の業務を整理し、看護師以外でも実施可能な業務を依頼し、看護師が専門性を必要とする業務に専念できるようにするため、という共通性があった。具体的な委任の内容については文献によって異なり、患者の移送や入退院時のオリエンテーション、物品管理(南部・清野・高橋他, 2017)、療養上の世話に限定した看護記録(齋藤, 2017)、療養上の世話(瀧本・水口・宮脇他, 2016)、ナースコールの応答、物品管理、患者の重症度に応じた療養上の世話(原田, 2013)等であった。これらの文献からは、病院の特性や臨床現場の業務の特徴に応じて看護師の専門性を必要とする業務が判断されていることがわかる。

看護師と看護補助者の協働という表現で書かれている文献については、看護管理者の視点から、急性期病院における協働の課題として、連携や業務分担の難しさ、患者に影響を及ぼす看護補助者の不適切なケア、看護補助者導入による看護への効果に対する危惧が浮き彫りにされている(中岡・三谷・富澤他, 2016)。この研究では、看護補助者に委譲する業務基準が不明確であり、看護職の専門性を必要とする業務か否かの判断が看護師によって異なることが浮き彫りになったと述べられていた。

看護補助者の視点から看護師との協働に焦点を当てた研究では、回復期の病棟で働く看護補助者の職業意識を明らかにした研究がある(小川, 2011)。この研究で看護補助者は【医療に関すること以外は全部やらなくてはいけない】と自分たちの役割を認識しつつも実際は【3職種(看護師、介護福祉士、看護補助者)の役割があいまいで分からない】状況にあり、【3職種の良い人間関係と役割意識があると上手い連携が取れる】と考えていると述べられていた。また、看護補助者は「看護補助者の仕事だと決めつけて仕事を押し付ける看護師がいる」と話し、看護補助者の業務について看護補助者と看護師の認識が異なる可能性や、看護補助者への業務の委任が適切に行われていない可能性を示している。

看護補助者の役割については、看護職と看護補助者が認識する看護補助者の役割を測定

する尺度を開発した研究において、「広い視野をもち多様な段階に対応する」、「ケアを通じて患者の力を引き出す」、「一員としてネットワークを築く」、「チームの患者情報を豊かにする」の4因子が抽出されていた。その内容には、看護補助者がチームの一員としてネットワークのパイプ役を担うこと、患者の情報をもつ存在としてチームに貢献すること、患者のケアを行い、患者の力を引き出すことなど、多くの役割を期待され、看護補助者自らも担いたいと考えていることが明らかにされている（佐伯・國江・武村他, 2019）。

田道・渡邊・清水他（2005）は、認知症病棟で働く看護師と看護補助者の双方を対象に協働に対する思いを明らかにしている。看護師は指示が円滑に伝わらないこと、診療の補助や記録に専念したいのに看護補助者が理解を示さないと感じていること、看護補助者に指示待ちばかりではなく、知識や技術を身につけて自分たちで判断してケアしてほしいと感じていた。一方、看護補助者は看護師によって指示伝達が異なること、配慮に欠けた指示伝達があること、看護補助者が患者の安全を中心にした職業観を持っていることに理解を示さないこと、看護師が診療の補助や看護記録に専念して治療ニーズの低い患者との関わりが少ないこと等を問題と感じていた。

これらの研究からは、看護補助者に対する看護師の適切な業務の委任、指示、監督が適切に行われていないことによる様々な問題（ケアの質低下による患者への不利益、業務に関する理解の不一致、両者の関係性の悪化等）が生じていることがわかる。

患者へのケアの質を保ち、看護師と看護補助者が良好な協力関係を築きながら働くためには、各医療施設が看護補助者の業務基準を定めることに加えて、看護師には看護補助者へ適切な業務の委任を行い、指示、監督し、その場の状況や看護補助者の能力に応じて適切な指導を行うことが求められる。本研究では、これまで明らかにされていない看護師から看護補助者への業務の委任に関する具体的な様相と、そこでの看護師の思考や判断を明らかにし、先行研究にみる様々な課題に対する改善策への示唆につなげたい。

D. 看護補助者への業務の委任における看護師の判断

文献は、検索データベース医学中央雑誌 Web 版 Ver.5 を用いて検索年は限定せずに行い、「看護師」、「看護補助者」、「協働」、「判断」、「看護判断」のキーワードを組み合わせ、会議録を除いた原著を検索した（2019年10月）。その結果、「看護判断」で144件、「看護師」、「判断」、「協働」で342件、「看護師」、「看護補助者」、「判断」で20件であった。

「協働」の統制語は、チームナースングとチーム医療を選択した。検索結果の中から、看護師と看護補助者の協働における看護師の判断に関する文献、診療の分野や病院の種類、

看護の分野に限定せずに臨床現場で働く看護師の判断に関する文献、これらの文献が引用した文献リストの中に該当する文献があった場合は対象の文献を含めて検討を行った。

看護補助者への業務の委任における看護師の判断については、原口・川村（2008）が看護職と介護職との協働における看護判断に焦点をあてた研究結果の中にその一部を見ることが出来る。原口らは、療養病床の入院患者によくみられる事例を作成し、事例の患者に「清潔ケア（15種類）」を実施する場合、看護職は各清潔ケアの実施者を誰が判断し、判断時に何を重要視するかについて質問紙調査を行っている。この研究では、看護師長、主任、療養病床経験3年以上の看護師485名を対象にしており、介護職は介護福祉士、看護補助者等、看護師とともに生活上の援助を行う者の総称と定義していた。研究結果では、看護職が介護職と協働する際の看護判断の特徴として、患者の現状の健康問題（心身状態）、ケアによる身体への「危険度」を判断し、協働行為実施者の「技術度」を勘案しながら、協働提供するためのケアの「時間回数頻度」、「他行為との関連」を調整し、「物品統一」、「ケア場所」を考慮して協働によるケアを安全に行うための判断を行っていることが明らかになっている。この研究から看護職は、介護職の様々な背景を考慮し、患者の健康状態とケア実施による危険性の回避に重点をおいた判断を行っていることがわかる。

この他に看護補助者への委任における看護師の判断に関する研究は見当たらないが、中堅看護師の自律や判断に関する研究では、日々の看護業務における看護師の判断の様相がわかる。梁・小林・藤原他（2010）は、5年以上の中堅看護師を対象に、療養上の世話における看護師の自律に関する実態調査を行い、耐圧マットの検討や尿測の方法、不眠時の対応について医師に相談し、排泄介助、散歩計画、食事形態の変更、食事介助、臥床中の洗髪において看護師独自の判断を行っていることを明らかにしている。これらの場面における看護師の判断はいずれも予め出されていた医師の指示に従うだけでなく患者の状態を踏まえて判断し、医師に相談していた。また、看護師は起こり得るリスクを予測した上で患者の希望に沿った看護を提供していた。

療養上の世話に限らず、診療の補助も含めて中期キャリアにあるジェネラリストナース（経験8～19年）が専門職として行う自律的判断の研究（朝倉・籠, 2013）では、看護師は「その人らしさを引き出し、その希望や意思をつなぐ」ことを目指して「医師の指示を吟味し補う」、「患者の生活に関わる介入を主導する」判断を行っていることを明らかにしている。また、彼らが自律的な判断を下す際には「看護師同士で補い合い、より難しい判断をする」、「微細な変化を素早く全体的にとらえ予測する」工夫をしていると述べている。

この2つの研究から、中堅以上の看護師は患者を全人的に捉え、患者の生活の質向上を重視し、自律的な判断のもとに看護業務を行っていることがわかる。また、「専門職としての成立要件である自律性（朝倉・籠，2013）」という観点から判断の様相を捉えており、中堅以上の看護師は看護補助者への業務の委任においても専門職として自律的な判断を行っていることが考えられる。中堅以上の看護師に焦点を当てて看護補助者への委任の様相を明らかにすることは、委任に関する看護師独自の判断を浮き彫りにすることにつながる。

E. 諸外国における看護補助者の役割と看護師が行う委任について

文献は、検索データベース CINAHL と MEDLINE を用いて検索年は限定せずに行い、急性期病院「acute hospital」、看護師「nurse」、看護補助者「certified nursing assistant」、「patient care assistant」、「health care assistants」、協働「collaboration」、委任「delegation」、業務分担「task sharing」、「sharing work」、イギリス「england or britain or uk or united kingdom or great britain」のキーワードを組み合わせて検索した（2019年10月）。その結果、アメリカの文献については、「certified nursing assistant」または「patient care assistant」と「acute hospital」でそれぞれ1件と4件、「certified nursing assistant」または「patient care assistant」と「collaboration」で11件と6件であった。「certified nursing assistant」または「patient care assistant」と「nurse」と「delegation」ではそれぞれ7件と5件であった（2019年10月）。それ以外のキーワードの組み合わせは0件であった。また、イギリスの文献については、「health care assistants」と「england or britain or uk or united kingdom or great britain」と「acute hospital」で28件、「health care assistants」と「england or britain or uk or united kingdom or great britain」と「collaboration」で17件であった。さらに「health care assistants」と「england or britain or uk or united kingdom or great britain」と「nurse」と「delegation」で28件（2019年10月）であった。それ以外のキーワードの組み合わせは0件であった。

検索結果の中から、アメリカやイギリスにおける看護補助者の業務や役割、看護補助者に対する看護師の業務の委任に関する文献と、これらの文献が引用した文献リストの中に該当する文献があった場合は対象の文献に含めて検討を行った。

1. アメリカ

アメリカの公的医療保険には高齢者と障害者を対象とするメディケアと貧困者用医療制度であるメディケイドがある。医療費総額に占めるメディケアとメディケイドのシェアはそれぞれ20%、15%であるが、医療費財源の60%以上は直接又は間接的に公費でまか

なわれている（府川・磯部，2011，p. 184）。医療費は高いが、看護師の給与は他職種と比較してそれほど高くなく、国内では看護師のなり手は不足している。そして、不足がちな看護師の業務を看護補助者が支えているという現状がある（佐々木・井上・川本，2012）。

アメリカの看護補助者の名称や定義、認定制度は州ごとに異なり、日本とアメリカの看護補助者の実務や役割を比較した国内の文献を見ても、その呼称は PCA（Patient care assistant；以下 PCA）、PCT（Patient care technician；以下 PCT）、CNA（Certified nursing assistant；以下 CNA）、UAP（Unlicensed assistive personnel）など様々である。

PCA は看護補助者のうち特別な資格をもたず、主に患者の身の回りの世話をを行い、PCT は採血、心電図など、専門の訓練（教育機関で、医療介護の受講・実習：3～6 か月間）を修了した者で、PCA の業務に加えて採血や心電図検査などを行っている。カリフォルニア州のように、看護補助者業務について全く教育（研修等）を受けていない無資格者を PCA として扱っている州もあれば、研修を修了した者を PCA として扱っている州、さらには研修を受けたものを CNA（Certified Nurse Assistant：認定看護補助者）や PCT として扱っている州がある（佐々木・井上・川本，2012；大森・Riedford・森，2015）。

アメリカの看護補助者は無資格者ではあるが、州によっては定められた養成プログラムと認定制度があり、職務内容が明確になっている。医療行為の必要がない日常生活の援助は、ほとんど認定看護補助者によって提供され、状態が重くセルフケアが出来ない患者であれば看護師と認定看護補助者が協力して日常生活の援助を提供している場合も多い（大森・Riedford・森，2015）。また、看護師が看護補助者に委任した仕事について、看護補助者が失敗した場合、委任した看護師の責任となることもあり、看護師の基礎教育課程において看護補助者に頼んでよいこと、頼む前に確認すべきことが教育されている（佐々木・井上・川本，2012）。

このような看護師から看護補助者への業務の委任について、アメリカでは、National Council of State Boards of Nursing（アメリカ合衆国看護審議会）（以下、NCSBN）が、看護補助者の役割について、割り当てられた業務（Assignment）や看護師が委任（Delegation）した業務を遂行することを定めている。そして、委任のモデルや過程を標準化し、ガイドラインを示している（NCSBN，2005：2016）。それによると委任（Delegation）とは、選択された看護業務や活動、機能を完了させるために適任者に権限を委任することであり、患者のケアに対する臨床判断と最終的な説明責任を求められる能力であると述べられている。そして、適切な委任には 5 つのポイントがある。1 つ目は医療現場の方針や手順に沿って

委任するに適切な仕事であること。2 つ目は、状態が安定している患者であること、3 つ目は、委任する業務に関する知識や技術を備えた適切な人物であること。4 つ目は、委任者と受任者は双方向のコミュニケーションをとりながら委任者は明確に指示を出し、受任者は委任された仕事とその条件および活動を実施する上でいかなる決定も変更も行ってはならないことを理解すること。5 つ目は、委任者は受任者の活動が完了するまで監視し、患者へもたらされた結果を評価し、記録に残すことである。

そして、看護師が看護補助者に対して行う委任の Decision Tree として 4 段階のステップが示されている (NCSBN, 2005)。第 1 段階は、患者のニーズや看護補助者の知識・技術・能力などの査定と計画 (Assess and Plan)、第 2 段階は看護師と看護補助者の双方向のコミュニケーション (Communication)、第 3 段階：監視と監督 (Surveillance and Supervision)、第 4 段階：評価とフィードバック (Evaluation and Feedback) である。この中でも第 1 段階は、委任の実施を決定する重要な部分であり、提示されている複数の条件に適合しなければ委任してはならないと記されている。

看護補助者に対する看護師の業務の委任や看護師の判断に関する先行研究については、急性期の医療現場における看護師から看護補助者への業務の委任に影響する要因について文献レビューを行ったものがあり (Davis., & Farrell, 1995)、NCSBN から委任に関するガイドラインが出される前のものである。この文献では、委任に関連する成功要因が体系的に検討されていないと記され、業務の委任を妨げる要因は、看護師がベッドメイキングや入浴など基本的な仕事を行うことが看護師にとって不可欠であるという信念を持っていること、委任の過程について無知であること、コントロール感を失うことに恐れがあること、委任に伴う責任や仕事の安全性であると述べている。そして、看護師達が看護補助者への業務の委任に消極的なのは、上級看護師が大学教育で委任のスキルを学んでいないこと、経験の浅い看護師が経験や自信がないことが理由であると述べ、看護師不足と病院の財政難を解消するためには看護補助者に業務を委任し、看護師の仕事を再構築する必要があると述べている。この研究で示されたことは、委任に関して体系化された指針がない日本においても生じている可能性がある。

その他には、アリゾナ州の看護委員会が 2004 年から 2008 年の間に実施した試験的なプログラムにおいて、一定の訓練を受けた看護補助者に投薬を委任した結果、委任する前後で投薬に関する過誤に差異はなかったことを明らかにしている (Randolph., & Scott-Cawiezell, 2010)。また、Klein (2017) は、看護師と看護補助者に対して、口腔ケア

の知識や技術、委任に関する教育を実施した群と実施していない群で、看護補助者に口腔ケアを委任した際の口腔ケアの実施回数と記録を比較した研究を行い、教育を実施した群では看護補助者の口腔ケアの回数、記録ともに有意に増加したことを示している。

他には、看護師と看護補助者間のコミュニケーションの改善が患者のアウトカム（転倒率、褥瘡発生率）の改善につながり、看護師と看護補助者が互いの役割や責任、委任の目的を理解することで両者の関係性が強化されることが明らかにされている（Wagner, 2018）。

以上から、看護補助者への教育プログラムの開発と評価、看護師と看護補助者のコミュニケーションが患者のアウトカムに与える影響を明らかにする研究が行われていた。

2. イギリス

イギリスでは、1948年に創設された国民保健サービス（National Health Service；以下NHS）によって、すべての住民に疾病予防やリハビリテーションを含めた包括的な医療サービスを、税を主な財源として原則無料で提供している（府川・磯部, 2011, pp. 178-179）。そして、病院は公営企業（NHS トラスト）が運営しており、看護師や看護補助者は NHS に雇用されている。日本の看護補助者と似かよった業務を行っているヘルスケア・アシスタント（Health Care Assistant；以下 HCA）やアシスタントプラクティショナー（AP）などのヘルスケア・サポート・ワーカー（HCSW）は、患者のケアや治療に関連した直接的サービスを提供し、看護師や助産師の仕事を支援している（小池, 2011）。イギリスには、アメリカのように看護補助者の資格認定制度はないが、1986年に設立された全国職業資格（National Vocational Qualification；以下 NVQ）によってあらゆる分野の職業の技能や能力レベルを認定する制度があり、5段階の資格レベルが設定されている。

日本でいうところの「介護職員」、「看護補助職員」に該当する資格は、医療・福祉（Health and Social Care）分野に分類され（林, 1997）、HCA に対応する NVQ はレベル 2（非ルーチン活動および個人的責任を伴う広範囲な能力）およびレベル 3（指揮監督能力）で、レベル 3 はシニア・ヘルスケア・アシスタントと呼ばれ、HCA よりもハイレベルな技術を行うことができる（小池, 2011）。ただし、HCA は必ずしも NVQ の資格を持つわけではない。Kessler, Herson, Dopson, et al. (2010) の研究によると、イギリスの中でも地域によって NVQ の獲得率は異なり、ロンドンの病院では NVQ レベル 2 の獲得率は 70%、レベル 3 は 30% である一方で、イギリス南部の病院ではレベル 2 が 23%、レベル 3 は 17% と低く、地域によって差があることを明らかにしている。

HCA の業務内容は、患者への直接ケア（清拭、食事介助、口腔ケア、アイケア）、間接

ケア（ベッドメイキング、配膳、患者の移送、退院処方を受け取り）、物品搬送・在庫管理、ワゴン整理、観察・測定（検温、酸素飽和度、血糖値）、より高度な技術を要する検査を実施する仕事（採血、血液ガス、心電図、単純な創処置、吸引、導尿、経管栄養、心臓マッサージ、人工呼吸）などである（Kessler,Herson,Dopson,et al. 2010 ; Webb, 2011）。さらに、これらの業務を複雑性と多様性の次元でみると HCA を 5 つのタイプに分けることができ、ベッドサイドケア中心の HCA やもっとも複雑で多様性に富んだ仕事ができるオールラウンダータイプの HCA などがある。そしてオールラウンダータイプの HCA の 64%は NVQ の資格レベル 3 を取得している（Kessler,Herson,Dopson,et al. 2010）。

HCA に委任する業務内容は明確ではなく、NVQ の資格レベルやバンド（Band）と呼ばれる職務階層システムが一つの目安となる他、病院の機能や方針、病棟の病床数や専門性、患者の重症度やケアの必要性といった要素が影響している。先行研究では、看護管理者は確信をもてずに委任していることが明らかになっている（Kessler,Herson,Dopson,et al. 2010）。看護師は自己の責任において、業務の一部を HCA に任せることができる。HCA にその仕事をする能力がないと判断した場合には委任してはいけないわけで、この判断の正しさが問われることになる（小池, 2011）。

HCA の役割や業務、HCA に対する看護師の業務の委任に関する先行研究については、HCA の役割拡大に対する CCU（critical care unit）勤務の看護師の見解を調査した研究（Sutton,Valentine.,&Rayment, 2004）において、看護師は HCA に委任できる業務について確信が持てないことを明らかにしている。また、急性期病院の病棟看護管理者が捉える HCA の役割や業務について、看護管理者は HCA の業務を広げることは可能だと考える一方で、そのための教育や訓練、HCA が負う責任について明確にする必要があると考えていることが明らかになっている（Jack,Brown.,&Chapman, 2004）。また、Johnson,Magnusson, Allan,et al.（2015）は、増加し続ける看護師の記録が、看護師が行う患者への直接ケアを減少させ、HCA に依頼する機会が増加している背景を受けて、新人看護師にも効果的な委任と監督能力が求められるようになってきていると述べている。また、新人看護師や看護管理者、HCA に参加観察とインタビューを行い、3 つの医療施設を対象とした研究の結果、看護師と HCA が協力的に働くためのいくつかの要因を特定し、病棟の文化、個人の働き方、スキルや能力、効果的なコミュニケーションであることを明らかにしている。このようにイギリスにおいても変化する看護師の業務に伴い、看護補助者の業務拡大や看護補助者への効果的な業務の委任の必要性が明らかになっており、看護補助者の役割や業務内容の見

直し、看護師と看護補助者、双方への教育と業務の委任に伴う責任の所在の明確化が課題になっていた。このような背景を受けて Nursing Midwifery Council（以下、NMC）は委任に関する指針を作成し公表している（2015）。この文書では、委任の定義を「特定の状況において特定の業務を実施する権限を、能力を有する個人に委任することであり、委任に伴う責任は個人及び組織にあり、他者に説明する必要性が生じる可能性がある」としている。さらに、アメリカの委任に関するガイドラインほど詳細な内容ではないが、安全な委任のための指針が示されている。

NMC から委任に関する文書が公表された後の研究では、イギリスが大規模に行った新人看護師の教育や学習過程を調査した研究結果の中で、新人看護師が行う看護補助者に対する委任の 5 つのスタイル（Magnusson, Allan, Horton, et al, 2017）や、看護補助者への委任と監督に関する早期の教育とプリセプターシップでの支援が委任への自信と能力を養うこと（Allan, Magnusson, Evans, et al, 2017）が明らかにされている。その他には看護師から看護補助者への委任に焦点を当てた研究は見当たらず、いかに新人看護師が看護補助者への委任の方法を学ぶかということに焦点が当てられていることがわかる。

F. 看護師から看護補助者への委任における社会的相互作用

看護師から看護補助者への委任の様相は、委任する業務と患者の選定に始まり、委任した業務の実施後の評価に至るまでの一連の過程として捉えることができる。また、そこでの看護師の行為は看護補助者、病棟の看護管理者、看護師、患者との相互作用、施設や病棟で定められている業務基準等の影響を受けることが考えられる。そこで、本研究では病棟という 1 看護単位の社会における相互作用を捉え、委任の様相を明らかにする。

Simmel は、「相互作用とは、人と人がまなざしや身振り、会話などをとおして互いに関係をもつことであり、それが社会の基本的要素である（菅野，2003，p. 32）」と述べ、人々の相互行為により社会が成り立つと考えた。このような社会的相互作用については多くの社会学者がその基本原理に関する理論を唱えている。Mead（1934/1973）は、「他人に与えた刺激が自分自身にも同一もしくは同様の反応(p. 339)」を引き起こす身振りや言語などの有意味のシンボルを用いた他者とのかかわりにおいて人間の自我は生じ、「社会過程の全体およびその過程に含まれている他の個人たちとの関係形成の結果としてある個人のなかで発達する（p. 146）」と述べ、自我と他者との社会的相互作用の過程を明らかにした。そして、Blummer は、ミードの理論を基盤としてシンボリック相互作用論を展開した。

Blummer のシンボリック相互作用論は、3 つの前提に立脚した理論であり、1 つ目は、

人間はものごとが自分に対して持つ意味に則って、そのものごとに対して行為するということ。2つ目は、ものごとの意味は社会的相互作用から導き出され発生するということ。3つ目は、個人が自分の出会ったものごとに対処する中でその個人の解釈の過程によって扱われたり修正されたりするということである。また、シンボリック相互作用論では、人間はお互いの行為の意味を理解しようとし、その意味が同じ時は相互に理解し合っているが、意味に混乱や誤解がある時にはコミュニケーションは有効にはたらかず、相互作用は妨げられ、連携的な行為の形成は障害にぶつかる（1969/1991, pp. 2-12）と述べられている。

本研究は、看護補助者への日常生活援助の委任において展開される看護師同士、看護師と看護補助者、患者等の人々の社会的相互作用を捉えようとするものである。そこで、シンボリック相互作用論を理論的前提の1つとして「社会生活に含まれる能動的な「行為による社会形成 (doing)」の側面を把握し (p. 50)」、「相互作用をとおして現場の人々がその場における具体的な社会的現実を構成し維持していくプロセスを詳細に記述 (pp. 50-51)」するという相互作用のディテールを重要視する Emerson,Fretz,Shaw (1995/1998) のエスノグラフィーに基づいて研究を行う。

エスノグラフィーは「フィールドワークの結果をまとめた調査書 (モノグラフ)」と「フィールドワークという調査の方法あるいは調査プロセスそのもの」という2つの意味を持ち、(佐藤, 2002, p. 285) 研究者は、現場に深く溶け込み、「調査の対象者となる人々が日常生活を送る上で従っている通常の決まりごとや条件、および日常生活にともなう制約やプレッシャーの双方を、自分自身の問題として直接的に、またいやおうなく体験する (Emerson,Fretz,Shaw, 1995/1998, p. 25)」。そして、「現場の人々がどのように生活上の不確定な要素や混乱と格闘し、どのようにして会話や相互作用を通して意味が生まれ、また物事についての理解や解釈が時間の経過の中でいかに変わっていくのかなどの事情について (p. 29)」じかに目の当たりにしながら真実を明らかにする。このようにエスノグラフィーは、研究者がある集団の日常生活に密着し、その集団の文化を捉えようとするものである。本研究では委任に関わる看護師や看護補助者の行為、看護師の判断が施設や病棟の特性など、所属する組織の決まりごとや条件などの影響を受けながらどのように展開されているのかという組織の文化を踏まえて委任の様相を明らかにするという点から、Emerson,Fretz,Shaw のエスノグラフィーに基づいてデータ収集や分析を行う。

G. 文献検討のまとめ

文献検討では、はじめに看護補助者に関して様々な用語が使用されている現状と本研究で使用する用語を整理した。看護補助者への委任においては、看護師と看護補助者の良好な協力関係や相互の役割に対する理解が影響することは国内の文献から推察することができるが、本研究では専門職である看護師と、看護師を補助する位置づけにある非専門職の看護補助者が展開する日常生活援助の委任に焦点を当てることから、協働については研究の中心テーマではないため委任を用いることとした。

次に、看護補助者の業務は医療制度の変遷とともに変化を遂げてきたことを述べた。看護補助者はチーム医療の推進を担う一員として欠かせない存在であり、業務の拡大に伴い看護師の役割や看護補助者への適切な委任を検討する必要性が生じている。

看護師から看護補助者への委任に関してアメリカやイギリスでは指針が示されている。指針が出される前の文献では、基礎教育と臨床現場において委任に関する教育が不足しているために看護師は委任の方法がわからず、委任できる業務について確信が持てないことが明らかになっている。そして、日常生活援助は看護師の仕事であるという信念や業務のコントロール感の喪失への恐れ、責任の所在や安全性の担保への懸念によって委任が進まない現状が示されていた。指針が出された後は、看護補助者が実施する業務について医療過誤の観点から質を調査したもの、新人看護師が行う委任の様相や新人看護師への教育、支援に関する研究、看護師の委任に関する知識と委任行為の実際に関する調査研究、看護師と看護補助者の協働が患者のアウトカムに与える影響に関する研究が行われている。

日本では、これまで看護師が行う看護補助者への委任に関する指針はなく、臨床現場の裁量に任されており、先行研究から、各医療施設では看護管理者や看護師が試行錯誤をしながら看護補助者に業務を委任している実践報告、看護補助者への日常生活援助の委任に関する困難さや課題が明らかになっていた。このような状況を踏まえて公表されたガイドライン（日本看護協会，2019）は、看護師から看護補助者への業務の委任に関する指針となり、今後、指針をもとにした実践報告や適切な委任に資する研究が行われることが推測される。本研究では、看護師から看護補助者への業務の委任の様相について、患者の日常生活援助に焦点をあて、社会的相互作用の視点から臨床現場で生じている事象を浮き彫りにすることで、先行研究では明らかにされていない委任の詳細を組織や病棟の特性、そこで働く人々の関係性ととも明らかにすることができ、適切な委任と委任に影響する看護師と看護補助者の良好な協働関係への示唆を得ることができると考える。

Ⅲ. 研究方法

A. 用語の定義

本研究では、「看護補助者」を医療・介護に関する資格をもたず、看護師長及び看護師の監督・指導の下に業務を行う者と定義する。呼称は、看護補助者、看護助手、介護員、ナースエイドなど施設により異なる。また、看護補助者のうち「主として事務的業務を実施する看護補助者」に当たるクラークは除外する。

「委任」は、看護師が患者の日常生活援助を看護補助者に委ね、任せることを意味し、アメリカの *delegation* のガイドラインを参考に、患者のニーズや看護補助者の知識・技術・能力などの査定と計画（Assess and Plan）、看護師と看護補助者の双方向のコミュニケーション（Communication）、委任した業務の監視と監督（Surveillance and Supervision）、業務の実施評価とフィードバック（Evaluation and Feedback）という一連の過程を含むものとする。

「日常生活援助」は、Henderson（1961/2006）の基本的看護の 14 の構成要素（資料 1）に含まれる援助内容とする。患者の生活環境に関わる業務（病床および病室環境の整備、リネン類の管理）や診療に関わる周辺業務（検査、処置等の準備、物品の補充、入退院の準備や片付け）は含まない。また、基本的看護の 14 の構成要素の中でも直接患者に関わる援助内容を含むこととし、日常生活援助に使用する物品の洗浄、消毒、準備、片付けといった直接患者に関わらない援助内容は含まない。

「清潔ケア」とは、Henderson の基本的看護の 14 の構成要素のうち、「6. 患者が衣類を選択し、着たり脱いだりするのを助ける。」、「8. 患者が身体を清潔に保ち、身だしなみよく、また皮膚を保護するのを助ける。」を含む内容とする。

B. 研究デザイン

本研究は、急性期病院一般病棟の看護師がどのような判断のもとに看護補助者へ日常生活援助の委任を行っているのかについて、委任する日常生活援助内容や患者の選定に関する判断から委任した業務の実施、評価に至るまでの一連の過程を明らかにすることを目的とした。委任を一連の過程として捉えるためには、委任する看護師と委任される看護補助者だけでなく、委任の判断や実施に関わる病棟の看護師と看護補助者達も含めて相互作用を捉える必要があり、判断に影響する病棟の業務内容やスケジュールの作成に関与する看護管理者、施設の方針など様々な影響要因を考慮する必要があると考えた。

したがって本研究は、研究者が臨床現場に身を置いて委任の実際を観察し、そこで生じていることをありのままに記述し、人々の思考と行動の背景をその人々の言葉を聞くこと

で明らかにできるものであった。つまり、「現実には固定された存在ではなく、その研究に参加している個人が構築したもの (Polit & Beck, 2004/2010, p. 14)」であり「現実にはコンテキスト内に存在し、多くの構築が可能である (Polit & Beck, 2004/2010, p. 15)」という相対主義の立場をとる自然主義 (naturalistic) 的観点で行う探求との関連が深い質的研究方法が適していた。また、「ある出来事について、そうした出来事が起きている日常の言葉で包括的にまとめる (Sandelowski, 2000/2013, p. 139)」質的記述的研究方法が適していた。この方法で得られる質的データは、「人々の行為や語りに含まれている意味の世界を再現したり、それについてより深いレベルで理解していくうえで極めて重要な資料 (佐藤, 2008, p. 18)」として研究目的を明らかにすることができるものであった。

そして、本研究は参加観察法と面接法を用いる。参加観察は、Emerson, Fretz, Shaw (1995/1998) のエスノグラフィーに基づいて行い、研究参加者と行動をともにしながら「出来事が起こる時に他者がどのようにそれに対して反応するのかという点について観察する作業と、自分自身でそれらの出来事とその背景となっている状況要因を体験する作業の両方 (p. 25)」を行い委任の様相をとらえた。この観点から捉えることで、看護師から看護補助者への委任の様相を、両者のやりとりだけでなく、職場の決まりごとや条件などの状況要因から受ける影響を含めて明らかにすることができた。

また、研究者は、研究を目的としてその現場にいることは対象者に知られており、集団における役割はもたず、観察とインタビューを中心に参加する「観察者としての参加者」の立場をとった (佐藤, 2002, p. 70)。

面接法では「情報者の感情、認識、思考の発見 (Holloway & Wheeler, 2002/2006, p. 79)」を目的としており、研究参加者が自由に語るができる方法であった。なお、研究目的に沿って設定した質問を行いながらも質問の順序は「面接の過程と個々の参加者の答えによって変わってくる (Holloway & Wheeler, 2002/2006, p. 81)」半構造化面接法を用い、面接の状況に臨機応変に対応しながら柔軟に進めた。

C. データ収集期間

2019年5月～2019年9月 (1施設1病棟につき3か月程度)。

2施設同時に研究協力依頼を行い、1つは施設の倫理審査を受審したため、研究開始時期はもう1つの施設より1か月後であった。

D. 研究フィールド

1. 研究フィールドの特徴

a. 施設の特徴

関東圏内にある急性期一般病棟入院基本料 1～7 を算定する 200 床以上の病院（以下、急性期病院）で「25 対 1 急性期看護補助体制加算」または「50 対 1 急性期看護補助体制加算」を施設基準に含む医療機関 2 施設で、各施設につき 1 病棟とした。

急性期一般病棟入院基本料 13 対 1、15 対 1 を算定する病院については、2018 年度の診療報酬改定において、集中的なりハビリテーションの提供や自宅等への退院支援機能をもつ病床に分類されており、7 対 1、10 対 1 の入院基本料を算定する病院と機能が異なり、平均在院日数も異なる。このような病院機能や入院患者の医療ニーズの違いは看護補助者の業務内容や看護師が行う判断や委任に影響を与えるため除外した。地域包括ケアや回復期リハビリテーションの機能をもつ一般病床、長期療養病床については、介護職やリハビリ専門職等が配置されることで職員構成が異なり、医療に関する資格をもたない看護補助者が患者の日常生活援助を実施する機会が減少するなど業務内容が異なることが想定されるため除外した。

b. 一般病棟の特徴

病棟の診療科は問わず、患者の日常生活援助に関して看護師が看護補助者に委任する機会が多くあると看護部長が判断し、研究者に推薦する病棟とした。

2. 研究フィールドの入り方

施設の看護部長の承諾もしくは施設の看護研究倫理審査委員会の承認を得た後、看護部長に推薦された病棟の看護師長に研究参加の同意を得た。そして看護師長以外の研究参加者（看護師、看護補助者）を募る前に、病棟の特性（看護体制や日勤勤務帯の病棟の雰囲気、看護師と看護補助者が働く様子）を知りフィールドに馴染むことを目的として、1 つの病棟につき 3 日間フィールドワークを実施した。その後、看護師や看護補助者に対して研究参加依頼を行い、研究参加の意思がある方々に対して参加観察と面接を行った。

3. 研究参加者

a. 参加観察

本研究は看護師から看護補助者への委任の様相について、委任に関わる人々の相互作用という観点から捉えるため、委任の一連の過程に関わる病棟の看護管理者、看護師、看護補助者を研究参加者として、多くの研究参加者が得られるよう人数は設定しなかった。

b. 面接

面接は、看護師長と経験年数 5 年以上の看護師に実施した。経験年数 5 年以上の看護師とした理由は、先行研究より看護補助者への委任の過程に中心となって関わることが予想される業務リーダーを担う経験年数を考慮したからであった。

E. 研究参加施設の選定および研究参加者の募り方

1. 研究参加施設の選定

急性期病院において看護師から看護補助者へ業務の委任は行っているが、日常生活援助を委任している施設は少ないことが予想されたため、看護系雑誌で看護補助者の活用に関する記事を記載している施設の中から、日常生活援助の委任を行っていることがわかる施設を選び、研究参加施設の要件に該当し、研究者が地理的にアクセスしやすい施設から順番に看護部長に電話で連絡し研究協力の依頼を行った。その後、看護部長に資料を送付し、到着する頃に連絡をとり研究協力の承諾を得た。研究協力依頼の結果、1つの施設からは協力が得られず、2施設から協力を得た。1つの施設は倫理審査を受審し承認を得た。

2. 研究協力病棟および看護師長

看護部長が患者の日常生活援助に関して看護師から看護補助者に委任する機会が多くあると判断する病棟、1~2つの推薦を得た。2つの病棟の推薦があった場合は、無作為(くじびき)に抽出した病棟から研究協力の依頼を行った。推薦病棟の看護師長に研究の資料が届いた頃に電話で検討の意思を確認した。その後、直接訪問して研究の趣旨や方法について文書と口頭で説明を行った。協力が得られる場合には、研究者の E-mail アドレスに連絡するか、説明時に渡す返信用文書に記入の上、投函するよう依頼した。

研究協力の意思を確認後、看護師長の都合の良い日時に伺い、文書を用いて説明を行った。この時点での同意書への署名は避け、研究参加説明同意書と切手付き返信用封筒を渡し、説明から1週間以内に署名した同意書の返送、または研究者の E-mail アドレスへ同意の連絡によって研究参加の同意を得た。

3. 研究参加者(看護師、看護補助者)を募集する前のフィールドワークの実施

日勤の時間帯に3日間実施した。日程と見学方法は看護師長と相談し、看護師や看護補助者と行動を共にして業務の様子を観察し、看護師長や看護師、看護補助者と話しながら病棟全体の業務の流れを把握した。フィールドワーク中は、研究者であることがわかるように名札をつけ、白または紺のシャツとズボン、白のスニーカーを着用し、病室には入らず、看護業務は一切行わなかった。また、看護師長に協力依頼ポスターの掲示を依頼し、

患者、家族、看護師、看護補助者に対して研究者が病棟内で見学をすることへの協力と理解を得た。フィールドノーツは病棟の雰囲気、体験したこと、感じたことなどを記載したが、本研究のデータとしては使用しなかった。

4. 経験年数 5 年以上の看護師、看護補助者

研究の趣旨や方法、倫理的配慮について研究参加依頼書（資料 2）を用いて口頭で説明を行った。研究参加の意思がある場合は、1 週間以内に研究者の E-mail アドレスに連絡するよう依頼した。連絡があった場合は、連絡者の都合の良い日時に伺い研究参加説明同意書（資料 3）と同意撤回書を用いて口頭で説明を行った。この時点での同意書への署名は避け、研究参加説明同意書と切手付き返信用封筒を渡し 1 週間以内の同意書の返送または研究者の E-mail への連絡によって同意を得た。

5. 経験年数 1～4 年の看護師

研究の趣旨や方法、倫理的配慮について病棟のカンファレンスの場を借りて文書と口頭で説明を行い、難しい場合は研究参加依頼書の配布や掲示を依頼した。研究参加を断りたい場合のみ研究者へ伝えてもらうか、研究者の E-mail に連絡してもらうよう依頼した。

F. データ収集方法

1. 参加観察

研究参加者の看護師と看護補助者が勤務している日に週 1～3 回、A 病棟では 15 日間、B 病棟では 17 日間実施した。看護師の日勤勤務帯に行き、施設の承諾が得られた場合は、夕食後まで行った。研究者は業務は行わず、研究参加者との関係を築きながら観察を行う「観察者としての参加者（佐藤，2002，p.70）」の立場をとり、主に経験年数 5 年以上の看護師を中心に観察を行った。観察した場面は、看護師と看護補助者の病棟内でのやりとり、看護師と看護補助者が一緒に患者の日常生活援助を行う場面、看護師や看護補助者がナースステーションでミーティングを行う場面であった。患者のベッドサイドで観察する際は、事前に看護師長または看護師の了承を得た。そして患者に事前もしくはその場で看護師と看護補助者がケアを行う様子を観察すること、患者の治療や看護には一切支障がないこと、同意しても観察中および観察後に同意を撤回することができる旨を口頭で説明し、了承を得た上で観察を行った。観察中は患者に話しかけたり、患者の身体に触れたりすることは一切行わなかった。また、患者のカルテは閲覧しなかった。観察される看護師や看護補助者の心理的負担にならないよう配慮しながら病棟内に身を置き、患者の部屋には観察の了承を得る時と参加観察時以外は入らなかった。研究者は名札をつけ、病棟看護師で

はないことがわかるように白または紺のシャツとズボン、白のスニーカーを着用した。

観察した場面の確認や質問は、業務に支障を来さないよう配慮しながらインフォーマルインタビューを行った。確認が難しい場合は後日確認を行った。参加観察の内容は可能な限り観察直後もしくはその日のうちにメモをとり、フィールドノートに記録した。

2. 面接

a. 経験年数 5 年以上の看護師に対して

全員に 1～3 回、勤務時間内に行い、1 人当たり 10 分～43 分、平均約 20 分だった。面接は参加観察と並行して行い、インタビューガイドを用いて、参加観察を行った場面の確認とそこでの看護師の思考や判断、委任における看護師の役割などについて話を聞いた。日時や場所は参加者の都合に合わせて設定し、プライバシーが保たれ、落ち着いた雰囲気ので話ができる場所であることに配慮し、看護師長の許可を得て、病棟のカンファレンスルーム等を使用した。面接内容は研究参加者の同意を得た上で IC レコーダーに録音した。

b. 看護補助者に対して

研究計画では面接を実施する予定であったが勤務時間内の設定が困難であったため、参加観察時にインフォーマルインタビューを行い、経歴や観察場面での思いや考えを聞いた。

c. 看護師長に対して

勤務時間内に 1 回、1 人当たり 40 分実施した。面接では、インタビューガイドを用いて看護補助者の業務や教育に関する施設・病棟の体制や取り組み等について話を聞いた。日時や場所は参加者の都合に合わせて設定し、プライバシーが保たれ、落ち着いた雰囲気ので話ができる場所であることに配慮し、病棟のカンファレンスルーム等を使用した。面接内容は研究参加者の同意を得た上で IC レコーダーに録音した。

G. 分析方法

分析は、エスノグラフィーにおけるフィールドノーツの分析方法をまとめた Emerson, Fretz, Shaw (1995/1998) の文献と、この文献を部分的に引用しながら「質的データに含まれる豊かな意味内容をその豊かさをできるだけ損なわないようにしながら解釈していく (佐藤, 2008, p. 23)」手法をまとめている佐藤の文献を参考に施設ごとに行った。

はじめに、フィールドノートと面接の逐語録を繰り返し丁寧に読み、研究参加者の言動や表情、観察時の聞き取りの内容に、面接で得た看護師の思考や判断を組み込み、委任の場面を再構成した。再構成する際は、その場面にかかわる人々が展開する相互作用と人々の言動に影響している組織の決まりごとや特有のやり方に注目して行った。不足する情報

や新たな問いは可能な範囲で研究参加者に確認を行った。また、再構成した場面を研究参加者に読んでもらい、事実に誤りがないか、解釈が間違っていないか確認をとった。しかし、1~2週間、日経つと研究参加者の記憶に不確かな部分が多く、インタビューの日程や時間も限られていたため、できるだけ当日中にインフォーマルインタビューを実施し、場面の確認を行い、信用性の確保に努めた。

次に、逐語録、フィールドノート、再構成した場面のデータを再度、1行1行丁寧に読み、「それぞれの部分が含む内容を示す一種の小見出しのようなものをつけていく（佐藤, 2008,p. 34）」作業を行った。その際、「常にフィールドノートに書きとめられていることから飛躍してしまわないようにする（Emerson,Fretz,Shaw, 1995/1998,p. 319）。」よう努めた。そして、小見出しを相互に比較し、小見出しがつけられた文章同士の間関係を考察しながらより抽象的な表現で再構成した場面にタイトルをつけた。そして、適宜データに戻りながらタイトル同士を比較し、類似性と特異性に注目して委任の様相を抽出した。分析の全過程において、複数の研究指導者からスーパーバイズを受け、解釈の妥当性や研究データの信憑性の確保に努めた。

H. 倫理的配慮

本研究は、日本赤十字看護大学研究倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号2018-102）。1つの施設は看護研究倫理審査委員会の承認を得た後、研究活動を開始した。

1. 研究協力施設の看護部長に対して

研究協力を依頼する説明の際には、協力は自由意思であること、研究内容や方法等に修正や要望がある場合は遠慮なく伝えるよう文書と口頭で説明した。

2. 研究協力病棟の募り方について

推薦病棟の看護師長に研究の趣旨と方法、研究協力は自由意思であること、研究内容や方法等に修正や要望がある場合は遠慮なく伝えるよう文書と口頭で説明し、協力が得られる場合のみ研究者へのE-mailの送信または文書の返送を依頼した。

3. 研究参加者の募り方について

a. 看護師長、経験年数5年以上の看護師、看護補助者

研究参加は自由意思であり参加の有無による不利益は生じないこと、研究は個人や組織の評価ではないこと、研究で得た全てのデータは匿名化し厳重に管理すること、同意後も参加の中止ができ不利益は生じないこと、撤回時にデータが完全に匿名化されている場合は破棄できない可能性があること、データは研究結果公表後5年保存ののち完全に消去す

ること、研究終了後も問い合わせに応じ問題発生時は速やかに対応すること、利益相反はないことを文書（資料 3）と口頭で説明した。研究参加の意思がある場合は研究者への E-mail の送信または文書の返送を依頼し、強制力が働かないよう回答期間を 1 週間程度設けた。

b. 経験年数 1～4 年の看護師

「a. 看護師長、経験年数 5 年以上の看護師、看護補助者」に準じて口頭と文書で説明を行い、参加を断りたい場合のみ研究者へ伝えるよう依頼した。

4. 参加者を募集する前のフィールドワークについて

実施期間や方法について看護師長と相談し、見学時は立ち位置に配慮し、見学されては困ると感じた時には、いつでも遠慮なく伝えてもらうよう文書に示し病棟内に掲示した。

5. 面接について

研究参加者の希望に沿って日時と場所を設定し、プライバシーが保たれ場所であることに配慮し、研究参加者の承諾を得た上で IC レコーダーに録音した。話したくないことは無理に話さなくてよいことを文書と口頭で説明した。

6. 参加観察について

参加観察の時間や期間は、業務への支障や負担感がないよう配慮した。また、周囲に緊張感を与えないよう立ち位置に配慮し、観察されては困ると感じた時にはいつでも遠慮なく伝えてもらうよう文書と口頭で説明した。看護師と看護補助者が患者の清潔ケア等と一緒に行う場面の観察は、邪魔にならないように配慮し、観察されては困る時にはいつでも遠慮なく伝えるよう口頭で説明した。研究参加者への質問や確認はタイミングや場所に配慮し、研究者の質問を断ったとしても不利益は生じないことを文書と口頭で説明した。

7. 参加観察を行う患者に対して

観察による治療や看護への影響はないことを伝え、研究協力は自由意思であり、協力しない場合でも不利益は生じないこと、いつでも研究参加の中止やデータの撤回ができること、撤回後も不利益は生じないこと、患者のカルテは閲覧しないこと、患者情報は匿名化し、厳重に管理すること、質問等にはいつでも応じることを口頭で説明した。また、研究者は患者の身体に装着されている医療機器や挿入物（チューブやドレーン類）に触れないこと、研究は患者へのケアをより良いものにつなげることを口頭で説明した。

8. 研究参加者以外の入院中の患者とその家族に対して

病棟内にポスターを掲示し研究者が病棟内を調査することへの協力と理解を得た。ポス

ターには、看護師と看護補助者が患者の清潔ケア等を行う様子を観察すること、研究者の訪室を断りたい場合にはいつでも研究者や看護師、看護師長に伝えて欲しいこと、訪室する時には事前もしくはその場で患者や家族に口頭で了承を得た上で行うことを記載した。

9. 研究参加者以外の病棟看護師と看護補助者に対して

事前にポスターを掲示し研究者が病棟内を調査することへの協力と理解を得た。ポスターには業務の支障がないよう配慮し負担感がある時には遠慮なく声をかけるよう記載した。

IV. 結果

A. 研究協力施設

関東圏内にある 200 床以上の病院で、急性期一般入院料 1 および 25 対 1 急性期看護補助体制加算を取得している 2 施設。

B. 研究協力病棟

各施設 1 病棟で診療科は整形外科であった。また、どちらの病棟も整形外科以外の診療科（内科系や救急科等）の入院患者を受け入れることがあった。表 1 に概要を示す。

表 1. 研究協力病棟の概要

	A 病院 A 病棟	B 病院 B 病棟
診療科／病床数	整形外科／38 床	整形外科／49 床
平均在院日数	16.66 日	13.15 日
手術日	月～金	火・木曜日（これ以外の平日も不定期で有）
看護師数／看護補助者数	29 名／5 名	30 名／6 名
看護師勤務形態	2 交代制	2 交代制

C. 研究参加者

研究参加者は、2 施設合わせて看護師長 2 名、経験年数 5 年以上の看護師 8 名、看護補助者 6 名であった。年齢層は看護師が 20 代後半～40 代、看護補助者が 40 代～70 代前半であった。看護補助者は医療に関する資格をもたず、雇用形態は派遣 2 名、正職員 4 名であった。雇用形態による業務の区別はなく、同じ業務を行っていた。また、看護補助者 6 名のうち 4 名は研究協力病棟以外で働いた経験があった。表 2 に、研究参加者の詳細を示す。

表 2. 研究参加者（看護師・看護補助者）の概要

	仮名	看護師経験年数	仮名	看護補助者経験年数
A 病棟	大島看護師長	20年以上	山田補助者	20年以上
	西野看護師	〃	石川補助者	10～19年
	竹下看護師	10～19年	浜野補助者	5～9年
	宮沢看護師	5～9年		
B 病棟	片岡看護師長	20年以上	堀江補助者	10～19年
	平山看護師	〃	神田補助者	〃
	天野看護師	10～19年	宇野補助者	5～9年
	豊田看護師	5～9年		
	稲垣看護師	〃		
	佐伯看護師	〃		

D. 各施設の看護補助者の業務・教育体制および委任の様相

この項では研究協力施設ごとに結果を示し、前半に各施設における看護補助者の業務基準や教育研修体制、病棟の勤務体制や業務内容、業務の課題や展望、後半に看護師から看護補助者への日常生活援助の委任の様相を示す。看護師から看護補助者への委任の様相については、看護補助者が実施していた日常生活援助は、「食事介助」、「移乗・移送」、「排泄介助」、「体位変換」、「ナースコールの対応」、「清潔ケア」であり、両施設ともに同じ結果であった。ヘンダーソンの基本的看護の14の構成要素に照らすと、「呼吸」、「休息と睡眠」、「体温を正常範囲内に保つ」、「危険から守る」、「信仰の実践」、「生産的な活動」、「レクリエーション活動」、「学習」については看護師から看護補助者に委任することはなかった。

日常生活援助の中でも清潔ケアの委任の場面では、看護師と看護補助者が患者に危険がないよう安全を確保したり、患者の気持ちを汲んだかわり等を行ったりしており、複数の要素を含みながら展開していたことが明らかとなった。そこで、本研究の結果では、清潔ケアの委任の様相を示す。

看護師から看護補助者に委任されていたその他の日常生活援助については、2施設ともに「食事介助」は、予め依頼する患者を記載したものがあり、A病棟では夜勤看護師が記載し、B病棟では受け持ち看護師が必要と判断した時に記載していた。看護補助者は記載されたものを見て実施していた。そのため、委任の様相として観察することが困難であり、観察された場面も1つであった。

「移乗・移送」については、A病棟では、看護補助者がクランクと連携して行っており、基本的に看護師は関わっていなかった。B病棟では、検査室から呼び出しの連絡が来ると看護師から看護補助者に連絡する仕組みになっていたが、委任の様相として観察された場

面はなかった。また、「排泄介助」や「体位変換」、「ナースコールの対応」は委任することが少なく、夕方から消灯時間にかけて実施されることがあったが、1つの施設ではデータ収集が日勤帯のみという条件があり、もう1つの施設では観察された場面はなかった。

場面やインタビュー（インフォーマルとフォーマルの両方を含む）で語られた内容は丸ゴシック体で、文字サイズは本文より0.5ポイント下げている。文中の鍵カッコ「」は参加観察時に得られた研究参加者や研究参加者以外の看護師と看護補助者の言葉を示し、2重鍵カッコ『』は、インタビューで得られた言葉を示している。また、文中の丸カッコ（）は、研究者が言葉を補った部分である。なお、施設ごとに看護補助者の呼称は異なっていたが、看護補助者（以下、見出し以外は補助者）に統一する。病室の番号は匿名化し、患者・看護師・補助者の名前は全て仮名である。

1. A病院

a. 施設の業務基準と教育研修制度

A病院は昨年度、これまで運用していた業務基準を見直し、新たに構築した補助者の教育システムと統合して、補助者が段階的に知識・技術・態度を習得できるよう支援する仕組みを作り、今年度から運用を開始していた。また、このシステムでは多様な背景をもつ補助者が、上司や同僚の承認を得ながらチーム医療の一員として役割を発揮し、医療の質の向上に貢献できることを目的としていた。補助者はチェックリストで技術・姿勢の評価を行い、実践・管理・教育の領域別に設定された目標をレベルI～IIIの段階に沿って様々な教育研修を受講し、OJTで学びながら達成するようになっていた。また、補助者の目標管理を実施し、看護師長は定期的な面談をとおして補助者を支援していた。

また、補助者の業務基準では、業務内容を細分化し、補助者が1人で実施できる行為、看護師の指示に基づいて一人で実施できる行為、看護師の監督下で共に実施する行為に分類し、自己評価と同僚評価を合わせて習得状況を評価していた。

主な教育研修は、入職時オリエンテーション（看護部の理念、医療安全、感染管理、情報管理、接遇）、防護具着脱、手指衛生、おむつの当て方、口腔ケア、感染防止、転倒転落防止、BLS、認知症ケア、メンバーシップ、リーダーシップ、アサーションであった。

補助者への委任に関する看護師への教育研修は行われていなかった。

b. A病棟の看護補助者の勤務形態と日常生活援助に関する業務

補助者の勤務形態は、平日は4種類（早番、日勤、遅番、清潔ケア担当）あり、それぞれ1名ずつ勤務していた。清潔ケア担当の補助者は毎日勤務しているわけではなく、週に

2～3回程度、不定期な勤務であった。表3に主な業務内容を示す。

表3. A病院A病棟の看護補助者の勤務形態と主な業務内容

勤務の種類と就業時間	主な業務内容
早番(6:30～15:00)	朝の食事介助、環境整備、患者の検査搬送
日勤(8:00～16:30)	清潔ケア担当者不在時の清潔ケア、患者の検査搬送
遅番(12:00～20:30)	昼・夕の食事介助、患者の搬送
清潔ケア担当(8:30～17:00)	清潔ケア（清拭、陰部洗浄、洗髪、シャワー浴介助）

c. 病棟の看護補助者の教育

新人の補助者は、最初のひと月、先輩の補助者が同じ勤務で働き、マンツーマンで教えていた。そして、1か月経過したところで看護師長が面談を行い、業務の習得状況等を確認していた。その後も先輩の補助者が新人の補助者に業務や技術を教えていた。そして、先輩の補助者と看護師長の評価を受けてから清潔ケア担当の勤務を始めていた。

また、病棟で開催される勉強会で、整形外科疾患術後の患者の移乗方法や注意点などについて学ぶ機会があった。補助者は新人看護師や病棟の看護師向けに行われる勉強会の中から内容に応じて参加していた。

d. 看護補助者との情報共有

A病院では、早番と日勤の補助者は、日勤看護師の朝の全体ミーティングに参加して病棟の予定や入院患者の特記事項を把握していた。

また、院内共通で使用している患者の連絡票があった。連絡票には患者の日常生活動作（Activities of Daily Living；以下ADL）や医療器具等の使用状況、特記事項を記載する欄があり、診療科の特性に応じて項目は異なっていた。A病棟では看護師が連絡票を記入し、介助が必要な患者の検査やリハビリ等の移送時には搬送者が持参し、患者に関わる多職種が連絡票を確認した上で介助を行っていた。

また、補助者は電子カルテを閲覧することができ、医療者が患者情報を共有するために活用している掲示板から情報を収集することができた。掲示板に記載する内容等の運用方法は各病棟で決めることができ、A病棟では、病名、既往歴、アレルギーの有無、手術の日時や術式をはじめ、移乗時の注意点やリハビリの状況、今後の方針などが記載されていた。しかし、内容に簡略化された表現や専門的な用語が含まれるため、補助者の閲覧の程度は様々で、内容が理解できる補助者は活用していたが、よくわからない補助者はほとん

ど閲覧していなかった。電子カルテをあまり閲覧しない補助者は、看護師に話しかけて患者の情報を収集していた。

看護師が委任した日常生活援助を実施した後の補助者との情報共有については、患者の様子がいつもと違ったり、皮膚の発赤などの異常に気付いたりした時に、補助者が看護師に報告する形で行われていた。それ以外に、問題なく終了した時の補助者からの実施報告や看護師からの確認、患者に関する情報の共有は行われていなかった。ある看護師は、受け持ち患者を検温で回りながら補助者がどこで何をしているのか大体把握していた。

e. 看護補助者への委任の方法

A 病棟では、補助者への清潔ケアの委任は、新人看護師以外の受け持ち看護師が行い、業務のリーダー看護師は一切関与しないことになっていた。そして週に数日、不定期で勤務する清潔ケア担当の補助者がいる日は、8 時半頃から受け持ち看護師が集まり、依頼する清潔ケアを調整していた。この場には、新人看護師も参加することができた。この方法は副看護師長が考案して補助者のリーダーに承諾をとり、7月に始まったところであった。それまでは、受け持ち看護師がそれぞれ人数の制限なく自由に依頼していたため、経験が豊富な補助者でないと実施できないくらいの清潔ケアの量を経験の浅い補助者に頼ってしまうことがあり、補助者の離職の一因になっていた。

日勤帯の受け持ち看護師は、1人あたり6～8名の患者を担当し（入退院や手術予定、新人看護師のフォローにより変動）、各自が依頼したい清潔ケアを決定した上で全体の調整に臨んでいた。決定した内容は所定の依頼用紙に記入されていた。この用紙には午前と午後それぞれ時間枠が設定され、依頼できる人数や清潔ケアの種類が決められていた。また、術後1日目は看護師と一緒に行動すること、創部の保護は看護師が行うこと等の注意点も書かれており、看護師達は、依頼用紙に書かれている基準をもとに決定していた。

f. 業務改善の取り組みと課題

A 病棟では、副看護師長が補助者の活用推進を担当しており、業務改善に取り組んでいた。今年度の取り組みの1つは、清潔ケア担当の補助者への業務の依頼方法の改善であり、前項「e.看護補助者への委任の方法」で述べた方法に変更していた。副看護師長にはこの方法に変更することで、補助者は看護師の指示の下で働くということを看護師と補助者に意識して欲しいという思いと、看護師達が、自分が何をを行い、補助者に何を依頼するのか考える力を育む機会にしたいという意図があった。

また、副看護師長は他病棟と比較してA病棟の補助者は清潔ケアやナースコール対応をも

っと行えるのではないかと考え、他病棟との補助者の交換研修の機会を利用して補助者に他病棟の業務を知ってもらい、自部署の業務改善に意識を向けてもらうようにしていた。そして、補助者と意見交換を行いながら業務内容の見直しを進めていた。

g. 看護師から看護補助者への日常生活援助の委任の様相

A 病棟における看護師から補助者への清潔ケアの委任の様相は 13 あった。表 4 に示す。

表 4. A 病棟の看護師から看護補助者への清潔ケアの委任の様相

様相	場面
1.看護師は、清潔ケアを看護本来の仕事と捉え、許容を超えた時に看護補助者への委任を考える	他の仕事とは違う清潔ケアは看護師の仕事として自分で言い、許容を超えた時に依頼する 観察も含めて行う清潔ケアは許容を超える業務量でない限り自分で行う
2.看護師は、患者の安全の確保と安楽を考えて委任する患者を選定する	看護師は患者と補助者の安全を考慮し、床上での側臥位の保持やつかまり立ちができ、疼痛が少ない患者の清潔ケアを看護補助者 1 人に任せることに決める 看護師は、患者の年齢や性別を考慮し、安静度の制限がなく厳密な禁忌肢位がない患者の清潔ケアを委任することに決める
3.看護補助者に頼み過ぎないよう看護師同士で委任内容を調整する	2 年目以上の日勤看護師は看護補助者に依頼したい清潔ケアを決定した後、看護師同士で共有し、既定の人数範囲内で調整する 先輩看護師は後輩看護師をサポートし、病棟で決めたルールに従って看護補助者に委任する清潔ケアを調整する
4.看護師は、看護補助者の背景を踏まえて簡潔に委任内容を伝え、看護補助者は難なく理解する	看護師は看護補助者の性格と経験を踏まえて簡潔に委任内容を伝え、看護補助者は自分で判断できないことを確認して了解する 看護師は、ベテランの看護補助者に洗髪を依頼した患者の移乗方法と注意点を明瞭に伝え、看護補助者はすぐに理解する 看護師は、整形外科病棟の経験が浅い看護補助者に委任内容を伝える際、要点を抑えて伝え、看護補助者は混乱なく理解する 看護師は、医療の資格を持たない看護補助者にやってもらいたいことと看護師が行うことを明確に伝え、看護補助者は安心して了解する
5.看護師は、看護補助者が不安なく実施できるように事前の打ち合わせを行い、看護補助者は安心して行う	看護師は、看護補助者が困らずに安全に清潔ケアを実施できるよう具体的に説明し、段取りを行い、補助者は不安なく実施する 看護師は看護補助者と事前に患者の情報を共有するだけでなく、看護補助者の不安を把握し、清拭での立ち位置を考える
6.看護師は無理を承知の上で依頼し、看護補助者は忙しい看護師のためにできる限り引き受ける	清潔ケア担当補助者の急な休務に困った看護師は無理を承知で依頼し、手が空かない看護補助者は一旦断るが、偶然できた時間に清潔ケアを引き受ける 看護師は、無理強いせず依頼を伝え、手が空かない看護補助者は他の補助者に相談して引き受ける 看護師は無理を承知で看護補助者に相談し、看護補助者は時間がなく断るが、忙しい看護師を助けるために空いた時間に引き受ける
7.看護補助者は忙しい看護師を助けるために自己判断で清潔ケアを行う	看護補助者はいつも通り清潔ケアの予定を確認後、看護師を助けようと声をかけずに自己判断で実施する
8.看護師は、医療の資格を持たない看護補助者に任せられることを見極め、治療に関することは自分で行う	看護師は、看護補助者に患部以外の清拭を依頼し、看護師は装具の着脱と観察を行うために清拭の途中で訪室する

様相	場面
9.看護師は、患者に負担をかけないよう清潔ケアのタイミングで観察や処置を行う	看護師は、清潔ケアの途中で声をかけるよう看護補助者に依頼し、患者に負担がかからないよう清拭のタイミングで背部を観察する 看護師は、患者の負担を考え、シャワーを浴びるタイミングで創部の観察と処置を行う 看護師は、患者が何度も肌を露出しなくて済むよう清拭中に頃合いを見て訪室し、創部と皮膚の観察を行う
10.看護補助者は手順通りに清潔ケアを行い、看護師は患者の回復を促進するかかわりを織り交ぜながら行う	看護補助者は手順に沿って清潔ケアを行い、看護師は安全に配慮し、清拭と並行して離床を進める 看護補助者は手順通りに清拭を行い、看護師は患者の一日の予定の中に清拭を位置づけ、次の予定につなげる
11.看護師と看護補助者は阿吽の呼吸で清潔ケアを行う	看護師は、看護補助者の報告を聞きながら阿吽の呼吸で更衣を行う 看護師と看護補助者は息のあった動作で清拭を行う 看護師と看護補助者はスムーズに更衣を行う
12.患者も看護師も看護補助者の持ち味に助けられる	看護師は、看護補助者と一緒に清潔ケアを行いながら、看護補助者の明るい性格に助けられ、患者も元気づけられる 看護師は、患者の気持ちが少しでも晴れることを期待して看護補助者に依頼し、清拭をとおして患者の気持ちが明るくなる
13.看護師は、委任の責任をとる覚悟で自ら確認を行い、看護補助者も安心する	委任の責任は自分にあるという考えで看護師は看護補助者と一緒に患者の動作を確認し、看護補助者は不安なく一人で介助する 看護師は委任の責任は自分にあるという考えのもと、看護補助者に任せた清潔ケアの途中で訪室し、看護補助者の報告を承認しながら患者の状態を確認する

(1) 看護師は清潔ケアを看護本来の仕事と捉え、許容を超えた時に看護補助者への委任を考える

補助者への清潔ケアの委任には、看護師にとっての清潔ケアの意味が影響していた。看護師は、清潔ケアを看護本来の仕事として捉え、予定されている清潔ケアをどうしても自分でできない場合に補助者に委任しようと考えていた。この様相を示す場面を1つ挙げる。

竹下看護師が日勤で勤務していたある日、急遽看護師が1名休みとなり、人数が不足していた。加えて、入院患者の看護必要度は高く、他病棟から看護師1名がリリーフとして軽介助のシャワー浴を手伝い、病棟はせわしない雰囲気であった。

竹下看護師は、まだ独り立ちしていない2年目の看護師のサポートをするためにペアを組み、2人で15名の患者を受け持っていた。清潔ケアは15名のうち7名の患者に予定され、床上の清拭やストレッチャーのシャワー浴など、どの清潔ケアも介助が必要であった。竹下看護師は『受け持ち患者の人数が多く、(清潔)ケアの量も半端ない』ので補助者に2名の清潔ケアを委任しようと考えた。

補助者への清潔ケアの委任について竹下看護師は、『一日の予定を見た時に、この量だと絶対に終わらない、手伝ってもらわないと終わらないだろうと思う時には頼んだりする』ようにしているが『やっぱりできるだけ自分でやりたいのはあるんです。』と話した。それは、ベッドサイドでの症状観察と比べて『保清してる時に関われる雰囲気とかとれる情報とか違う』からであった。また、以前勤めていた職場では介護福祉士が清潔ケアを担っていたことで、自分が『保清に関わらない分、患者さんと距離があるような気がして』、介護福祉士が清潔ケアを行ってくれるのは『ありがたいけど、たまに保清に入れることがあると、ちょっと喜びを感じたりして、衣食住ってすごく重要なところの一部分、保清っていう一部分ではあるんですけど、すっばらないっていうのもなんとなく、なんか足りてない、看護師としての仕事が足りてないように感じる時もあった。』と話した。

竹下看護師は、清潔ケアをベッドサイドの他の仕事と区別し、患者の衣食住の一部に関わる重要な部分であると捉えていた。そのため、できるだけ自分で行いたいと考えていたが、許容を超えた量の清潔ケアだったため、補助者に委任した方が良いと判断していた。

（２）看護師は、患者の安全の確保と安楽を考えて委任する患者を選定する

看護師は、補助者に清潔ケアを委任しよう判断した後、患者の選定時に安全と安楽が確保されるよう患者のADL、治療上の活動制限や疼痛の程度を考慮していた。

例えば、左腓骨骨折術後の床上安静の廣田さんに全身清拭と陰部洗浄が予定されていた日、竹下看護師は、廣田さんはベッド柵につかまって横に向くことができ、禁忌肢位はなく、痛みも生じていないことから、竹下看護師は、補助者1人に任せられると判断した。他の例では、左膝の皮下膿瘍の手術を受けた高崎さんの退院当日に清拭が予定されていた際、宮沢看護師は、高崎さんに安静度の制限がなく、禁忌肢位も人工関節の手術ほど厳密ではなかったので、補助者1人をお願いしても大丈夫だと考えた。高崎さん自身も禁忌肢位を理解し守ることができていた。

これらの場面で看護師は、手術後に生じる安静度の制限や疼痛の有無に注目していた。安静度の制限や禁忌肢位は、1人で実施できるのか、2人必要なかを判断する拠り所となり、禁忌肢位がある場合は、手術部位や術式を理解した上で、合併症を予防するために厳重に守る必要があり、医療の知識が必要となる。疼痛は個人の主観的な感覚であり、その対処方法も個別性に応じたものとなる。疼痛が出ないように介助しながら清潔ケアを行うことも知識や技術が必要となる。このように看護師は、清潔ケアに必要な人数と医療に

関する知識や技術が求められる患者の清潔ケアかどうかを考え、補助者 1 人に任せても安全が確保でき、清潔ケアが苦痛を伴うものにならないように判断していた。

(3) 看護補助者に頼み過ぎないように看護師同士で依頼内容を調整する

A 病棟では清潔ケア担当の補助者に委任する際、受け持ち看護師達が決められた枠組みの中で委任内容を決定していた。そうすることで補助者への過剰な委任を防いでいた。

例えば、ある日の調整の時間、日勤看護師は一人ずつ補助者に委任したい清潔ケアを発表していた。1 人の看護師は、受け持ち患者の中でシャワーを予定している患者は自分でできるので、洗髪の手配がある患者を委任したいと伝え、ある看護師は、シャワーに入りたいが患者の状態が良くないので清拭を委任したいと言った。もう 1 人の看護師はシャワーを予定している患者が落ち着かず目が離せないので見守りを委任したいと伝えた。そして、1 人の看護師が所定の依頼用紙に患者の氏名と清潔ケアの内容の他、“いつでも良い”、“看護師と一緒に”、“見守りで”といった時間や方法、実施の際の注意事項を記載し、決められた枠の中で委任内容を決定した。

このように、看護師達は補助者に委任したい内容を共有し、補助者に伝えたいことを簡潔にまとめる作業を行うことは、看護補助者に頼み過ぎないようにするだけでなく、看護師達が互いにどの患者の何の清潔ケアをどのような方法で補助者に委任しようと考えているか共有する機会になっていた。そして、他の看護師の判断を知ることは、委任しないことや看護師がやるべきことを学ぶ機会にもなっていた。

(4) 看護師は看護補助者の背景を踏まえて簡潔に委任内容を伝え、看護補助者は難なく理解する。

A 病棟には、介護福祉士など医療の資格をもつ補助者は配属されていなかった。また、整形外科病棟の経験が長い補助者や他の病棟から異動して日が浅い補助者もいた。看護師は、補助者の背景を踏まえて委任内容や注意点を簡潔に伝えていた。以下に、この様相を示す場面を 1 つ挙げる。

清潔ケア担当の補助者が勤務する日の午前 8 時半頃、日勤看護師達で委任する清潔ケアを調整し、7 名の患者の清潔ケアを依頼することが決まった。リーダーシップをとって調整をまとめた宮沢看護師は、依頼用紙に時間、患者名、清潔ケアの内容、注意点の記入を終えると浜野補助者に声をかけ、委任内容や注意点を伝えた。

宮沢看護師は、依頼用紙に記載した内容に加えて、右肩腱板断裂手術後で装具を着用して

いる泉さんのシャワー介助については、「装具は看護師がつけます。」と伝え、左膝下の蜂窩織炎の手術後の相馬さんのシャワー介助は、「(創部を) 保護しておくので送り迎えだけお願いします。」と伝え、右大腿骨骨折手術前の若槻さんのストレッチャーシャワーについては「明後日オペ(手術) なんですけど、明日は(病棟の清潔) ケア(の予定) がたくさんあるから今日にずらしました。自分(が一緒に) 入ります。」と伝えた。浜野補助者は、依頼用紙を見てうなずきながら宮沢看護師の説明を聞き、了解した。

清潔ケアを委任する場面について、宮沢看護師は、『補助者さんでも経験年数とか、後、他の科を経験して来て、うちに来ての方っていうのがいるので、必ずしも全部が全部言って意味が通るかな、とか思っちゃうので、何かあれば看護師も入らなきゃいけないし、責任はこっちにあるので。』、『絶対守ってほしいこととか、今の患者さんの状況でこういうことがあるので注意してくださいとか、っていうことを伝えるようには心がけています。』と話した。

浜野補助者は『危なくないように』清潔ケアを実施するようにはしていると話し、患者の情報については『(他の病棟に勤務していた時には電子カルテを) 見てたけど、ここに来てからは、見ても病名とか全然わからないから見るのやめちゃった。気をつけることは看護師さんが伝えてくれるからそれで充分』と考えていた。

看護師は、委任する補助者の背景を踏まえて、多くの情報を伝えるよりは、重要な情報を選択し、要点を抑えて伝えていた。補助者も看護師から伝えられたことで充分だと考え、看護師の言うことを信頼して引き受けていた。また、看護師は、補助者1人に任せる場合でも補助者への委任においては看護師に責任があるという認識をもっていた。

(5) 看護師は看護補助者が不安なく実施できるように事前の打ち合わせを行い、看護補助者は安心して行う

看護師は、補助者に清潔ケアを委任した後、患者への説明など段取りを行い、実施直前に補助者へ説明を加えていた。補助者も看護師に確認を行っていた。双方が事前の打ち合わせを行うことで補助者は不安なく実施することができていた。以下に、この様相を示す場面を1つ挙げる。

宮沢看護師は、浜野補助者が実施する前に『これから8号室と10号室(の患者)に今日の予定を伝えて、ケアさせてもらうことを言って来ますのでよろしくをお願いします。』と伝えると、患者と補助者がスムーズに清潔ケアを行えるように段取りをつけた。そして、直前に「こ

うちの足（患側）、膝をガーゼで覆ってる感じです。だから膝下だけ拭いてもらえれば良いです。」と伝え、浜野補助者は「わかりました」と答えると、「他のところは普通に拭けばいいんだよね？」と確認し、宮沢看護師は他に注意することはないと伝えた。

他には、竹下看護師が山田補助者と一緒に清拭を行う前に打ち合わせを行う場面で、患者の痛みが和らぐ方法や増強してしまう姿勢、装具の使用について伝え、情報を共有するようにしていた。山田補助者も、患側に立つ不安があるため看護師にお願いしたいことを伝えていた。竹下看護師は、山田補助者の気持ちを汲んで、立ち位置を考慮した。

看護師と補助者が事前にやりとりを行うことで、より具体的な実施方法が明確になり、補助者も不明な点や疑問を解消することができていた。

（6）看護師は無理を承知の上で依頼し、看護補助者は忙しい看護師のためにできる限り引き受ける

清潔ケア担当の補助者が不在の日や急な欠員があった日は、看護師は無理を承知の上で補助者にお願いできるか相談していた。補助者は、多忙な看護師を助けるために時間があればすぐに引き受け、業務に空きがない場合も空いた時間に可能な限り引き受けたり、他の補助者に相談したりしていた。以下に、この様相を示す場面を1つ挙げる。

この日、清潔ケア担当の補助者が体調不良で急遽休みになっていた。清潔ケア担当の補助者が勤務予定の日は、多くの清潔ケアが計画されているため、自分だけでは終わらないと考えた竹下看護師は無理を承知の上で、早番で勤務していた山田補助者に聞いてみることにした。山田補助者は20年以上の経験をもつベテランの補助者だった。何でもよく知っており、勉強熱心で、仕事が正確で早い山田補助者は病棟の看護師達に頼られる存在だった。竹下看護師も『山田さんは、ほぼナースだと思ってみてるので。（経験が浅い補助者とは）全然違いますよね。』と話し、頼りにしていた。

午前9時過ぎ、竹下看護師は、山田補助者を探して姿を見つけると「今日って（清潔）ケア難しいですね。」と声をかけた。山田補助者はすでに他の看護師に委任されたストレッチャーのシャワー浴介助を日勤の新人補助者で行うために準備をしているところだった。山田補助者はしばらく考え、沈黙した後「そうだね、今日はちょっと難しいかな、ストシャ（ストレッチャーのシャワー浴）入れたら透析出ししなくちゃいけないんだ、ごめんね。」と申し訳なさそうに言った。竹下看護師は「そうですよね。わかりました。すみません。」と言って

業務に戻った。

山田補助者は、ストレッチャーのシャワー浴介助を終えると、片付けながら「最近（患者の）ケア度が高いのよ。透析行く人も 5 人もいる。まだ（透析の出棟まで）時間があるからもう 1 人くらいケアできるかな。」と研究者に話すと、ナースステーションや廊下にいる看護師達に「ケア大丈夫？誰かやろうか？」と声をかけてまわり、先ほど竹下看護師が委任しようとした患者の清拭を行うことになった。竹下看護師は『時間があるから 1 人やってくれることになったんです。本当にありがたいです。』と話した。

山田補助者は、『前は、私たちの人数が少なくて、看護師さんはもっとケアしてたんですけどね。今は、看護師さんも他にやることが増えたからね。』と話した。

この場面では補助者の急な欠勤に困った看護師が、ベテラン補助者を頼って声をかけ、補助者は、一度は断るものの、患者のケア度の高さや看護師の忙しさがわかることから、看護師を助けるために、空いた時間に引き受けていた。そして、山田補助者は長年の経験から昔に比べて看護師の業務が増加し、清潔ケアを実施しなくなったこと、その分、補助者の人数が増えたことを実感していた。

（7）看護補助者は忙しい看護師を助けるために自己判断で清潔ケアを行う

A 病棟では、毎週末に夜勤看護師が入院患者全員の翌週分の清潔ケアの予定を作成し、ナースステーションに掲示していた。日勤の受け持ち看護師は予定表に沿って清潔ケアを実施し、補助者に依頼する場合は受け持ち看護師が直接伝えていた。清潔ケア担当の補助者も勤務開始後、予定表を確認していた。日勤看護師達で依頼する清潔ケアを調整する取り組みが始まるまでは補助者がシャワー室の予約をとったり、受け持ち看護師に声をかけて手伝うか聞いたりしており、こういった調整に 30 分近く時間を要することもあった。

山田補助者は、清潔ケア担当の補助者がいない日は、余裕があれば手伝おうと考えており、出勤するとその日の清潔ケアの予定を確認していた。以下の場面は、山田補助者がいつも通り勤務の始めに清潔ケアの予定を確認した後、手が空いていた補助者がいたため、その補助者に保坂さんの清拭をするように伝えて実施してもらった時のことである。

竹下看護師は、受け持ち患者の中から、左大腿骨頸部骨折で手術を受けた 70 代後半の保坂さんの清潔ケアを補助者に委任したいと考えた。保坂さんの清潔ケアは、週 2 回計画されており、1 回は介助下のシャワー浴、1 回は清拭となっていた。この日は清拭の予定だった

が、竹下看護師は、週に 2 回しかない清潔ケアの機会なので、今日も清拭ではなくシャワー浴にしようと考えた。

午前 9 時過ぎ、竹下看護師は、日勤勤務の山田補助者がナースステーションに戻って来たタイミングで、「山田さん、シャワー介助お願いしたいんですけど。」と声をかけると、山田補助者は「え！？もう終わったよ。」と答えた。竹下看護師は驚いた様子で「9（号室）の保坂さんですよ。元々清拭だったんだけど。」と言うと山田補助者は「あー保坂さん、清拭やったよ。終わってる。」と返し、竹下看護師は「え！？」とさらに驚いた。

この時、学生の実習指導を担当していた西野看護師は 2 人のやりとりを耳にすると、困惑しながら「保坂さん、学生受け持ってるから（清潔）ケアは学生がやるからさ、そういうのは言ってからやってもらわないと。」と少し強めの口調で山田補助者に言った。山田補助者は学生が受け持つ患者だったことを把握していなかったため、「そうなの？やってくれたよ、中田（補助者）さんが。」と答えた。竹下看護師は「そうですか。」とその場を離れ、せっかくのシャワー浴の機会が失われたことに「もったいなーい！」と言った。その後、竹下看護師と西野看護師は、シャワー浴をするかどうか相談したが、今日は清拭が済んでいるので、これ以上はやらないことにした。

この場面の後、山田補助者は『朝来て（清潔）ケアの予定を確認します。10 時半までなら動けるので、時間でどんどんやっていかないといけない。今日は早番の方（補助者）が何もすることがなかったので（清拭を）お願いしちゃいました。』と気まずそうに話した。

竹下看護師は、山田補助者は看護師が委任する前に清潔ケアを行うことがあり、『多分、（看護師が）忙しいんじゃないかなって考えてくれて、自分に余裕がある朝方、午前中の最初の方の時間は作ってくれてるように思います。』と話した。西野看護師は、『山田さん、気付いたらやってくれちゃってたりしますよね。怖いんですよね。看護師の指示のもとにやるっていうのが飛んじゃってますよね。（清潔ケアの週間予定表で）予定が組まれちゃってるから、それを見てやっちゃうんですよね。』と話した。

山田補助者がよかれと思って看護師に伝えないまま実施したことで、その日の患者の状態に合わせて変更した清潔ケアが実施できなくなり、学生が実施する機会も失われてしまった。看護師達は、補助者の判断と行為の背景にある看護師への配慮を感じ取るとともに、補助者が清潔ケアの予定表を確認できることで、看護師の委任を待たずに実施できる現状があることを理解していた。西野看護師は資格を持たない補助者は看護師の指示の下に実

施するという原則から逸脱している状況が生じたことを問題だと感じていた。

(8) 看護師は、医療の資格をもたない看護補助者に任せられることを見極め、治療に関することは自分で行う

看護師は、シャワー介助や清拭を補助者1人に任せたとしても、皮膚や創部の観察、装具の着脱は任せずに自分で行っていた。例えば、宮沢看護師は骨盤骨折で装具を着用している患者の清拭を補助者に委任した際、装具の着脱と着用部位の皮膚の観察は自分で行っていた。以下にこの場面を示す。

午前8時半過ぎ、宮沢看護師は、石川補助者に福永さんの清拭を委任した。石川補助者は「自分で向き変えられるよね？」と質問し、宮沢看護師は「変えられます。バンド（骨盤を固定する装具）してるから。」と答えた。すると石川補助者は「バンドはわからないよ。」と言った。宮沢看護師は「そこはやります。バンド以外で拭けるところ拭いてもらえばいいです。」と伝え、バンドの装着部位を拭く時に呼ぶよう依頼した。福永さんは、多発外傷で複数の箇所を手術し、骨盤の骨折部位はバンドを装着すれば痛みがなく車いすに乗ることができた。宮沢看護師は、バンドの取り外しだけ看護師が行えば、補助者1人で良いと判断した。

石川補助者は、福永さんの背部と前胸部を拭き終わると、宮沢看護師のPHSに連絡をした。宮沢看護師は訪室すると、バンドに触れて「きつくない？」と福永さんに聞いた。福永さんは「大丈夫です。これくらいしないと座れない。」と答えた。宮沢看護師はバンドを外すと腹部の皮膚を見て「赤くなってるよ。」と言った。福永さんが「かゆいんだよね。」と言うと、宮沢看護師は「保湿クリーム塗っておこう。」と言った。そして、石川補助者はバンドをはずした部分によく泡立てた石鹸をつけて洗うと、熱いお湯で絞ったタオルで丁寧に拭いた。拭きながら「痛くない？」と福永さんに声をかけ、拭く力を加減した。宮沢看護師は、拭き終わったところからボディクリームを念入りに塗り込んだ。

バンドを装着する際、福永さんを挟んで宮沢看護師の向かいに立っていた石川補助者が手伝おうとしてバンドに手をかけると、宮沢看護師は「腸骨のところに合わせて。」と言い、石川補助者にバンドの位置を教えながら調整し、福永さんに装着の具合を尋ねた。福永さんは「良いです。」と答えた。

バンドの装着を終えると宮沢看護師は「じゃ、後お願いします。足は後で、個別で洗うからいいです。（皮膚を保護している）テープはがすので。」と石川補助者に伝えて退室した。

看護師は、補助者に患者の清拭を委任し、骨盤を固定する装具の着脱は補助者にはでき

ないことなので、その部分のみ自分が行う必要があると判断した。そして、補助者には装具を着用している部分の清拭を行う時に看護師を呼ぶように伝え、装具を外して清拭をするタイミングで皮膚の観察も行っていった。装具を着用する際は、手伝おうとした補助者に教えながら、患者に力加減を聞いて調整していた。装着を終えると、再び清拭の続きを補助者に委任し、下肢については後で処置を行うため補助者には清拭しないように伝えていた。看護師は、清拭のタイミングで看護師がやるべきことを判断し、補助者にやってもらいたいことを明確にしていた。

(9) 看護師は、患者に負担をかけないために清潔ケアのタイミングで観察や処置を行う

看護師は、補助者 1 人で実施できる清潔ケアを委任した場合でも、皮膚の観察や創部の処置を行う必要があると考えた時には補助者に任せず、清潔ケアで肌を露出するタイミングで訪室し自分の目で観察を行っていた。それは、患者に何度も衣服を着脱させる負担をかけないようにするためであった。

例えば、竹下看護師は、鼠径部に創傷がある患者のシャワー介助を補助者 1 人に任せると、『なかなか見にくいところなので、清潔ケアのタイミングで一緒に見られると良い』と考え、患者が寝衣を脱いでシャワー椅子に腰かけた時に手早く観察と処置を行った。

他の例では、竹下看護師は、数日前まで背中にひどい湿疹が出ていた貫井さんの皮膚の状態を観察し、長引く床上安静によって褥瘡が発生していないか確認するために、清拭は補助者に任せて、背部を拭く際にナースコールで知らせるように依頼していた。これについて竹下看護師は『ベッドバスをして、(患者に) すぐ後でまた見せてって言ったら、今やったのによって多少思ったりとかもあると思いますし、起き上がるだけでも辛い人とかだったら申し訳ないかなと思ったりもするので、(ベッドバスのタイミングで) 見れたらそれが一番いいかなとは思いますが。』、『補助者さん 1 人でケアできる人でも 1 回はなるべく見に行ったり、補助者さんから呼んでもらうようにしたりしたいと思っています。その方が、その場で情報共有しやすいですし、患者さんもケアの時に言おうとしてることがあるかもしれないなと思って。』と話した。

看護師は、患者が最小限の負担で済むように配慮し、清潔ケアのタイミングで観察を行うだけでなく、清潔ケアの時だからこそ聞くことができる患者の声も大切にしていた。

(10) 看護補助者は手順通りに清潔ケアを行い、看護師は患者の回復を促進するかわりを織り交ぜながら行う

清潔ケアを頼まれた補助者は手順に従って清拭行う一方で、看護師は手順通りに実施しながらも、清潔ケアを一人一人の患者の療養生活の一部として捉え、患者の回復を促進するようにかわりながら清拭を行っていた。この様相を示す場面を1つ挙げる。

午前9時過ぎ、竹下看護師と山田補助者は、前日に右肩の手術を受けた原さんの清拭と一緒にすることになった。まず始めに竹下看護師は、原さんの寝衣を脱がせる前に、「ごはん食べられましたか？半分以上」と聞き、原さんが「ほとんど食べられましたよ。昨日の夜は全部食べたし。」と答えると「そしたら点滴、根元（留置針）残して外しますね。ちょっとお待ちください。」と言って、点滴ルートを外し、留置針は抜かずに残した。そして、「あまり吐き気が出なくてよかったですね。」と竹下看護師が話しかけると原さんは「手術の後、少し気持ち悪かったけど。そのくらい。」と答えた。

点滴ルートを外し終えたところで山田補助者が「座ってやりましょう。」と原さんに声をかけ、竹下看護師も「そうですね。今日歩きますからね。痛みはどうですか？」と尋ねた。原さんは「手術した後が一番痛かった。今はそうでもない。」と答えた。そして、山田補助者が原さんを起こそうとした時、竹下看護師は、「足上がってるかも。リモコンそこに。」と言い、山田補助者側の柵にかけてあるリモコンでベッドの足側をフラットにするように伝えた。

足側を下けている間、原さんが「(尿の)管が気になる。」と言うと竹下看護師は即座に「気になりますよね。歩けそうですか？」と尋ねた。原さんが「歩けると思う。」と答えると「じゃあ、抜きましょう、と言ってすぐに必要な物を準備して管を抜いた。管が抜けると、終始表情が硬かった原さんの緊張がほどけ、穏やかな表情になった。竹下看護師は、この後、原さんが離床する時に邪魔にならないように一旦退室して尿管やバッグを先に片付けた。

次に、竹下看護師は右肩の装具を外して山田補助者と上半身を拭き、新しい寝衣を右腕から先に通した。そして、装具をつけ下半身の清拭と着替えを行った。

清拭が終わり、山田補助者が片づけて退室すると、竹下看護師はそのまま部屋に残り、原さんを端坐位から立位、病棟の廊下での歩行へと離床を進めた。

看護師は患者の症状や状態を確認しながら術後の経過に沿って必要な処置を行っていた。そして、患者の訴えに即座に対応し、苦痛を取り除いていた。また、安全にも配慮し、

患者が動く際に危険がないように細部に注意を払っていた。さらに、清拭時の動作を離床に向けた第一段階に位置づけ、清拭と並行してベッド周囲の環境を整えながら病室の外へと離床を進めていた。

(11) 看護師と看護補助者は阿吽の呼吸で清潔ケアを行う

A 病棟の研究参加者の看護師と補助者が一緒に清潔ケアは、言葉にせずとも息の合った動作で進められていた。以下に、この様相を示す場面を1つ挙げる。

ある日の午前 10 時半頃、竹下看護師は、浜野補助者と一緒に左腓骨骨折術後で床上安静中の貫井さんの寝衣を甚平タイプから浴衣タイプに着替えることになった。そして、貫井さんの左側に立つと声をかけながらズボンを下ろし、貫井さんは少し腰を浮かせた。貫井さんの右側にいた浜野看護師もズボンに手をかけて一緒に下ろした。次に、竹下看護師は貫井さんの左袖を脱がせて、浴衣の袖を通すと、「ちょっと右向きでしょうか。」と声をかけた。貫井さんは両手で右側の柵につかまり、浜野看護師が左肩と腰を支えて手伝った。竹下看護師は、寝衣を背中の下に挟み込むと「今度は、左向きますよ。」と言って貫井さんをゆっくり反対向きにすると、浜野補助者は脱いだ寝衣を脇によけて新しい寝衣を背中から引き出した。そして、右腕を袖に通そうとしたところ通しづらく、なかなかうまくいかなかった。その様子を見た竹下看護師は「上から通しましょうか。」と声をかけ、浜野補助者は貫井さんに右腕を挙げてもらうように声をかけて袖を通した。最後に、貫井さんをゆっくり仰向きにすると浜野補助者は浴衣の前身頃を合わせてひもを結んだ。その間、竹下看護師は左足の下にクッションを2つ置き、左足を少し挙上させ、結び終えた浜野補助者はその様子を見ていた。

看護師と補助者は、手順を確認する必要もなく、患者に無理のないようゆっくりとしたペースで体位を変換させながら、一部試行錯誤する場面がありながらも全体として流れるような動作で更衣を行っていた。また、看護師が患者に声をかけて少しリードしながらも、補助者と互いの動きを見合い、次の動作に移っていた。

(12) 患者も看護師も看護補助者の持ち味に助けられる

看護師は、補助者と一緒に清潔ケアを行うことで補助者の明るさに助けられていると感じ、心身の負担が軽減されていた。さらに補助者の明るさは患者も元気づけていた。補助者の存在は、ただ清潔ケアを行ってもらうだけではない意味があった。

例えば、竹下看護師は初めて担当した患者が気難しそうに見えたが、補助者と一緒に清

拭を行い、『最後の方は笑顔で良かった。補助者さん達、明るい方が多いので、精神的にも助けられていると思う。』と話し、その患者の清拭は『(看護師) 1人でもできる人なんですけど、(補助者と一緒に行くことで) 看護師が精神的にも身体的にも負担が減るんです。準備も片付けもやってくれるので、スムーズに早くできるし、その分、患者さんに関わることができる、その時間を作ることができるんですよ。』と話した。一緒に清拭を行った山田補助者は、患者にかかわる時にはよく観察をすること、どのような生活をしている人なのか知ることを心掛け、『患者さんを元気づけてあげられるようにしたいんですけどね。』と話した。

他の場面では、手術後、リハビリを進めていた矢先に肺塞栓症を引き起こし、床上安静を強いられたことで気分が滅入ってしまった貫井さんは、時々ネガティブな発言をするため竹下看護師は気にかけていた。そして、明るい性格の浜野補助者に清潔ケアを行ってもらえれば、貫井さんに気持ちよくなってもらえるだけじゃなく、気持ちも明るくなるのではないかと期待して清拭を委任した。清拭をしながら浜野補助者が話しかけると貫井さんはよく話し、徐々に明るい表情になった。そして清潔ケアを終えた時、貫井さんは浜野補助者に『あー、さっぱりした。』と嬉しそうに言い、お礼を伝えた。

これらの場面で看護師は、補助者と一緒に清潔ケアを行うことで準備や片づけを頼める分、患者に関わる時間が増えるだけでなく、患者を笑顔にする補助者の持ち味に助けられていた。また、看護師はこのような補助者の持ち味を期待して清潔ケアを委任していた。

(13) 看護師は、委任の責任をとる覚悟で自ら確認を行い、看護補助者も安心する

看護師は、委任の責任は自分にあるという考えを持ち、自分の目で患者の状態を確認することを大切にしていた。そして、このことは補助者の安心につながっていた。

例えば、補助者に清拭を行ってもらい、観察を目的に訪室した看護師は、補助者から下肢に保湿クリームを塗布したことを報告され、一緒に下肢の状態を見て、その対処法で良いことを伝えていた。補助者も看護師の承認を受けて安堵していた。この例では、看護補助者が1人で清潔ケアを実施する場合も、看護師が訪室して確認を行うことが、補助者の報告を受ける機会になり、清潔ケアの評価を行ったり、補助者にフィードバックしたりする機会にもなっていた。その他の例として、看護師と補助者が患者の状態を一緒に確認することが、補助者の安心と安全な清潔ケアにつながっていた場面を以下に示す。

午前9時半過ぎ、山田補助者が加藤さんのシャワー浴を介助する準備を行っていると、竹下看護師が「20(号室)の加藤さんのシャワー行きます?」と話しかけた。山田補助者が「う

ん、行くよ。」と返すと竹下看護師は、「ちょっと立ち上がる場所。一緒に見ようかな。」と言った。山田補助者も「私も見たことないからよくわかりません。」と言い、竹下看護師は「そうですか。じゃあ一緒に見ましょう。私、シャワー室にお連れします。」と伝えた。加藤さんは70代で脳性麻痺の既往があり、筋解離術後でリハビリ中の方だった。

竹下看護師が、加藤さんを車いすでシャワー室に連れて行き、座った状態で上着を脱がせ始めた。ズボンを脱ぐ時に、加藤さんに声をかけて手すりにつかまらせると、竹下看護師は腰を支え、加藤さんはゆっくり立ち上がった。そして、ズボンを脱がせると「1回座りましょう」と声をかけた。この間、山田補助者は2人の様子を見ながらシャワーの準備を行っていた。

次に、竹下看護師が車いすをシャワー椅子に近づけて止めると、加藤さんは自分で手すりにつかまった。山田補助者は加藤さんの背中側に立った。竹下看護師が「私立ち上がる場所を見るの初めてなんですよね。」と言うと、山田補助者も「私も初めてよ。」と答えた。山田補助者が腰を支え、加藤さんはゆっくり立ち上がった。立ち上がる間、竹下看護師は患者の左から右側にまわりながら見守った。加藤さんが立ち上がると、2人は「こっちにすわりましょう」と声をかけてシャワーイスに座らせた。そして竹下看護師が「すごいね。立てて」と加藤さんに声をかけ、山田補助者も「すごいわ。加藤さん。」と言った。加藤さんはにっこり微笑んだ。その後、竹下看護師は退室し、山田補助者はシャワー浴の介助を始めた。

この場面について竹下看護師は、『加藤さんは、車いす1人介助なので、補助者さんが1人でケアできるし、これまでもシャワーに入ったことがあったんですけど、私は加藤さんが立つところを見たことがなくて、山田さんも心配してたので、始めの移動は一緒に行おうと思いました』と話した。そして、実際の様子を見て『加藤さんは（補助者）一人で大丈夫だと思ったので、帰りはお願いしました。』と話した。また、竹下看護師は『委任するっていうことは自分に責任があることだから。補助者も患者も安全に過ごせるために。』、『どれだけ具体的にイメージしてもらって、できるだけ不安なくできるようにするっていう感じですかね。（途中略）実際、自分がまず1回やって、心配なところがあったらやってみて、こういうやり方だったら大丈夫だと思えたことを、できるだけ補助者さんに伝えて、補助者さんもそれなら大丈夫だと思ってもらえる。』、『患者さんも安心して、補助者さんも安心して自信を持って行える。（途中略）そういった関わりが必要だと思います。』と話した。

看護師は、補助者1人に任せられるとわかっていたが自分の目で見たことがなく、補助者も初めてで不安な様子だったため、患者の動作を一緒に確認した方が良いと判断した。

看護師は、補助者に安心して介助してもらえるように、まずは自分が介助する様子を見てもらい、その後、補助者が介助する様子を見て任せられると判断した。補助者もそのまま介助を続行し、両者は“補助者 1 人で移動の介助ができる”と了解していた。看護師が一緒に確認を行ったことで、補助者は不安なく 1 人で介助することができ、患者も安心してシャワー浴をすることができていた。

h. 施設の概要と委任の様相のまとめ

A 病院では、補助者の業務基準や教育研修体制が整備され、病棟では新人補助者の教育を先輩の補助者が主となって行い、定期的な看護師長との面談を経て段階的に業務を習得する仕組みが整っていた。

看護師から補助者への清潔ケアの委任は、日勤のリーダー看護師は関与せず、受け持ち看護師が行い、その方法は受け持ち看護師達が集まって補助者に委任する清潔ケアを決めるというものであった。そこでは、補助者に委任して良い患者の基準と人数の枠組みに則り、個々の看護師が受け持ち患者の中から選定した上で、全体で共有し、実施時間や注意事項を確認し合っていた。そして、この場は看護師達が互いの委任内容や選定の根拠を知る機会になっていた。そして、委任内容が決まった後は、1 人の看護師が代表して補助者に委任し、医療の資格をもたない補助者がわかるよう簡潔に伝えていた。

研究参加者の看護師達は、補助者への清潔ケアの委任を考える際、その日の清潔ケアの予定が自分の許容を超えるかどうかを判断していた。その理由は、清潔ケアは看護師の仕事としてできる限り自分で行いたいという思いがあるからであった。そして、補助者に委任した方が良いと判断して任せたとしても、患者や補助者の安全と患者の安楽を考えて部分的に看護師が介入して一緒に行っていた。2 人で実施する場面では、補助者は手順に沿って清潔ケアを行い、看護師は医療処置も行いながら、患者の回復を進めるかわりを行っていた。

また、清潔ケア担当の補助者が不在の日は、看護師と補助者は互いの業務の忙しさに配慮し、看護師は補助者が比較的手が空く時間に委任するようしており、補助者はたとえ多忙でも看護師のためにできる限り引き受けていた。しかし、忙しい看護師を助けるために補助者が看護師から委任される前に清潔ケアを実施してしまうこともあり、看護師達は補助者の思いを理解する一方で、補助者は看護師の指示の下に業務を実施する必要性を感じていた。

2. B病棟

a. 施設の業務基準と教育研修制度

B病院では、補助者の業務基準が定められており、補助者は看護管理者が看護師の指示・監督の下で業務を行い、患者に直接かかわる業務は看護師の指示を受けて、実施し報告を行うことを明示し、補助者が実施できる業務範囲を細かく定めていた。その中で、補助者が1人で実施できる業務と看護師と一緒にを行う業務を分類し、1つ1つの業務の手順が示されていた。また、補助者と共に作成した各勤務の業務内容が作成されていた。

主な教育研修内容は、看護補助者全員が受講する研修（看護部の理念、医療安全、感染管理、情報管理、補助者の役割・責任の範囲・業務内容、倫理）や、毎年選択して受講することができる技術研修（感染予防、食事介助、口腔ケア、おむつの当て方、陰部洗浄、コミュニケーション、アサーション）であった。

補助者への委任に関する看護師への教育研修は行われていなかった。

b. B病棟の看護補助者の勤務形態と日常生活援助に関する業務

補助者の勤務形態は、平日は3種類（早番、遅番2種類）あり、早番は2名、その他は1名ずつ勤務していた。清潔ケアに関する業務については、補助者が自分達で便宜的にシャワーと洗髪・床上の清拭・陰部洗浄の2種類に分けて、早番の看護補助者と遅番の看護補助者でそれぞれを担当していた。表5に主な業務内容を示す。

表5. B病院B病棟の看護補助者の勤務形態と主な業務内容

勤務の種類と就業時間	主な業務内容
早番(7:30~16:00)	1名は患者のリハビリ搬送を担当。1名は朝の食事介助、患者の検査搬送、10時から15時半までシャワー介助（水曜日は特浴）を担当
遅番(10:00~18:30)	患者の検査搬送等の外回り、午後から洗髪、床上の清潔ケア（清拭、陰部洗浄）、夕の食事介助
遅番(12:00~20:30)	昼の食事介助、夕方～就寝前の体位変換

c. 患者の日常生活援助に関する病棟の委任基準

患者の清潔ケア、食事介助、移乗・移送に関して補助者に依頼する基準を病棟独自で作成し、毎年見直していた。例えば、清潔ケアについては、患者のADLが自立している、または見守り～軽介助で移動し座位を保持することができる場合は補助者が1人で実施できる、と決められていた。

d. 病棟の看護補助者の教育

新入職者や他部署から異動して来た補助者には業務の教育を担当する補助者がつき、その補助者が中心となって教えていた。しかし、必ずしも同じ勤務で働くわけではなく、他の補助者にも教わりながら業務を習得していた。また、患者に直接かかわる業務（移乗や清潔ケアなど）は、副看護師長を中心に看護師が1つ1つ指導し、補助者は、副看護師長の許可が下りると1人で実施できるようになっていた。

e. 看護補助者との情報共有

補助者は電子カルテを閲覧することができたが、閲覧できないと捉えている補助者がおり、B病棟では電子カルテを活用する補助者はいなかった。

看護師は補助者が1人で移乗介助をしてはいけない患者がわかるように入院患者の一覧表を電子カルテから印刷し、印をつけてナースステーションに掲示していた。また、患者のベッドサイドに安静度、受傷部位、装具名や装着位置、抑制等について記載したものを掲示し、看護師が毎日更新し補助者は参考にしていた。しかし、患者の安静度やADLは一日の中でも変化するため、掲示物でタイムリーに情報を共有することは困難な状況があった。そこで、遅番の補助者が16時半からの夜勤看護師のミーティングに参加し、患者の詳細な情報を収集し、他の補助者にも口頭で申し送り、書面で共有していた。

また、看護師が委任した日常生活援助を実施した後の補助者との情報共有については、実施報告を行う補助者と行わない補助者がおり、看護師も補助者が実施したかどうか確認する看護師としない看護師がいた。1人の補助者は引き受けたら必ず実施し、実施する前に受け持ち看護師に声をかけるため実施後の報告は必要ないと考えていた。看護師は、補助者が実施できなかった場合や患者の異常に気付いた場合に報告を受けており、補助者の技術を信頼していることから、あえて確認する必要はないと考えていた。

f. 看護補助者への委任の方法

B病棟では、補助者への清潔ケアの委任は受け持ち看護師ではなく業務のリーダー看護師が担っており、受け持ち看護師が委任してはいけないことになっていた。リーダー看護師は病床を半分に分けて作られたC・Dチームに1人ずつおり、2人のリーダー看護師が相談をして補助者への清潔ケアの委任を行っていた。リーダー看護師の主な役割は、チーム全体の業務と患者の状態の把握、リーダー間の業務調整、メンバーのフォロー、他部署との調整や医師への報告・指示受け等であった。

リーダー看護師が清潔ケアの委任を担う理由について、看護師長は『全体の業務を把握

しているのはリーダーなので』と話した。看護師長は、補助者への清潔ケアの委任においては、補助者の業務量に影響する退院患者数を考慮する必要があること、1人の看護師に業務が集中しないように判断する能力が求められると考えており、『全体と個人の業務のバランスを見て決める』ことができるのは経験年数1～2年目の看護師ではなく、経験年数4年目以上のリーダー看護師であると考えていた。

また、B病棟では半年前より、毎日10時から日勤のリーダー看護師と遅番の補助者1名で補助者に委任する清潔ケアの調整を行っていた。それまではリーダー看護師が委任用の用紙（以下、用紙）に内容を記入し、補助者用のファイルに入れるだけで直接やり取りを行う機会はなかった。用紙には病室の番号、患者氏名、受け持ち看護師名、委任する清潔ケアの内容、リハビリ時間、その他、備考の欄があり、その他や備考の欄には、「受け持ち看護師と」、「着脱衣は2人介助が必要」、「担当看護師と褥瘡処置も」、「点滴保護担当（看護師）にしてもらって下さい」、「（シャワー浴介助）自室でいつでもOK」など、実施方法や必要な人数、実施する時間などが書かれていた。

g. 業務改善の取り組みと課題

B病棟では、副看護師長が、新しく配属された補助者の技術評価を担い、補助者のリーダーが取り組む活動計画の立案・実施・評価を支援していた。そして今年度、副看護師長は補助者のリーダーとともに、新しく配属された補助者の定着を図るために、教育に重点を置いて取り組んでいた。B病棟では補助者が定数より1名不足しており、補助者の定着は大きな課題であった。看護師長と副看護師長は、補助者が定着すれば、新たなタスクシフトも含めて補助者の業務内容や方法を見直すことができ、看護師の残業時間の減少につながると考えていた。しかし、補助者の業務の見直しやタスクシフトには、補助者の抵抗感も少なくなかった。補助者としては、自分達で決めた業務のやり方が変わることへの懸念があり、無資格の自分達が担う業務量が給与の面で妥当かどうか疑問視する側面もあった。看護師長と副看護師長はこのような補助者の気持ちを汲みながら、もっとお互いの業務を理解し、話し合う必要性を感じていた。そして、今年度、配属された補助者が着実に業務を習得していることから、補助者と話し合いながら少しずつ業務内容を変えていく方向で動き出していた。

h. 看護師から看護補助者への日常生活援助の委任の様相

B病棟の看護師から補助者への清潔ケアの委任の様相は11あった。表6に示す。

表 6. B病棟の看護師から看護補助者への清潔ケアの委任の様相

様相	場面
1. リーダー看護師は、清潔ケアを看護本来の仕事と捉え、許容を超えた時に補助者への委任を考える	<p>患者の側にいられる清潔ケアはできるだけ自分で行き、できない分を依頼する</p> <p>患者と密に関わることができる清潔ケアは自分で行いたい、予定が立て込む時には看護補助者の手を借りる</p> <p>受け持ち看護師は、新人看護師のフォローで担当患者の清潔ケアに手が回らない時、やむを得ず看護補助者に依頼してほしいとリーダー看護師に頼む</p>
2. リーダー看護師は、委任の責任をとる覚悟で患者と看護補助者の安全を確保し委任を決める	<p>委任の全責任は看護師にあるという考えで、患者と看護補助者の安全を確保できる方法を検討し、委任することに決める</p> <p>リーダー看護師は安全に実施できるよう看護補助者と相談しながら自分が責任をとる覚悟で委任を決める</p>
3. リーダー看護師は、受け持ち看護師や看護補助者の業務が偏らないようバランスをとり委任内容を決定する	<p>リーダー看護師同士で看護補助者に委任する清潔ケアを共有し、チーム間のバランスや忙しさに偏りがなければ確認する</p> <p>リーダー看護師同士で看護補助者に依頼する清潔ケアの人数を調整し、一方のチームが忙しい場合は多めに委任できるようにする</p> <p>リーダー看護師はもう一方のチームの忙しさを考慮して自分のチームから委任する必要があるか判断する</p>
4. リーダー看護師は、清潔ケアに加えて状況に応じた対応や回復を促すかわかりが必要な患者の清潔ケアは委任しない	<p>リーダー看護師は、患者の全身状態に注意が必要な場合や離床を含めて清潔ケアを実施する場合には依頼しない</p> <p>リーダー看護師は、治療内容や状態の安定度、認知力を考慮し、医療器具の取り扱いや全身状態のアセスメントが必要な患者は依頼しない</p> <p>全身状態のアセスメントや臨機応変な対応が必要な患者は依頼しない</p> <p>リーダー看護師は、患者の治療内容、術後の経過だけでなく生活者としての患者に適した清潔ケアの方法を考え、看護補助者に依頼する清潔ケアを判断する</p>
5. リーダー看護師は、過剰な量にならないよう気にかけて委任し、看護補助者は無理なく引き受ける	<p>リーダー看護師は、看護補助者に頼み過ぎていないか確認しながら依頼し、看護補助者は十分引き受けられると判断する</p> <p>リーダー看護師は看護補助者が実施可能な目安を超えないように清潔ケアの量を調整して委任し、看護補助者もすんなりと引き受ける</p>
6. 委任経験が浅いリーダー看護師は先輩看護師のサポートを受けながら看護補助者に委任する	<p>依頼慣れしていないリーダー看護師は、先輩看護師の助言を受けながら看護補助者に委任する</p>
7. 患者に最善の清潔ケアを考えるリーダー看護師から自分達のやり方を守る看護補助者への委任は難航する	<p>自分達の業務のやり方をおす看護補助者に対して、看護師は委任内容を伝えづらく、患者に影響を及ぼしそうになる</p> <p>リーダー看護師は、看護補助者が承諾する時間帯と内容に合わせてやむを得ず委任内容を変更する</p>
8. 患者や看護師を慮る看護補助者の言葉を受けてリーダー看護師は委任内容を再検討する	<p>看護補助者は、患者に公平にケアが行き届くよう質問し、看護師は委任内容を再検討する</p> <p>リーダー看護師は、看護補助者から思いがけない申し出を受けて委任する人数を増やす</p>

様相	場面
9. 看護補助者は、患者に不利益がないよう実施前に受け持ち看護師へ声をかける	看護補助者は、リーダー看護師に正確な患者の情報を教えてもらいたいと思いつながり、一番よく知る受け持ち看護師に患者の状態や注意点を確認する 看護補助者は後輩の看護補助者に対して、清潔ケアを実施する前に必ず受け持ち看護師に注意点を聞くよう伝えている 依頼された清潔ケアを受け持ち看護師が実施していることがあるため、看護補助者は実施前に受け持ち看護師に声をかける
10. 受け持ち看護師は、看護補助者の背景を踏まえてわかるように伝え、看護補助者は確実に行う	受け持ち看護師は看護補助者の経験や技術を的確にアセスメントして委任し、看護補助者も確実に実施する 受け持ち看護師は医療の資格を持たない看護補助者にわかるように注意点を伝え、看護補助者も理解して実施する
11. 受け持ち看護師と看護補助者は阿吽の呼吸で清潔ケアを行い、受け持ち看護師は観察も行う	受け持ち看護師と看護補助者は患者に声をかけながら、阿吽の呼吸で寝衣を脱がせて特浴の準備を行い、受け持ち看護師は、清潔ケアのタイミングで術創部の観察を行う

(1) リーダー看護師は、清潔ケアを看護本来の仕事と捉え、許容を超えた時に看護補助者への委任を考える

B病棟では、日勤看護師1人あたり6名前後の患者を受け持っていた。リーダー看護師はその日に予定されている清潔ケアを確認し、入院や手術予定等を含めて業務量が許容を超えた時に補助者に委任しようと考えていた。こうした判断の背景には、看護師が清潔ケアを看護本来の仕事として捉え、清潔ケアだからこそわかる患者の姿があると考えていることが影響していた。以下に、この様相を示す場面を2つ挙げる。

<場面1>

B病棟では、患者が入院した時点で看護師が清潔ケアの予定を電子カルテに入力し、日勤の看護師は、入力内容をもとにその日の清潔ケアを実施していた。

その日、患者を受け持っていた佐伯看護師は6名の患者を担当し、3名に清潔ケアの予定が入っていた。3名のうち2名は介助が必要なシャワー浴で、2人とも午後にリハビリの予定があったため、佐伯看護師は午前中にシャワー浴を実施する必要があると考えた。さらに、もう1名の患者は、術後一日目で離床を兼ねて床上での清拭と陰部洗浄を行うため、午前中の早めの時間に実施した方が良いと考えた。その他にも、全身状態が安定しない患者や14時前後に手術から帰室する患者を受け持っていた佐伯看護師は、自分1人で午前中に3名の清潔ケアを行うのは難しいと判断し、1名のシャワー介助を補助者に委任したいと考え、リーダー看護師に伝えた。補助者への清潔ケアの委任について佐伯看護師は、『自分がメンバーの時には、

基本は全部自分でやりたい派なんです。なんか、ケアの時間が一番密に患者さんと関わられるじゃないですか。結構、シャワーの時だと密室になるし。患者さんがぼろっと本音を言ってくれたりとかもするので、ケアは極力入りたいなとは思って、自分がメンバーで動いてる時は思うんです。』、『回り切れなかったりしたら、ちょっと補助者さんの手を借りるみたいな感じで』委任をすると話した。

看護師は、患者と密に関わることができる清潔ケアは、自分で実施したいと考えていた。しかし、患者の一日の予定から最適な清潔ケアのタイミングを考えると午前中に集中するため1人で実施するのは難しいと判断し、リーダー看護師に補助者への委任を要望した。

<場面2>

B病棟の豊田看護師は、日勤でCチームのリーダーを担っていた日、受け持ち看護師とのミーティングで行動計画を聞いたところ、チーム全体の清潔ケアの量が少なく、看護師によって清潔ケアの予定が偏ることもなかったため、受け持ち看護師が自分でできだろうと判断した。1人だけ、感染症によって頻回に下痢がある患者は、2名の介助を要したため、受け持ち看護師と一緒に陰部洗浄を行うよう補助者に委任した。

豊田看護師は、患者の清潔ケアについて『自分でできるだけしたいです。キャパオーバーだったらお願いします。』と話した。その理由について『把握してないと。何か例えば褥瘡があったとか、傷があったとか、青あざがあったとかっていうのにも気づけないですし、ケアの時に気づけることもあるし、患者さんのところにいたいという自分の思いがあるので。』と話した。また、自分がリーダーを担う時は、『(受け持ち看護師が自分で)できそうかどうか、自分が受け持ち担当さんの部屋を見た時に、何時にこれをやってこれをやってあれをやってみたいなのをイメージして、あ、これはちょっと厳しいなって思ったら頼める日は頼みます。』と話した。『結構、(このくらいなら)できるよな、自分で。』と冷やかな目で見てしまうと話した。

看護師は、自分の目で患者を見ることを大切にしており、清潔ケアを実施することで感じられる患者との近さを求めていた。そして、清潔ケアはできるだけ看護師が行った方がよいという考えのもと、リーダー業務を担う時も、それぞれの受け持ち看護師の一日の業務量を想定し、受け持ち看護師で清潔ケアを実施することを求めていた。そして、厳しい目で受け持ち看護師ができそうかどうかを判断していた。

(2) リーダー看護師は、委任の責任をとる覚悟で患者と看護補助者の安全を確保し委任を決める

看護師は補助者への日常生活援助の委任において、自分に全責任があるという考えを持ち、患者の安全だけでなく補助者の安全も確保することを考えながら患者を選び、看護師が介入すべき部分を判断した上で、委任することを決めていた。以下に、この様相の場면을2つ挙げる。

<場面1>

日勤リーダーの豊田看護師は、1名の患者のシャワー介助を委任しようと考えた。その患者は右大腿骨頸部骨折後で荷重制限があったが、『自分で立ち上がることはないし、お部屋で(受け持ち看護師が)シャワーチェアに乗せて(浴室まで)移動してもらって、(シャワー後のお迎えも看護師が行って、洗うところだけ補助者さんにやってもらえば良い。』と考えた。また、豊田看護師は『うちの補助者さんは、安全面に関しては結構、事細かく気をつけてくれるので、すごくそこは助かってるかなって思いますね。』と話した。そして、豊田看護師は清潔ケアを補助者に委任するにあたって『まずは安全ですね。患者さんの安全もそうですし、補助者さんの安全。何かあった時に補助者さんが責められるようなことはないようにしたいっていうのと、あくまでも依頼者は自分だから自分が全責任っていう感じのイメージ』で判断するようになっていると話した。

看護師は、患者のADLに注目し、術後の合併症に注意が必要な移乗は補助者ではなく看護師が実施した方が良いと判断し、患者も補助者も安全に清潔ケアを実施することができるよう補助者に委任する部分を見極めていた。また、補助者が患者の安全面によく注意していることに助けられている分、何かあった時に補助者が自責の念を感じないよう、看護師が責任を持って判断し、委任しなくてはならないと考えていた。

<場面2>

日勤リーダーの平山看護師は、看護師達に午前中の清潔ケアの進捗状況を確認した後、3名の患者の清潔ケアを補助者1人で実施してもらおうよう委任することに決めた。3名とも内科系の疾患で入院しており、2名は床上での陰部洗浄で、1名は洗髪が予定されていた。陰部洗浄が予定されている2名の患者は、禁忌肢位がなく自分で腰を上げることができ、意思の疎通も

問題なく、理解力もあるため清潔ケアに協力してもらえると考えた。洗髪（床上ではなく洗髪室での実施）が予定されている患者は、シリンジポンプを使用して持続的に薬剤を投与されている方であった。平山看護師は、『（シリンジポンプの）アラームが鳴ったりした時に、対応が補助者さんだけでできないとか、危ない、管理が補助者さんの責任ではまかなえない』し、『この病棟、ほとんどポンプついている人がいないんですよ、基本的には、補助者さんがあまり慣れてないんじゃないかっていうのもあって、これついてるけど大丈夫？っていう意味で』補助者に確認した。清潔ケアの担当だった堀江補助者は、「（車いすで）検査連れて行ったことあるわ。この人。」と答えた。この時、堀江補助者は病棟内の洗髪室まで車いすで搬送し、洗髪を実施できると判断していた。返答を受けて平山看護師は洗髪を委任することにした。

平山看護師は、補助者への委任にあたって、『なんかあった時には自分が責任をとる。私が頼んだからいけなかったじゃないけど、補助者さんきっと自分を責めちゃうと思うので、何かあった時には、なので、なんかその点はちょっとね、こっちが任せただから私のアセスメントが足りなかったなり何なり、かばうべきだと思っています。』と話した。

看護師は、患者に行われている治療内容や医療機器に注目し、病棟で使用頻度の少ないシリンジポンプを使用する患者の洗髪について補助者に相談した。そして、補助者がこの患者の搬送を経験していたことから引き受けられると判断したことを受けて委任することに決めていた。看護師は補助者への委任の全責任は自分にあり、補助者が自分を責めることがないようにしたいと考えていた。

（3）リーダー看護師は、受け持ち看護師や看護補助者の業務が偏らないようバランスをとり委任内容を決定する

各チームのリーダー看護師は、チームメンバーの受け持ち看護師から報告を聞いた後、受け持ち看護師の業務の状況を踏まえて自分のチームから委任する清潔ケアを決定し、相手チームのリーダー看護師と照らし合わせ、補助者への委任が過剰にならないよう調整していた。また、この調整では相手チームの状況に配慮し、自分のチームの患者の重症度が低い場合は委任する人数を減らし、相手チームが委任する人数を増やすようにするなど、全体のバランスをとっていた。以下に、この様相の場面を1つ挙げる。

Cチームの日勤リーダーの舞田看護師とDチームの日勤リーダーの稲垣看護師は、チームの受け持ち看護師とミーティングを終えると、各々、補助者に委任する清潔ケアを選び、何人委

任したいか伝え合った。

補助者に委任できる人数は、補助者の勤務人数やその日の入退院・転入転出数によって変動するが、稲垣看護師は『シャワーは（補助者が）10時から15時半くらいまでできるから、5～6人頼めるよとか、ベッド上の（清潔）ケアは午後からCとD合わせても3人くらいが限度かなとかっていうのを、片っぼのチームでたくさん頼んじゃうともう片っぼのチームが大変になっちゃうんで、そこはリーダー同士でどんくらい頼む？ってやりとりしながら調整してく』と話し、チームの患者の重症度や清潔ケアの介助の度合い、手術予定等を踏まえて、自分のチームで委任する数が少ない場合は、他チームが多く委任できるように伝えるようにしていた。この日は、看護師の急な休みで人数が少なく、舞田看護師も稲垣看護師もリーダー業務を行いながら3名ずつ患者を受け持ち、多忙であった。リーダー看護師達は調整を行うとCチームから4名、Dチームから3名の患者の清潔ケアを委任することに決めた。

10時になり、リーダー看護師達と宇野補助者は、転棟・転入患者と退院予定の患者の人数を確認し、看護師が委任したい清潔ケアを伝えると、宇野補助者は「これならできると思う。わかった。」と返答した。

リーダー看護師達は、その日の入退院予定を踏まえて補助者に委任できそうな人数を予想するとともに、相手チームの方が患者の重症度が高く、清潔ケアの量も多い時には、相手チームが多く委任できるようにするなど、必ずしも各チームから同じ人数を委任するわけではなく臨機応変に調整を行い、決定していた。

（４）リーダー看護師は、清潔ケアに加えて状況に応じた対応や回復を促すかわりが必要な患者の清潔ケアは委任しない

看護師は、補助者に清潔ケアを委任するにあたり、メンバーや補助者の業務の状況、患者の治療内容、術後の経過、全身状態の安定度、認知力を踏まえて可否を判断するだけでなく、生活者としての患者の退院後を見据えて患者の自立を促すために補助者には委任せず、看護師が見守るという判断を行うこともあった。また、看護師は補助者1人で清潔ケアを実施できるか判断する際、患者の心身の安定性と想定外の事態が生じ得る可能性を考慮し、全身状態のアセスメントや臨機応変な対応が必要な患者は委任しないと判断していた。以下に、この様相の場面を1つ挙げる。

リーダーの稲垣看護師は、補助者が1人で実施できる患者の清潔ケアがあるか考え、介助が必要な患者の中でも手術後、初めてシャワー浴を行う患者は委任しない方が良いと判断した。それは『(術前と比べて)術後ADLが変わって、(患者自身が)体の動かし方が初めてなのでわかっていないから、補助者さんでは何かあった時に対処できない』という理由からであった。また、補助者に委任するシャワー介助の中でも『(患者)本人の理解度が低いと、可動域や荷重制限を守れなかつたりする』ため、補助者が移乗の介助を行う際に危険だと考えた。しかし、患者が患側の荷重制限を守れなかったとしても、車いすからシャワー椅子への移乗は看護師が行えば、洗うところだけ補助者に委任することもあった。この日は、2名の患者を委任しないこととし、他の患者を補助者に委任した。

また、他の日には、床上の陰部洗浄が予定されていた患者がいたが、血圧が高めで(術後の創部から)浸出液が多く、認知力の低下によって突然拒否することがあるため、補助者には委任できないと判断していた。その他にも手術後のドレーンやチューブ類が挿入されている患者は清潔ケアの時に事故抜去する可能性を考えて委任できないと判断し、一人一人吟味した結果、補助者が安全に実施できそうな患者は一名いたが、受け持ち看護師でできそうだと判断し、補助者に委任しなかった。

看護師は、患者自身が自分の身体の具合に見通しが立たない状況や、自分の身体に注意を払うことができない場合に、介助者が臨機応変に対応できないと患者の安全を守ることができないと考え、補助者には委任しなかった。しかし、補助者1人に全てを任せられない場合でも看護師が一部介入すれば委任できると考え、看護師は患者の選択を行いながら、実施する方法(補助者1人に任せるのか、看護師が一部介入するのか)を判断していた。

また、患者の心身の状態が突然変化する可能性がある場合や医療処置が行われている場合は患者と補助者の安全の確保が難しいため、補助者に委任しないと判断していた。

(5) リーダー看護師は、過剰な量にならないよう気にかけて委任し、看護補助者は無理なく引き受ける

リーダー看護師は清潔ケアを依頼する際、頼みすぎているか補助者に確認しながら依頼し、無理強いしないようにしていた。以下に、この様相の場面を1つ挙げる。

リーダーの佐伯看護師は依頼する際、所定の依頼用紙に病室の番号や患者名、受け持ち看護師名、依頼する清潔ケアの内容、リハビリ時間、注意事項を記入したものを見せながら「(清

潔) ケア、これです。どうです? 特浴あるから、多すぎますか?」と神田補助者の様子を伺いながら言い、神田補助者ができると答えると、「もし、厳しそうなら言ってもらえれば。」と付け加えた。神田補助者は、シャワー浴 1 名、特浴 1 名、清拭・陰部洗浄 3 名なら引き受けられると考え、「はい。」と答えた。

リーダー看護師は一方的に伝えるのではなく、補助者が無理なく引き受けられるか確認しながら委任し、補助者は内容を見て引き受けられるかどうか判断していた。そして看護師は、補助者が引き受けると返答した後も無理強いをしないこと、実施できない時には言ってもらおうよう伝えていた。

(6) 委任経験が浅いリーダー看護師は先輩看護師のサポートを受けながら看護補助者に委任する

看護師は日勤のリーダーを担うようになってから補助者への委任を経験していた。リーダーを担うには病棟で決めた基準を満たしている必要があり、概ね経験年数 4 年目からオリエンテーションが始められていた。リーダー経験が浅い看護師は、先輩看護師にサポートされながら委任していた。以下に、この様相を示す場面を 1 つ挙げる。

この日、C チーム日勤リーダーの豊田看護師は別件で席を外していたため、リーダー同士の調整ができなかった。午前 10 時、神田補助者は D チーム日勤リーダーの宮内看護師と清潔ケアの調整を始めた。まだリーダー業務を始めて間もない宮内看護師は、用紙を見せながら、特浴を 1 名とシャワー浴を 1 名依頼したいと伝えた。すると特浴時間が 15 時と書かれているのを見た神田補助者は、早番の補助者 2 名が 16 時に終業するため、人手が少なくなる前に終えた方が良くと考え、「15 時からだと片付けまで入れて 16 時に終わるかな。」と言い、時間を前倒しできないか聞いた。宮内看護師は返答に詰まり、2 人のやりとりに沈黙が流れた。そこに戻ってきた豊田看護師は、2 人のやりとりが進展していない様子を見ると「特浴は時間調整だね。」と言った。そして、豊田看護師はシャワー浴の介助を依頼する欄にシャワー室の予約時間が書かれていないことを見つけ、「シャワー、時間は?」と宮内看護師に聞いた。宮内看護師は、「今、(受け持ち看護師が) 準備してると思うんですけど、、その後、、。」と黙ってしまった。豊田看護師は、「そうか。」と言うと、先にその他の清拭や陰部洗浄の依頼について伝え始めた。清拭や陰部洗浄の実施時間についても検討していなかった宮内看護師は、豊田看護師に促されながらリハビリや検査の予定を確認して神田補助者に伝えた。この場面につい

て豊田看護師は、『(宮内看護師は) まだ、依頼慣れしてないんですよ。だからDチームがどのくらい頼むか知りたかったし、補助者さんがキャパオーバーしないようにしないといけないと思ったし、時間調整のことも気になりました。何をどう頼んでいるか知るために(話に入りました)。』と話した。

補助者とのやりとりを終えた後、宮内看護師は受け持ち看護師に特浴とシャワーの時間を調整するように伝えた。受け持ち看護師は、患者の疲労を考えてリハビリと特浴の間に十分な時間を設けていたが、リーダー看護師からの要請を受けて、特浴の予定を早め、リハビリは理学療法士と相談の上で時間を短縮した。

リーダーの経験が浅い看護師は、補助者への委任に慣れておらず、古参の補助者から時間変更を要望され、どう返答したらよいかわからなくなっていた。そこに先輩看護師が戻り、やりとりが行き詰っている様子を見て後輩看護師に助け船を出し、何を確認して何を伝えたら良いのか教えていた。後輩看護師は先輩看護師に導かれながら委任し、再調整を行っていた。

(7) 患者に最善の清潔ケアを考えるリーダー看護師から自分達のやり方を守る看護補助者への委任は難航する

B病棟では、2人の補助者が清潔ケアを担当していた。1人は、2名勤務している早番のうちの1人で、シャワー浴や特浴の介助を担当し、10時～15時半の間で行っていた。もう1人は、10時から勤務する遅番の補助者で、床上の清拭や陰部洗浄の他、洗髪を担当し、午後13過ぎから15時半頃まで行っていた。この分担は補助者達が、自分たちの身体の負担を減らし、業務が滞らないよう検討して決めたことであった。補助者達が考えて決めた業務のやり方があることは、看護師長や一部の看護師は知っていたが、知らないリーダー看護師もいた。このことが、看護師が委任したい清潔ケアと補助者が引き受けられる清潔ケアの不一致を生み、委任が難航することがあった。看護師達は委任したかった清潔ケアを諦めて変更したり再度調整したりしていた。以下に、この様相を示す場面を2つ挙げる。

<場面1>

この日、勤務する補助者の人数はいつもより1名少なかった。10時過ぎ、遅番の補助者はリーダー看護師達に「今日は、シャワーはできないよ。午後のケアだけね。」と言い、決まったら用紙を下さいと伝えるとナースステーションを出て業務を始めた。

Cチームの豊田看護師は『シャワーなら何人か頼みたい人がいたんだけど』できないと言われたので、委任予定を変更し、午後に何人かの清潔ケアを委任することにした。

Dチームの稲垣看護師は、『(床上の清拭や陰部洗浄は)受け持ち看護師で出来そうだと思う。シャワーは何人か頼めたら頼みたい人がいたんですけど』と話し、補助者に委任する清潔ケアはないと判断した。そして、稲垣看護師は、『補助者さん、臨機応変にやってもらうのはちょっと難しいのかもしれませんが。』『(例えば)シャワーを頼む人がいない時に、シャワー担当の補助者さんに(清拭や陰部洗浄などの)ケアを依頼したくても変更はしてくれなさそうなんですよね。補助者さんにとってみれば、いつもの業務にプラスアルファの仕事を頼まれている気持ちになっちゃうのかもしれないなって。看護師にとっては緊急入院をとる感覚と同じなのかもしれません。』と少し困惑した様子で話した。補助者は、清潔ケアの内容で担当する補助者を分けている理由について、シャワーと床上の清拭・陰部洗浄を分けないと、勤務によって連日シャワー浴の介助を担当することになり、体力的に非常に辛いからだと話した。

補助者は、リーダーの看護師達に一言、要望を伝えるとその場を去ってしまった。看護師達は補助者からシャワーはできないと言われた時、自分たちの要望を伝えることはなく、補助者達が決めたやり方に合わせて委任内容を変更したり諦めたりしていた。

補助者にとって身体の負担を減らすためにシャワーと床上の清潔ケアを分けることは必然であったが、患者にとって必要な清潔ケアを最適な時間帯に実施することを考える看護師には困惑する考え方であった。また看護師の1人は、融通の利かない補助者達の負担感を自分たちの業務に重ね合わせて想像し、補助者達のやり方に臨機応変さを求める難しさを感じていた。

<場面2>

Dチームのリーダーの天野看護師は、10時になると遅番の宇野補助者に用紙を見せながら特浴を1名と、床上での清拭と陰部洗浄を1名、陰部洗浄を1名委任した。そして、天野看護師が「特浴って誰がしてくれるんですけどっけ?」と聞くと、宇野補助者は「早番。(床上での清潔)ケアは午後しかできないよ。」と厳しい口調で返した。天野看護師は、清拭と陰部洗浄を依頼したい患者は手術翌日で離床も兼ねて清潔ケアを行うため、「この人、オペ後で午前中にできるといいんですけど。」と消え入りそうな声で伝えた。しかし、宇野補助者は「午後しかできないよ。外回り(患者の検査への搬送や物品の取り寄せ等)やらないといけないか

ら。」と言った。天野看護師が「はい。」と言うと、宇野補助者は「午後で大丈夫？」と念を押し、天野看護師は「はい。午後で。」と答えた。宇野補助者が歩き出すと天野看護師は後を追いかけて、「(陰部洗浄を依頼した)末永さん、経管(栄養)によって時間合わせればいつでも大丈夫です。」と付け加えた。

この場面について天野看護師は、手術翌日の清拭と陰部洗浄を依頼した輝井さんは、『できれば午前中が良かった』が、『元々、床上で生活を送っている方なので、離床も急がなくていいし、フォーレも術後すぐに抜去できなくてもいいので、午後でも構わない。』と考えた。そして、午前中に床上の清潔ケアを頼めるかどうかは『その時による。スタッフの人数とか、あるのかもしれないけど、よくわかんないけど。(補助者は)シャワーと清拭、陰部洗浄はベッコになって、私達からすればケアとして一緒じゃないですか。なんでなんだろう…。』と話した。天野看護師は、リーダーのオリエンテーションなどで、補助者の業務について詳しく教えられたことがなかった。

Aチームの日勤リーダーの豊田看護師は、委任内容を用紙に記入していたが、宇野補助者が『午前中、ケアできないって言うんで、午前中、看護師に頑張れるだけ頑張ってもらおうと思って、そしたら看護師頑張ってやってくれて。』と話した。また、『退院(患者)が少ない時は、(補助者も)午前中にシャワーとか清拭、陰部洗浄もやってくれることもあります。』と話し、この日は退院数が多くなかったが、『退院後のベッドを入院ですぐに使うこともあるから、(午前中に清拭や陰部洗浄を行ってもらえるかどうかは)助手さんと相談ですかね。』と話した。

宇野補助者は、早番の補助者がシャワー浴や特浴の介助を行い、遅番の補助者が午後から清拭や陰部洗浄を行うことを『リーダーでも知ってる人と知らない人がいるので困っちゃいます。統一して欲しいですね。』と話した。

その後、昼近くになり、末永さんを受け持っていた看護師は、昼の経管栄養を始める前に陰部洗浄を行う必要があると考えていた為、早番の補助者に声をかけた。その様子を見た天野看護師は2人のやりとりに入り、その後、宇野補助者も加わった。4人で相談した結果、早番の補助者が『今なら手があるからいいよ』と承諾し、ちょうど昼食の配膳が始まったタイミングで受け持ち看護師と宇野補助者が陰部洗浄を始めた。

看護師は、術後1日目の患者に清潔ケアと共に離床を行おうと考え、早めの時間帯に補助者に手伝ってもらいたいと考えて伝えたが、補助者は、自分たちの業務が滞らないようにするために看護師の委任を頑なに受けつけず、自分たちがなぜ断るのかわかっていない

看護師に対して不満を抱いていた。看護師は、補助者が断る理由を知らず、なぜ融通が利かないのか不思議に思っていた。もう 1 人のリーダー看護師は、2 人のやりとりを聞いて、委任することを諦め、受け持ち看護師達になんとかやってもらうしかないと考えていた。結局、午前中に委任できなかった清潔ケアは、昼の経管栄養を始めなくてはならない時間が近づいた時に、困った受け持ち看護師が他の補助者に相談し、その補助者が了解したことですぐに清潔ケアを実施することができ、患者の療養生活に支障を来さずに済んでいた。

(8) 患者や看護師を慮る看護補助者の言葉を受けてリーダー看護師は委任内容を再検討する

看護補助者は、委任された清潔ケアを実施する際、一緒に行う受け持ち看護師が忙しそうな時には、“他の看護師に声をかけて清潔ケアをやるか？”とその看護師に提案したり、清潔ケアの後に予定されている検査の搬送も手伝おうか？と声をかけたりしていた。

忙しい時に助けてくれる補助者に対して佐伯看護師は、『向こうが困ってる時にこっちがいっぱいいっぱいでも助けると、こっちがいっぱいいっぱいの時に助けてくれるんです。』『本当にありがたいと思いながらやっています。』と話した。

補助者が看護師を思いやりながら働いていることは、毎日 10 時過ぎに行われる清潔ケアの委任場面にも見られた。そこでの補助者の言動は、入院患者に公平にケアが行き届くように考え、忙しい看護師を助けるためのものであった。以下に、この様相を示す場面を 2 つ挙げる。

<場面 1>

この日、リーダーの看護師達は、シャワー浴の介助 1 名と特浴 1 名、陰部洗浄を 3 名、補助者に委任することに決めた。10 時過ぎ、ナースステーションに入ってきた遅番の神田補助者に佐伯看護師は、用紙を見せながら委任内容を伝えた。すると神田補助者は、「16 号室の久我さん、入らないの？先週入ってた。特浴。」と尋ねた。佐伯看護師は、「そうなんですか？」と少し驚いた様子で電子カルテの記録を確認した。神田補助者は「うん、先週入ってた。で、日曜かな。洗髪したの。」と言った。記録を確認した佐伯看護師は「入ってますね。(補助者の)マンパワー的にいけます？」と聞き、神田補助者「いけると思う。」と答えた。

神田補助者は、『(依頼用紙の一部を) っておいてるんです。同じ人のシャワーを連日頼まれたりすることがあるので、まんべんなくどの患者さんも入れてあげられるように。』と話し、委任された清潔ケアの内容は大体覚えていると話した。

補助者は、看護師から渡される用紙の一部を保存し、どの患者の清潔ケアをいつ行ったかほぼ記憶していた。そして、看護師から委任される内容に対して、どの患者にも公平に清潔ケアが行き届くよう同じ患者のシャワー浴介助ばかり頼まれていないか考え、偏っている場合には看護師に伝えていた。看護師は、補助者の言葉を受けて記録を振り返り、清潔ケアの予定を変更していた。このように補助者の助言は清潔ケアの予定を見直すきっかけになり、入院患者への公平な清潔ケアの提供につながっていた。

<場面 2>

遅番の神田補助者が、Cチームの日勤リーダーの平山看護師に「ケアどうしますか？」と声をかけると平山補助者は、補助者の勤務を確認した。そして、前月に異動してきたばかりの千野補助者を入れて4人勤務のため、あまり清潔ケアは依頼できないと考え「今日は補助者さん3人か。」と新しく来た補助者は人数に含めずに言った。しかし、神田補助者は異動間もない千野補助者に患者のリハビリ搬送を任せられるようになっていたことから「大丈夫。リハビリ千野さんじゃないの？」と聞き返し、平山看護師が「そうか、4人か。」と言うと、「だから、シャワー入れます。」と答えた。平山看護師が用紙に1人の患者名を書くと、神田補助者は「(委任する人数は)1人で平気？」と声をかけ、「大丈夫ですよ。それだけ看護師さんの手が空くじゃないですか。」と言った。その言葉に平山看護師はもう1人シャワー浴介助を追加した。

平山看護師は、どの受け持ち看護師も担当患者が4名程度と少なく、予定の清潔ケアも少なかったため、自分達でできると判断したが、新しく異動してきた補助者がリハビリ搬送を独り立ちしたことから、できると考えて声をかけてくれたのだろうと思った。神田補助者は、『(患者の)移乗を手伝ってもらったり、(看護師が他の仕事中でも)手を止めてやってもらうこともあるので、自分達が引き受けることはあくまで、できる範囲ですけど』、『お互い様だから、できることはやろうと思って、頼まれるものがない時には、明日の分もやるよって声をかけます。』と話した。

リーダー看護師は、新しい補助者が勤務していたことからあまり頼まない方が良さだろうし、受け持ち看護師達でできるだろうと考えていたが、補助者の業務に支障がないなら良さだろうと判断して委任内容を追加した。補助者は新しい補助者の業務の習得状況から、清潔ケアを引き受けられると判断し、看護師とは互いに助け合いながら仕事をしているのだから、できる範囲で引き受けたいと考えていた。

(9) 看護補助者は、患者に不利益がないよう実施前に受け持ち看護師へ声をかける補助者は実施する前に、より詳細でタイムリーな患者の情報を得るために、必ず受け持ち看護師から患者の状態や注意点を聞いた上で実施するようにしていた。このように補助者から看護師に声をかけて情報を収集するやり方は、病棟で決められた方法ではなく、補助者達が安全に患者の清潔ケアを行うために経験的に獲得した方法であり、B病棟の補助者同士で教え伝えられてきたことであった。神田補助者は、『患者を見た時に、腕をつつたら腕が折れたんだと思って、腕ばかり目にいって気にするんだけど、実は腰も折れてたっていうこともある。だから、必ず何を注意するのか（受け持ち看護師に）聞くんだよ、と（後輩の補助者に）伝えているんです。』と話した。しかし、補助者が確認しようとした時に、受け持ち看護師を探したり、廊下で待ったりする時間も少なからず生じていた。それでも補助者は確認してから実施していた。その理由はもう1つあった。以下にその場面を示す。

ある日、神田補助者はリーダー看護師から2人の患者の清潔ケアを委任されたが、そのうちの1人の患者の清潔ケアは受け持ち看護師から、処置と一緒に清拭と陰部洗浄を実施したことを伝えられた。神田補助者は、もう1人の患者の清潔ケアを行うために、受け持ち看護師を見つけて声をかけると、「もう終わったよ。」と言われた。神田補助者が驚いて「え、そうなの!？」と聞き返すと看護師は「うん、終わった。」と繰り返した。

この場面について神田補助者は『何か、午前中に大失禁があっってとか、便がたくさん出ちゃって、とか、そういうことで終わってることがあるんですよ。だから、今からやりますけどいいですか?って聞くようにしてます。』と話した。

補助者は、委任された患者の清潔ケアが既に実施されていることを看護師から伝えられることもあれば伝えられないこともあるため、必ず自分から声をかけるようにしていた。

もう1つ挙げる場面は、看護補助者が過去に困った経験から、リーダー看護師には正確な患者の情報を教えてもらいたいと思いながら、一番患者のことをわかっている受け持ち看護師に確認する場面を示したものである。

遅番で勤務していた堀江補助者は、日勤リーダーの平山看護師から武藤さんの陰部洗浄を委任された。武藤さんは十二指腸潰瘍の治療で入院していた80代の方で、自宅では寝たきりの生活を送っていた。平山看護師は、武藤さんは自分で腰を上げることができるので、差し込み

便器を使って洗うように伝えた。堀江補助者は、武藤さんの入浴を介助したことがあり、病名や人となりを知っていたが、『(補助者が) 1人でできる時は、受け持ち看護師さんに確認をしてから行うようにしている』ので、武藤さんの陰部洗浄の準備を行うと、ちょうど部屋の前にいた受け持ち看護師に、これから陰部洗浄を行っても良いか確認した。そして、念のため差し込み便器と尿取りパッドのどちらを使用して行えば良いか尋ねた。受け持ち看護師は、武藤さんがちょうど差し込み便器を使って排泄中であることを伝えた。堀江補助者は武藤さんが排泄を終えたタイミングで陰部洗浄を行った。

堀江補助者は、清潔ケアを実施する前にリーダー看護師ではなく受け持ち看護師に確認する理由について『患者さんのことをよく知っているのは受け持ち看護師』で、『私たち(補助者)は電子カルテを見ることができないので、細かい情報がわからない。』からだと話した。そして、患者の身体の悪い部分はわかるけれど、『注意した方がよいこと。免荷なのにすぐ動いちゃう人、細かい指示が通じない人、せん妄があるとか。そういうことを聞いてからやった方がよいじゃない。安全確認のために。患者のために。自分のためでもある。聞いた方がケアをしやすいし、手術後、どういう風に動かして良いのか、禁忌肢位のことわかる。体交枕を入れる理由とか。やることには理由が全てあるんです。』、『もし自分が患者だったらどうかと考えて、わからないことは聞くようにしてるんです。』と話した。また、堀江補助者は、リーダー看護師から依頼される時に『患者の情報、患者に関わる時に注意することとか』をもう少し教えてもらえると助かると思っていた。『前に、シャワーの介助を行ったら、実は立てなくてズボンを上げることができなかつたんです。シャワー椅子に移動するのも大変で。』と1人で介助するには困難であったことを話した。

補助者は、電子カルテを閲覧する権限を持っているが、閲覧できないと思っており、患者の詳細が分からないと感じていた。そして、患者の詳細が分かることは、安全な清潔ケアの実施のためであり、自分のためでもあると考えていた。そして、患者のことを一番よく知る受け持ち看護師に患者の状態や注意点を聞くようにしていた。また、リーダーの看護師から委任される時に、患者の正確な情報を教えてもらいたいと感じていた。補助者は、看護師から提供される情報だけでは不足していると感じ、自分から情報を収集し、責任をもって安全に実施しようとしていた。

(10) 受け持ち看護師は、看護補助者の背景を踏まえてわかるように伝え、看護補助者は確実に行う

看護師は、補助者の経験や技術、無資格者であることを考慮して、補助者がわかるように伝え方を工夫し、表現を平易にしていた。補助者も自分がすべきこと、注意することを理解して引き受けていた。以下に、この様相を示す場面を1つ挙げる。

越智さんを受け持っていた天野看護師は、10時過ぎにリーダー看護師から越智さんのシャワー浴介助を補助者に委任したことを伝えられた。その後、堀江補助者が天野看護師に声をかけた。堀江補助者が「天野さん、越智さんのシャワー午前中がいい？」と聞くと、天野看護師は「はい。午前中いつでも大丈夫です。お洋服とか準備したんで。」と答えた。堀江補助者が続けて「車いす？」と尋ねると「棟内、サークル（歩行器）で歩けるんで」と返し、堀江補助者は「じゃ、シャワー室までサークルで歩いて行けばいいんだね。酸素もはずれたしね。」と言った。天野看護師は、「そうなんですよ。」と答えた。そして、2人がやりとりを終えた直後、天野看護師は思い出したように堀江補助者の後を追い、本人がゼイゼイ、ハアハアしていたら呼んでくださいと付け加えた。

越智さんは、腰椎の圧迫骨折の術後でリハビリを行っている70代の方だった。慢性閉塞性肺疾患が既往にあり、術後に酸素を投与していたが漸減して前日に終了し、酸素飽和度（以下、SPO₂）の経過をみていた。越智さんは、労作時にSPO₂が低下するものの数分で回復するため、天野看護師はシャワー中の酸素の投与は必要ないと判断したが、堀江補助者に、本人の呼吸苦があったら呼ぶように伝えた。また、越智さんは動くときに必ず腰椎を固定する装具をつけており、装具を外している時も身体をひねったり前かがみになったりしてはいけなかった。腰椎の装具の着脱について、天野看護師は、堀江補助者は方法を知っているので、1人でシャワー浴の介助ができると判断した。堀江補助者も『装具の着脱は、（看護師と）一緒に（清潔ケア）をやる時に教えてもらったからできる。』と考え、越智さんのことをよく知っていたので、姿勢に注意することもわかっていた。その後、堀江補助者は呼吸状態の変化に注意して安全に越智さんのシャワー浴介助を行い、患者の状態が悪化することもなく終えた。

看護師は、補助者にシャワー浴の介助を行ってもらうにあたり、呼吸器疾患の既往歴がある患者の呼吸状態に注意してもらうために、医療の専門用語ではなく、資格をもたない補助者にもわかる表現で注意してほしいことを伝え、補助者も理解して介助を行っていた。

また、装具の着脱は補助者にできると考え注意点を伝える必要はないと判断した。補助者も自分でできると考え引き受けていた。その結果、安全に患者のシャワー浴が実施された。

(11) 受け持ち看護師と看護補助者は阿吽の呼吸で清潔ケアを行い、受け持ち看護師は観察も行う

看護師と補助者は言葉を交わす必要もなく息の合った動作で患者の脱衣を行い、特浴の準備を進めていた。そして、看護師は患者が肌を露出したタイミングで術創部の観察を行っていた。以下に、この様相を示す場面を1つ挙げる。

この日、特浴が予定されていた秋元さんは、椎体骨折の手術後に感染症を起こして再度手術を受け、リハビリを始めている80代の男性だった。胸髄損傷もあり、臍から下に麻痺が生じていた。秋元さんを受け持っていた天野看護師は、特浴の準備を整えると、秋元さんを乗せたストレッチャーの先頭に立って引き、堀江補助者は足側から押して特浴室に向かった。到着すると、秋元さんの左側に立った天野看護師は声をかけながら寝衣を脱がし始めた。この時、天野看護師は、患者への関わり方や立ち位置について特に注意することはなく、堀江補助者にも特に伝えることはないと考えて行動していた。

秋元さんが仰向けの状態で天野看護師が前開きのボタンをはずすと、秋元さんの右側に立っていた堀江補助者は右袖を脱がせた。次に、秋元さんを左側臥位にして天野看護師が肩と腰を支えると堀江補助者は脱がせた寝衣を体の下に入れ込んで、バスタオルを敷いた。そして、2人でゆっくり秋元さんを仰向けに戻すと、今度は右側臥位に変え、堀江補助者が秋元さんの体を支えている間に天野看護師が左袖を脱がせておむつも外し、体の下に敷いたバスタオルを広げた。この間、2人は秋元さんに声をかけながら行い、お互いの動作に言葉を交わすことはなかった。そして、天野看護師は患者が裸になったタイミングで背部の手術創を確認しようと考え、手術後の創部を注意深く観察した。

その後、秋元さんを特浴用のストレッチャーに移した。ストレッチャーが機械浴の中に入ると、堀江補助者は、機械浴を経験するために手伝いに来た新人看護師と天野看護師に使い方の説明しながら、ストレッチャーの上に秋元さんの新しい着替えを用意していた。秋元さんは終始穏やかな表情を浮かべ、気持ちよさそうにしていた。

看護師と補助者が阿吽の呼吸で行う特浴の準備は患者に苦痛を与えることなくスムーズに機械浴へと進み、患者は安心して身を委ね、心地良く清潔ケアを受けていた。

i. B施設の概要と委任の様相のまとめ

B 病院では補助者の業務基準や教育研修体制が整備され、病棟では先輩補助者が新人補助者の教育を行い、患者への直接ケアは看護師が教え、評価は副看護師長が行っていた。

看護師から補助者への委任においては基準があり、食事介助や清潔ケアなど、それぞれの日常生活援助別に設定されていた。清潔ケアの委任は、受け持ち看護師は関与せず、各チームの日勤のリーダー看護師が行い、リーダー看護師と補助者のやりとりは 10 時から行われていた。このやりとりは口頭だけでなく、委任内容や注意事項を記載した所定の用紙が使われていた。リーダー看護師達は予め受け持ち看護師や補助者の業務が偏らないようバランスを考えて委任内容を決定し、補助者に伝えていた。補助者は、患者に公平に清潔ケアが行き届くよう看護師に投げかけ、業務に余裕がある時には忙しい看護師を助けるために引き受ける人数を増やして伝えていた。しかし、看護師が委任したい清潔ケアを補助者に引き受けてもらえないこともあり、患者に最適なタイミングで必要な清潔ケアが実施されるよう補助者の業務内容の見直しが行われていた。

補助者への委任に関する看護師への教育は行われていなかったが、リーダーを担い始める時に先輩看護師から口頭で教わっていた。

リーダー看護師から清潔ケアを委任された補助者は、実施前に必ず受け持ち看護師に声をかけ、実施して良いか確認し、詳細な患者の情報を収集することで安全な実施に努めていた。この行動は補助者達が必要性を感じて始めたことであった。

また、A 病棟と同様に B 病棟の看護師も清潔ケアは出来る限り自分で行いたいという思いがあり、清潔ケアは看護本来の仕事と捉え、どうしても自分でできない場合に補助者へ委任していた。そして、補助者への委任の責任は看護師にあるという考えのもと患者と補助者の安全が確保されるよう患者を選定し、必要な観察は看護師が自分の目で行っていた。

V. 考察

初めに清潔ケアの委任における看護師の判断と看護実践の特徴を挙げて考察し、委任の判断を養うための学習方略について検討する。次に、看護師と看護補助者のコミュニケーションや協働関係、実施報告と評価の様相にみる日本文化の影響を考察し、臨床現場の将来像を踏まえて適切な委任を検討する。そして、実践への示唆と今後の課題を述べる。

A. 清潔ケアの委任における看護師の判断と看護実践

1. 生活者としての患者を主体とした判断

看護師は保健師助産師看護師法で定められた業務を実施する権限を有するが、看護補助者（以下、補助者）への委任の権限について規定されたものはない。厚生労働省が告示した「協会基本診療料の施設基準等の一部を改正する件」（2018b）では、看護補助は看護師の指示を受けた看護補助者が行うと示されている。看護チームにおける看護師・准看護師及び看護補助者の業務のあり方に関するガイドライン（以下、ガイドライン）（日本看護協会、2019）には「看護師は看護補助者業務の指示と指導を適切に行う責任がある」と示されている。つまり、補助者への指示は看護師の責任において判断できるということである。

判断の自律性という観点では、看護師は誰の指示も必要とせずに補助者へ指示をすることができる。「自律性」とは、「上司や雇用者から専門的判断および措置において指図をうけない職業上の自主性（個人としての自律性）と免許・養成・就業など広範な自己規制力を持ち、サービスの維持改善に責任をもつ自治組織としての職業団体の結成（集団としての自律性）を意味する（天野，1972）」。「個人としての自律性に照らすと看護師の業務は、法律上は独占とありながらも実質は医師の指示のもとに行われている点で自律している」とは言い難いが、補助者への指示は医師や上司の指図を必要としない。以上から、日常生活援助の委任において、看護師は自律的に判断し、補助者への指示を行う役割を担う。補助者は、看護師の指示のもと手順に従って業務を遂行することが役割であり、自律的な判断は求められない。

本研究結果では補助者への日常生活援助の委任において、看護師の多様な判断の様相が明らかになった。委任する患者の選定については、看護師は委任の責任は自分にあるという考えを持ち、患者の安全を確保するという観点から、補助者の安全にも配慮していた。

米国の委任のガイドライン（2016）では、適切な委任のポイントの1つに患者の状態が安定していることが挙げられている。具体的な患者の状態については示されていないが、本研究結果においても患者の心身の状態の安定性は判断基準の1つであった。例えば、循環動態が不安定で認知力が低下している患者は心身の状態が急に变化する可能性があるため、看護師は補助者に依頼できないと判断していた。また、術後初めてのシャワー介助は、患者自身が身体の動かし方がわからない状況であり、補助者では対応できないと判断していた。また、退院を見据えて患者の自立を促す必要がある患者の清潔ケアは看護師が側で見守ることに決めていた（B病棟4の様相）。整形外科病棟では周術期の患者が多く、日々

患者の状態が変化するため、看護師は患者の治療内容や術後の経過、全身状態、認知力、想定外の事態への対処や臨機応変な対応の必要性を考慮し、手術後には退院を視野に入れて入院前の生活に近づけるための練習として清潔ケアを位置づけ、補助者には委任しないという判断を行っていることが明らかになった。

清潔ケアを実施するタイミングについても、看護師は患者のその日の予定を確認すると体力を消耗するリハビリと特浴は時間を空けるように設定し（B病棟6の様相）、経管栄養を行っている場合は、投与と消化に必要な時間を考慮し、経管栄養を始める前に清潔ケアを実施するよう計画し補助者に伝えていた（B病棟7の様相）。

さらに、看護師は補助者に委任するか否かという二者択一の判断だけでなく、補助者に委任する内容が自分達の専門的な知識や技術を要する部分か否かを見極め、何をどの程度、委任するかを判断していた。A病棟では、患者の安静度やADL、禁忌肢位の程度により清潔ケアを実施する際に必要な人数を判断し（2の様相）、骨折した骨盤を安定させるための装具の着脱といった治療に関することは看護師が実施した方が良いと判断し、装着部位の清拭のみ看護師が実施し、患部以外の清拭を補助者に任せていた（8の様相）。

看護師が委任する時の補助者への伝え方にも工夫が見られた。看護師は補助者の経験を踏まえて混乱しないようにやってほしいことを簡潔に伝え（A病棟4の様相）、医療の資格をもたない補助者に注意点がわかるよう専門用語は使用せず平易な表現に変換していた（B病棟10の様相）。

先行研究では、中岡・三谷・富澤他（2016）が、補助者の力量により患者に影響を及ぼす不適切なケアが行われている現状があることを示しているが、本研究結果では、そのような事象はなく、看護師は補助者の力量をアセスメントし、それぞれの補助者に合う委任内容を検討していた。また、原口・川村（2008）の研究では、看護職が介護職と協働する際の看護判断の特徴として、患者の現状の健康問題（心身状態）、ケアによる身体への「危険度」を判断し、協働行為実施者の「技術度」を勘案し、協働によるケアを安全に行うための判断を行っていることを明らかにしている。この研究から、看護職は介護職の様々な背景を考慮し、患者の健康状態とケア実施による危険性の回避に重点をおいた判断を行っていることがわかり、本研究においても患者の心身の状態と安全の確保を踏まえた判断を行っていることが明らかになった。そして、本研究結果はこれらの観点が具体的にどう考慮されているのかを明らかにしている。

以上からわかることは、看護師は安全を前提にして、医療の側面や患者の心身の状態、

補助者の背景を考慮し、生活者としての患者を主体として最適なタイミングを計画し、患者にとっての清潔ケアの位置づけを考え、判断しているということである。

2. 清潔ケアの委任にみる複合的な看護実践

補助者への清潔ケアの委任における看護師の判断は、一人一人の患者の詳細な状態と補助者の経験を踏まえた委任の是非や方法を細かくアセスメントすることで行われていた。このような看護師の判断には、看護師にとっての清潔ケアの意味が影響していた。看護師にとって清潔ケアは看護そのものであり、清潔ケアをとおして全身状態の変化に気づく機会であり、患者の本音を知ることができる機会であった。看護師の1人は、「保清してる時に関われる雰囲気とかとれる情報とか違う」と感じ、清潔ケアを介護福祉士が実施していた時には、「患者さんと距離があるような気がして」いた。そして、「衣食住ってすごく重要なところの一部分」を行わないことは「看護師としての仕事が足りていないように感じる時もあった」と述べた。他の看護師は「患者さんのところにいたいという自分の思いがある」と語った。澁谷は、看護師は清拭を患者に快を与えられる技術として実践し、患者との感覚の共有によって、患者がみえると捉えていると述べている。そして、看護実践には欠かせない技術だと認識し、清拭をしないで看護をしたとはいえないと考えていることを明らかにしている(2019)。本研究結果においても、清潔ケアは、日常生活援助の中でも看護師にとって特別な意味があり、自分で清潔ケアを実施することで患者のことがわかり、感じる“近さ”があり、看護をしているという実感が得られるケアであった。

このような理由から、看護師は患者の清潔ケアはできる限り自分で行いたいと考え、許容を超えた時に補助者への委任を決めていた。そして、委任することに決めたとしても任せきりにするのではなく、患者の療養生活の中に清潔ケアを位置づけ、看護師がやるべきことを見極め、部分的に介入したり補助者と一緒に行ったりしていた。例えば、患者の皮膚の状態について補助者が異常に気づいて看護師に報告することはあっても看護師から皮膚の観察を任せることはなかった。看護師は患者に何度も皮膚を露出させる負担を減らすために清潔ケアのタイミングで観察や処置を行い(A病棟9の様相、B病棟11の様相)、患者に体調を尋ねながら術後の経過に沿って必要な処置を行い、清拭と並行して段階的に離床を進め、回復を促進する関わりを行っていた(A病棟10の様相)。看護師がこのように患者にかかわる間、補助者は手順に沿って清潔ケアを実施していた。

これらの様相からわかることは、看護師はただ清潔ケアを行うのではなく、清潔ケアに並行して一人一人の患者に必要な看護を複合的に実施しているということである。さら

に看護師は、この複合的な看護実践を自分達がやるべきことと認識して補助者には任せず、補助者には委任した業務を実施してもらうことだけを考えていた。

先行研究では、徳原・山村・小西（2017）が急性期病院の一般病棟に勤務する中堅以上の看護師（経験年数5年以上）は、補助者が患者の日常生活援助を実施することに難色を示し、自分たちが患者にもっと関われば回復につながると葛藤を感じていることを明らかにしている。DavisとFarell（1995）は、業務の委任を妨げる要因の1つは、看護師がベッドメイキングや入浴など基本的な仕事を行うことが看護師にとって不可欠であるという信念を持っていることだと述べている。いずれの研究結果も補助者への委任に対する看護師の抵抗感を示している。本研究結果では、看護師は補助者に何を委任し、何を自分達で行うのか見極め、自分の目で確認し、実施することによって患者の回復につながるかわりを行っていた。そして、清潔ケアは看護師にとって看護そのものであると考え、その日の業務量に対する自分の許容量を吟味し、委任の判断を行っていたことが明らかとなった。

研究参加者の看護師達が清潔ケアを看護本来の仕事としてできる限り自分で行いたいと考えているように清潔ケアを補助者に委任せずに済むことが最良ではあるが、急性期病院で働く看護師の多忙な状況においては、補助者に委任せずにすべてを行うことは難しく、いかに看護の質を保ちながら補助者に委任するかが重要である。この点について本研究で明らかになった看護師の判断や行為は、急性期の医療現場で看護の質を保ちながら委任を行うための具体的な示唆となる。また、2つの研究参加施設では、看護師が清潔ケアを看護本来の仕事と捉え、複合的な看護実践が展開されていることは看護師達の間で共有されていなかった。複合的な看護実践については、もはや看護師の意識にはのぼらず、無意識で行われている部分もあることが予想される。これらが臨床現場の看護師達で共有されることで委任する必要性の見極めから患者の選定、看護師の介入の程度と内容、補助者への委任内容にわたって判断の拠り所が共通に認識され、病棟全体で安定した質の看護を提供することができると思う。

3. 判断力を養うための学習機会

Aの1と2の項で述べたように看護師の判断は、委任の必要性を考えることから始まり、委任内容と介入程度の決定、補助者と一緒に清潔ケアを実施しながら行われる判断にわたり、一連の委任のプロセスにおいて多様な観点から行われていた。そして、看護師の判断に共通していたことは生活者としての患者を主体としていたことであった。

このような看護師の判断がどのように養われたのかは本研究では明らかにしていないが、

2 施設共に委任に関する看護師への教育・研修が組織立って行われていない状況で、自らの看護観や日々の看護実践が拠り所になっているのかもしれない。B 病棟では、リーダーのオリエンテーションの際に、清潔ケアの委任の判断について教育する機会があるものの、明文化されておらず、教える内容は看護師によって異なっていた。このことから委任の判断は、看護師個人の中に埋もれていることが考えられる。

それでは、補助者への委任における看護師の判断を養うにはどうしたらよいのか。本研究結果では、A 病棟は補助者へ委任する清潔ケアを日勤の看護師達が調整する場が同僚や先輩看護師の判断を見聞きする機会になっていた。B 病棟では、リーダーのオリエンテーションの機会だけでなく、補助者が実施前に受け持ち看護師へ確認する場が看護師にとって、どのような患者の情報や注意点を伝えるかを判断する機会になっていた。つまり、その日の病棟や患者の状況、看護師の構成を踏まえて行われる判断は状況に依存して行われており、判断が行われる場が看護師の判断力を養う場になっているということである。

このことは、補助者への委任の判断が、状況に埋め込まれた学習 (Lave, 1991/1993) によって養われることを意味する。状況に埋め込まれた学習では、学習のカリキュラムは本質的に状況に埋め込まれたものであり、学習者の視点から見た日常実践における学習の資源がおかれている場である (p. 79-80)。そして、学習は実践共同体への正統的周辺参加として特徴づけられている (p. 5)。状況に埋め込まれた学習に照らすと、補助者への委任の判断力を養う場とは、病棟という職場環境とそこで働く看護師や補助者、入院患者や家族等を含む実践共同体であり、そこに学習者が参加し、場の人々との相互作用をとおして場に根づいた判断を学ぶ。新人看護師を例にすると先輩看護師が補助者に委任する様子を観察するという正統的な周辺性にいることから始まり、先輩看護師の言動を捉えながら徐々に補助者への委任に関わるようになり、十全的参加へと移動していくことで委任の判断力が養われるということである。

そこで重要になるのは、学習のカリキュラムが埋め込まれている状況であり学習の資源がおかれている場が、学習者にとって委任の判断を学ぶ場になっているかということである。中堅キャリアにあるジェネラリスト・ナースが臨床判断の経験を重ねるプロセスを明らかにした研究では、事例に遭遇し経験を重ねる中で、看護師同士や多職種と判断を共有することが個々の看護師の判断を高めるうえで有益であり、看護師の学ぶ姿勢と責任をもって患者に関わることが臨床判断の質を高めていることが示されている(籠, 朝倉, 2017)。補助者への委任の判断においても、根拠と共に看護師同士で共有することで判断力は養わ

れると考えられることから、共有する場として看護師同士で委任内容を調整する機会を活用し、共有する場がなければ場を設定し、その場に参加する看護師達が学習の場でもあることを認識した上で言語化する必要がある。また、補助者への委任における看護師の役割や責任については状況に依存しない委任の原則に関することであるため、新入職時の集合研修または職場に配属後のオリエンテーションなどで看護管理者から早期に伝えておくと、実践共同体への参加と学習の導入がスムーズになると考える。

B. 日本特有の文化を踏まえた適切な委任

1. 看護師と看護補助者のコミュニケーションと日本特有の文化

看護師から補助者への委任の様相には、いくつかの言語的・非言語的なコミュニケーションの特徴を見出すことができる。

A、B病棟に共通する特徴は2つある。1つは、看護師と補助者の言葉遣いと会話の様相である。看護師が補助者に清潔ケアを委任する際、ほとんどの看護師は敬語を使用し、無理強いせず、補助者に引き受けてもらえるか確認するように声をかけていた。補助者は敬語ではなく、看護師からの委任を引き受けられないと判断した時には断ることもあった。また、B病棟の7の様相では、補助者の強めな口調に看護師が委任内容を伝えられなくなることがあった。このようなコミュニケーションの特徴は、日本特有の文化から捉えることができる。文化人類学者のHall(1987)は、日本の文化を記した著書の中で、日本の企業で指導的地位に就くには組織内において「seniority(年長、年功)」である必要があること、日本人は「和」を重んじること、リーダーシップとはチームの合意形成と調和を図る能力を意味すること、自分の要求を抑えて他人に特別な配慮を行う「遠慮」の文化があること述べている(p. 61,78-79)。この著書が発行された年代と現在の日本の状況は異なる部分もあると考えられるが、研究参加者の年齢は看護師よりも補助者の方が高く、経験年数も長いことを考えるとHallが捉えた日本文化の特徴は、古参の補助者に指示を出しづらく、関係性の悪化を回避するために依頼したいことを遠慮する看護師と、自分より年齢が低い看護師に対する補助者の言動の理由を説明することができる。このような日本特有の文化を踏まえた上で患者の療養生活に支障を来さずに適切な委任を行うためには工夫が必要である。

日本看護協会のガイドライン(2019)では、新人看護師からベテラン補助者への指示に関して、看護計画等を活用した事前指示、想定外の事態に備えた人員配置と勤務体制の検討、オンコール体制の整備の必要性が示されている。本研究結果では、新人看護師に限ら

ずリーダーを担えるほどの経験を積んでいる看護師でも補助者への指示に困難が生じており、日本特有の文化による特徴と捉えると、研究協力施設に類似した人員構成の施設では、同様の課題が生じていることが考えられる。この課題に対してガイドラインが示す方略をもとに実現可能性が高い工夫を考えると、看護計画等を活用する際に看護管理者が承認した上で事前指示として提示する方法は有効かもしれない。しかし、人員配置や勤務体制の検討だけでは解決できない可能性がある。そして、1日の中で容易に変化を来しやすい急性期病院の入院患者の状態を考慮すると、事前指示の情報が必ずしも有効とは限らない。ゆえに補助者に委任する役割を担う看護師は、補助者とのコミュニケーションに影響する日本特有の文化を超えて、双方向のコミュニケーションをもとに指示を出す必要がある。

2つ目の特徴は、言語的なコミュニケーションを必要としない阿吽の呼吸で行われる清潔ケアである。このような非言語的なコミュニケーションが展開される日本のコミュニケーション文化を Hall (1976/1993) は、「情報のほとんどが身体的コンテクストのなかにあるか、または個人的に内在されており、(途中略)明確な、伝達される部分には情報が非常に少ない」ことを特徴とするコンテクスト度の高い文化 (High Context Culture) であると述べた。コンテクスト度の高い文化では、言語による情報伝達に依存する必要はなく、明確な言語表示がなくてもお互いに理解することができる。看護師と補助者の互いの行動の意図は共通の意味で了解され、言葉を交わす必要もなく、互いの動きを感じ取りながら患者の更衣や清拭を一緒に行っていた。2人の息の合った動作は、患者に苦痛を与えることなく、患者は安心した様子で身を委ねていた。このように、日本人の患者にとっては、日本特有の文化が良い影響をもたらしていることがわかる。

2つの特徴が示すように、この文化がもたらす利点と欠点を踏まえて日本における適切な委任を検討する必要がある。

2. 看護師と看護補助者の協働が委任に与える影響

委任の様相を相互作用の視点で明らかにした結果、看護師と補助者が互いの業務や忙しさに配慮し、時には協力し合い、看護師が補助者の技術を信頼して委任し、補助者も看護師の要望に応えようとしていることが明らかになった。A病棟では、看護師が補助者の忙しさを気にかけながら、確かな技術と豊富な経験、仕事の速さを兼ね備えたベテラン補助者に依頼し、補助者も忙しい看護師の力になれるよう空いた時間に引き受けていた(6の様相)。B病棟では、看護師は補助者に頼み過ぎていないか確認しながら委任し(5の様相)、異動して間もない補助者が勤務する日は委任を控えようと考えていた(8の様相の場面2)。

補助者は、多忙な看護師が抱える業務を少しでも手伝おうと声をかけ、リーダー看護師にもっと引き受けられる旨を伝えていた（8の様相）。そして看護師は、互いに忙しい時は助け合えることを感謝していた（8の様相）。このように両施設で見られた看護師と補助者が働く様子は協働と表現することができる。

非専門職も含めた包括的な協働の定義は「共通の目的・目標を達成するために、連携を行い、活動を計画・実行する協力行為である」（中村・岡田・藤田，2012）。この定義にあるように看護師と補助者は予定された清潔ケアの実施のために協力し、看護師は補助者を信頼して任せていた。Potter & Grant（2004）は、看護師と補助者の仕事関係において信頼は必要不可欠であり、良い関係とは双方向のコミュニケーションや自発性、感謝、互いに助け合う気持ちがあることであると述べている。また、Wagner（2018）は、看護師と補助者のコミュニケーションの改善が患者のアウトカムの改善につながったことを明らかにしている。このことは、信頼に基づく看護師と補助者の協力的な関係が患者に良いアウトカムをもたらすことを示唆している。本研究においても補助者が看護師を助ける姿や看護師と補助者の双方向の言語的・非言語的コミュニケーションと連携が患者へのより良い清潔ケアの提供と患者の安心感と回復の促進に影響していることが明らかになっている。

また、協働はその定義からもわかるように、連携と協力によって結ばれた関係であり、対等な関係を暗示している。和を重んじる日本文化においては、協働という言葉は馴染みやすく日本人に受け入れられやすいと考えられ、厚生労働省や日本看護協会の告示や文書が看護師と補助者の関係を示す際に協働を用いることも文化的な背景が少なからず影響していると推測される。しかし、委任の原則は、看護師が自らの責任において適切な指示と指導を行い、補助者は看護師の指示のもとで業務を行うことであるため、協働することが委任の原則に基づく関係を曖昧にしてしまう。そのことが、看護師の指示を受けずに補助者が自己判断で清潔ケアを実施する事態を招いた要因の1つと考えられる。

以上から、日本特有の文化が影響している看護師と補助者の協働が委任においては患者に良い影響を与えることもあれば、その逆もある。日本の医療現場で看護師から補助者に業務の委任を行う時には、協働による利点を維持しながらも、委任の原則が必ず守られるようにする必要がある。

3. 実施報告と評価の必要性

補助者は依頼された清潔ケアを実施した後、何か異常に気付くことがあれば看護師に報告を行っていたが、それ以外は実施の報告を行っていなかった。看護師も補助者が実施し

たかどうかの確認は行っていなかった。看護師が確認しない理由は、補助者から何も報告がなければ問題なく実施されたと判断できると考えていたからであった。また、A病棟の看護師は検温等で受け持ち患者の病室を回りながら、補助者がどこで何を行っているのか、受け持ち患者の清潔ケアを実施しているか否かがわかると語った。B病棟の補助者は、実施前に受け持ち看護師に声をかける行為が、看護師に実施を伝える合図になっていることから実施後まで看護師に報告する必要はないと考えていた。このように、実施に関する看護師と補助者の確認行為には曖昧さがあるものの、看護師は補助者の行動を察知し、両者は補助者が引き受けたことに含まれる包括的な意味を理解していることから、看護師と補助者のコミュニケーションは高度に文脈に依存する日本文化の特徴を示していると言える。

しかし、補助者に委任した業務の実施を確認する意味は単に実施の有無の確認だけではないため、このような確認だけでは不十分である。日本看護協会のガイドライン（2019）では、「看護補助者は、業務実施後は指示した看護師に報告を行う」ことが補助者の役割と責任として示され、アメリカのガイドライン（NCSBN, 2005）では、看護師は補助者が実施した後に評価とフィードバックを行うことを示している。そして評価は、委任した業務を補助者が達成できたか、患者にとって最適で満足できるものであったか、患者のニーズを満たすためにより良い方法はあったのか等の視点で行い、フィードバックでは、業務が正しく行われたか、患者が希望する結果が得られたか、問題等への対処は適切であったかといった視点から行うことが記されている。

本研究結果では、滞りなく清潔ケアが実施された場合も含めて、実施された清潔ケアにおける患者の反応や補助者が清潔ケアを実施して感じたこと、思ったことについて看護師と補助者がやりとりする機会はなかった。しかし、実施後の評価は、補助者から些細な気づきや提案が得られる機会であり、看護師が補助者に対して適切な委任ができたかどうかを振り返る機会であり、補助者に必要な支援を見出し、感謝を伝える機会でもある。そして、評価がもたらす効果はいずれも患者へのより良い清潔ケアの提供につながる。看護師と補助者は、委任した業務が実施されたかどうかを確認するだけでなく、これらの視点から実施後の評価を行う必要がある。そのためには病棟の委任の業務の中に、実施後の報告の方法について評価とフィードバックの視点とともに組み込む必要がある。そして記録として残すことができれば、委任した結果としての患者へのアウトカムが翌日の委任者へと引き継がれるだけでなく、補助者への委任方法の評価にもつなげることができると考える。

4. 医療現場の将来像を踏まえた適切な委任への課題

Bの1～3項では日本特有の文化がもたらす委任への影響について、看護師と補助者のコミュニケーション、協働関係、実施報告と評価を取り上げて考察した。いずれも文化の影響による利点と欠点が浮き彫りになり、利点を生かしながら欠点を認識し克服する必要性が示唆された。

この現状に加えて、長期的な視点で日本の医療現場の動向を考えると少子高齢化の進展により看護師と補助者の深刻な人手不足が生じる可能性がある。すでに補助者については、診療報酬の加算項目に含まれたことも相まって医療施設では雇用が促進されているが、厚生労働省の調査では「必要量を満たすだけ配置できていない」医療機関は37.3%あり、その理由の91.5%が「募集しても集まらない」であった(2019b)。補助者の人数も2013年をピークに減少傾向にあり(厚生労働省, 2018c)、この状況に対して今後、外国人の看護師や補助者の雇用が行われる可能性は考えられないだろうか。そうなった場合、日本のコミュニケーション文化では立ち行かない可能性がある。

現在はまだそのような状況は生じていないが、外国人が補助者や看護師として働く例として、経済連携協定(以下、EPA)に基づいて受け入れが行われている外国人看護師と介護福祉士候補者の存在がある。候補者の受け入れは、労働力不足への対応ではなく、EPAに基づいて公的な枠組みで特例的に行われているものであり、2014年度の開始から受け入れた候補者は2018年8月時点でインドネシア・フィリピン・ベトナムの3国併せて5600人を超えている(厚生労働省, 2018d)。国際厚生事業団の調査(2018)では、看護師の候補者の多くは免許を取得するまでの間、病院の病棟部門で補助者として就労している。また、日本の医療機関に就労する看護師候補者の業務で最も多いものは患者移送(99.6%)で、シーツ交換・環境整備、食事介助、排泄介助、清潔介助、入浴介助は90%を超えて実施されている。日本人職員からの口頭指示の理解度と指示の実施状況については、「問題なく実施できている」が10.5%、「平易な言葉でゆっくり指示すれば、概ね実施できる」が64.6%、「平易な言葉でゆっくり指示しても、業務に一部支障がある」が24.9%と報告されている。看護師候補者の職場環境への適応やストレスに関する研究では、日本語能力に関連して、相手の思いを十分にくみ取れないことによるストレスが生じていることや、自国では診療の補助が看護業務の中心で、療養上の世話は主に患者の家族が実施することから、日本での補助者の業務に戸惑いを感じていることが明らかになっている(長江・岩瀬・古澤他, 2013; 高橋, 2019)。これらの研究から、看護師候補者は日本語習得の難しさや母国

の看護師業務との違いに直面していることがわかり、日本人職員も口頭指示の難しさを感じていることが推測される。

EPA の看護師候補者の現状は、将来外国人の補助者の雇用が行われた場合に生じ得ることを予測する手立てとなり、日本とは異なる文化を背景にもつ補助者への委任においては、日本特有のコミュニケーションでは補助者にとって理解が難しく、業務の安全確保も困難となる可能性がある。ここで予測した日本の医療現場の将来像が現実化する可能性は不確定であるがこのような将来を想定すると、外国人にも適切に委任するためにコミュニケーションの曖昧さをなくし、明確に伝え、確認し合うことが看護師と補助者に求められる。

C. 看護実践への示唆

看護の質を保ちながら補助者への適切な委任を行うためには、看護師は安全な実施を前提に生活者としての患者を主体とした判断を行い、患者に提供されている医療や心身の状態に加えて補助者の経験を踏まえて委任の是非や方法を検討し、看護師がやるべきことを見極めて介入の程度を考える必要があることが示唆された。また、清潔ケアの機会は、観察や創部の処置を行う機会でもあり、患者の負担を減らす観点からも、ただ清潔ケアが実施されれば良いということではない。さらに看護師は補助者とともに清潔ケアを行いながら患者の回復を進める関わりを行っており、患者にとっての清潔ケアの位置づけを考え、補助者に任せきりにせずに委任を行うことが重要である。

このような補助者への委任における判断力を養うためには、状況に根差した学習を行うことが必要であり、委任の調整を行う機会を利用して看護師達が根拠とともに判断を共有する場を作ること、委任における看護師の役割や責任については看護師が入職後、早期に周知されることを提案したい。

また、本研究では日本特有の文化が委任に影響することが明らかとなった。日本文化の特徴がもたらす利点には、阿吽の呼吸で展開される清潔ケアや看護師と補助者の協働があり、患者にとってより良いケアの提供に繋がっていた。一方で、看護師の指示の出しづらさや委任したい内容を伝えられないといった欠点もあり、看護師と補助者の委任の関係を曖昧にしていた。日本文化の利点を生かしながらも患者に不利益が生じないよう看護師は明確に委任の指示・確認を行い、補助者は指示を受け、実施後は報告を行い、双方向のコミュニケーションをしっかりとる必要がある。

D. 本研究の限界と今後の課題

本研究は、偶然にも同じ診療科の病棟の委任の様相を明らかにしたものである。また、日常生活援助の中でも清潔ケアに焦点を当て、経験年数5年以上の看護師を研究参加者に設定した点で委任の様相は限定的である。他の診療科や、清潔ケア以外の日常生活援助、経験年数を問わず看護師に焦点を当てると異なる委任の様相が明らかになると考える。今後は、日常生活援助全般の看護師から補助者への委任の様相を明らかにし、適切な委任について検討を続けることが課題である。

VI. 結論

急性期の一般病棟における看護師から看護補助者への清潔ケアの委任の様相について明らかにした結果、A病棟では13の様相、B病棟では11の様相が見出された。

看護師と看護補助者は安全を第一に責任をもって役割を果たしていた。また、看護師は看護補助者に清潔ケアを委任する際、患者の心身の状態や看護補助者の経験を踏まえて何をどの程度委任し、看護師がやるべきことは何かを見極め、介入していた。そして、看護師は看護補助者に清潔ケアを委任しても任せきりにせず、患者の負担を減らすために清潔ケアのタイミングで観察や処置を行い、看護補助者と一緒に清潔ケアを行いながら患者の回復を進めるかかわりを行っていた。このような看護師の判断や行為が根拠と共に看護師達で共有されることにより、病棟全体で安定した質の看護の提供に繋がる。

また、委任における看護師と看護補助者のコミュニケーションや両者の協働関係は日本特有のコミュニケーション文化が影響していることが明らかになった。この文化が患者の清潔ケアに良い影響をもたらす一方で、指示の出しづらさや実施後の確認の曖昧さが浮き彫りになった。このことは、看護師と看護補助者が、互いに協力し合う関係を大切にしながらも指示を出す側と指示を受ける側という委任における双方の役割を果たし、双方向のコミュニケーションをしっかりとる必要があることを示している。

謝辞

本研究では多くの方々にご協力いただきました。ご多忙の中、研究の協力を快諾してくださいました 2 施設の看護部長様をはじめ、看護部の皆様、院内看護研究倫理審査委員の皆様にご心より御礼申し上げます。そして、研究参加者として参加観察やインタビューにご協力くださいました 2 病棟の看護師長様、8 名の看護師の皆様、6 名の看護補助者の皆様に深く感謝申し上げます。また、フィールドワークの間、研究参加者の皆様をはじめ病棟の皆様には温かいご配慮や励ましを賜り心より御礼申し上げます。

本論文をまとめるにあたり、研究の全過程におきまして、多くのご示唆と懇切丁寧かつ熱心なご指導と励ましを賜りました佐々木幾美教授に深く感謝申し上げます。また、副指導教員の川原由佳里教授には、貴重なご示唆と詳細なご指導、励ましを賜り、深く感謝申し上げます。

そして、学生生活をとおして多くのご助言を下さいました諸先生方に感謝申し上げます。

また、修学にあたり勤務に多大なご配慮を賜りました元所属施設の看護部長様をはじめ職場の看護師長様、スタッフの皆様にご心より御礼申し上げます。

最後に、共に学び、支え合った看護教育学領域 2 名の同級生と他領域の同級生の皆様、陰ながら応援し、支え続けてくれた友人と家族にも心から感謝を述べたいと思います。ありがとうございました。

なお、本研究は、日本赤十字看護大学松下清子記念教育・研究助成事業より助成を受けて実施しました。

文献

- Allan,H.T.,Magnusson,C.,Evans,K.,Horton,K.,Curtis,K.,Ball,E.,&Johnson,M.(2017).Putting knowledge to work in clinical practice: Understanding experiences of preceptorship as outcomes of interconnected domains of learning. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1/2), 123-131.
- 天野正子(1972). 専門職化をめぐる看護婦・看護学生の意識構造. *看護研究*, 5(1), 181-200.
- 朝倉京子・籠玲子(2013). 中期キャリアにあるジェネラリスト・ナースの自律的な判断の様相. *日本看護科学会誌*, 33(4), 43-52.
- Blumer,H.(1969)/後藤将之訳(1991). シンボリック相互作用論 パースペクティブと方法. 勁草書房.
- Davis,J.M.,&Farrell,M.(1995).Factors affecting the delegation of tasks by the registered nurse to patient care assistants in acute care settings. *Journal of nursing staff development*. 11(6), 301-306.
- Emerson,R.M.,Fretz,R.I.,&Shaw,L.L.(1995)/佐藤郁哉・好井裕明・山田富秋訳(1998). 方法としてのフィールドノート 現地取材から物語作成まで. 新曜社.
- 富士翔子・伊達舞・永井悠子・安原由子・原野かおり・谷岡哲也・大森美津子(2012). 療養病床における看護職と介護職の業務負担と連携における課題. *香川大学看護学雑誌*, 16(1), 57-64.
- 府川哲夫・磯部文雄(2011). *保健医療福祉制度論*. ミネルヴァ書房.
- Hall,T.E.,&Hall,R.M.(1987). *Hidden Difference*. DOUBLEDAY.
- Hall,T.E.(1976)/岩田慶治・谷泰訳(1993). *Beyond Culture*. DOUBLEDAY.
- Hamric,A.B.(1994)/小島操子訳(1994). 第1章クリニカル・ナース・スペシャリスト(CNS)の役割の歴史的概観. *看護研究*,27(5), 353-368.
- 原田悦子(2013). 看護補助者業務拡大による看護業務効率化の取り組み. *小樽市立病院誌*, 2(1), 31-35.
- 原口道子・川村佐和子(2008). 看護職が介護職と協働して清潔ケアを提供する際の看護判断に関する研究. *日本ヒューマンケア科学会誌*, 1(1), 11-22.
- 梁ヨリ子・小林廣美・藤原早百合・瀧下美穂子・春名真巳子・仲江真紀子・井上初代・江口祐美子・藤高ともよ・小寺しのぶ・野村美智子・中田登紀江(2010). A県下の中堅看護師が行う療養上の世話における看護師の自律に関する実態調査第一報. *第41回日*

- 本看護学会論文集 看護教育, 34-41.
- 早川佐知子(2014). 看護補助者活用の現状と課題—アメリカ Certified Nursing Assistant との比較から—, *日本医療経済学会会報*,31(1), 79-115.
- 林千冬(1997). 英国における有資格看護補助者養成と看護職. *看護管理*. 7(12), 902-908.
- Henderson, V.(1961)/湯楨ます・小玉香津子訳(2006). *看護の基本となるもの：新装版*. 日本看護協会出版会.
- Henderson, V.(1966)/湯楨ます・小玉香津子訳(2017). *看護論—定義およびその実践、研究、教育との関連 25年後の追記を添えて：特装版*. 日本看護協会出版会.
- Henneman,E.A.,Lee,J.L.,Cohen,J.I.(1995).Collaboration: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*,21, 103-109.
- Holloway,I & Wheeler,S(2002)/野口美和子監訳(2006). *ナースのための質的研究入門 研究方法から論文作成まで第2版*. 医学書院.
- 五十嵐由美子・白鳥恵美子・小見純子・島田陽介(2017). 看護補助者が語る看護業務への思い—グループインタビューから見えた連携への示唆—. *第42回日本精神科看護学術集会論文集*, 156-157.
- 飯島厚子・相良真由美・依田葉都江(2011). A 療養病棟における看護師・看護助手との連携の現状と課題. *長野県看護研究学会論文集*,32 回, 22-24.
- Jack,B.,Brown,J.,&Chapman,T.(2004).Ward managers’ perceptions of the role of healthcare assistants. *British Journal of Nursing*.13(5), 270-275.
- Johnson,M.,Magnusson,C.,Allan,H.,Evans,K.,Ball,E.,Horton,K.,Curtis,K.,&Westwood,S.(2015).’Doing the writing’ and ‘Working in parallel’:How ‘distal nursing’ affects delegation and supervision in the emerging role of the newly qualified nurse. *Nurse Education Today*.35, 29-33.
- 籠玲子・朝倉京子(2017). 中期キャリアにあるジェネラリスト・ナースが臨床判断の経験を重ねるプロセス. *愛知県立大学看護学部紀要*,23, 39-46.
- 川島みどり(1973). 看護補助者の問題点. *看護*,25(4), 12-18.
- 菅野仁(2003). *ジンメル・つながりの哲学*. 日本放送出版協会.
- Kessler,I.,Heron,P.,Dopson,S.,Magee,H.,Swain,.D.,&Askham,J.(2010). The Nature and Consequences of Support Workers in a Hospital Setting. *National Institute of Health Research*. <http://www.ilga.gov/legislation/ilcs/ilcs5.asp?ActID=1312&ChapterID=24>

【2018/8/4 閲覧】

北原保雄編(2009). *明鏡国語辞典*. 大修館書店.

Klein,C.J.(2017). Delegation, Documentation, and Knowledge of Evidence- Based Practice for Oral Hygiene. *Medical Surgical Nursing*. 26(4), 242-247.

草刈淳子・田村やよひ・矢野正子(2008).3章：保険・医療制度と看護. 日本看護歴史学会編, *日本の看護の歩み－歴史をつくるあなたへ所収* (pp.43-72). 日本看護協会出版会.

小池智子(2011). イギリスの看護補助職の現状と課題. *インターナショナルナーシングレビュー*. 34(11), 34-11.

厚生労働省(2007). 6. 医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について (通知). <https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000025aq3-att/2r98520000025axw.pdf> 【2018/4/29 閲覧】

厚生労働省(2010a). チーム医療の推進に関する検討会報告書. <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/03/dl/s0319-9a.pdf> 【2018/11/4 検索】

厚生労働省(2010b). 平成 22 年度診療報酬改定における主要改定項目について (案) 中央社会保険医療協議会総会資料 (総 - 1). www.mhlw.go.jp/shingi/2010/02/dl/s0212-4a.pdf 【2018/3/10 閲覧】

厚生労働省(2012). 平成 22 年度診療報酬改定における主要改定項目について (案) 中央社会保険医療協議会総会資料 (総 - 1). www.mhlw.go.jp/shingi/2010/02/dl/s0212-4a.pdf 【2018/3/10 閲覧】

厚生労働省(2015). 個別事項 (その 7 : 勤務医等の負担軽減について 中央社会保険医療協議会総会資料 (総 - 2)). www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000106752.pdf 【2018/3/10 閲覧】

厚生労働省(2016). 個別改定項目について 中央社会保険医療協議会 (総 - 1). <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000112306.pdf> 【2018/3/10 閲覧】

厚生労働省(2018a). 平成 30 年度診療報酬改定の概要医科I. <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000198532.pdf> 【2020/1/6 閲覧】

厚生労働省(2018b). 厚生労働省告示第 44 号基本診療料の施設基準等の一部を改正する件. <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000196314.pdf> 【2019/10/15 閲覧】

- 厚生労働省(2018c). 医療施設調査・病院報告(結果の概要). <https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/79-1a.html> 【2020/1/21 閲覧】
- 厚生労働省(2018d). インドネシア、フィリピン及びベトナムからの外国人看護師・介護福祉士候補者の受け入れについて. https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/koyou/gaikokujin/other22/index.html 【2020/1/21 閲覧】
- 厚生労働省(2019a). 医療従事者の需給に関する検討会看護職員需給分科会中間とりまとめ. <https://www.mhlw.go.jp/content/10805000/000567573.pdf> 【2019/12/22 閲覧】
- 厚生労働省(2019b). 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進に係る評価等に関する実施状況調査(その1)(平成30年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成30年度調査)の報告案について). <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000493978.pdf> 【2020/1/21 閲覧】
- 国際厚生事業団(2018). 平成30年度 外国人看護師候補者受け入れ施設巡回訪問実施結果について. https://jicwels.or.jp/files/junkai-report_N-H30.pdf 【2020/1/23 閲覧】
- Lave,J.(1991)/佐伯胖訳(1993). 状況に埋め込まれた学習—正統的周辺参加—. 産業図書株式会社.
- Magnusson,C.,Allan,H.,Horton,K.,Johnson,M.,Evans,K.,&Ball,E.(2017). An analysis of delegation styles among newly qualified nurses. *Nursing Standard*, 31(25), 46-53.
- Mead,G.H.(1934)/稲葉三千男・滝沢正樹・中野収訳(1973). 現代社会学大系 第10巻 精神・自我・社会. 青木書店.
- 見藤隆子・小玉香津子・菱沼典子(2011). 看護学事典第2版. 日本看護協会出版会.
- 溝江弓恵・八島妙子(2016). 高齢者ケアにおける看護職と介護職の「協働」概念. 相山女学園大学看護学研究, 8, 23-35.
- 永井則子編(2017). 看護補助者“大活躍”ガイド. *Nursing Business*2017年春季増刊. 144号. メディカ出版.
- 長江美代子・岩瀬貴子・古澤亜矢子・坪ノ内千鶴・島井哲志・安藤智子(2013). EPA インドネシア看護師候補者の日本の職場環境への適応に関する研究. 日本赤十字豊田看護大学紀要, 8(1), 97-119.
- 中村誠文・岡田明日香・藤田千鶴子(2012). 「連携」と「協働」の概念に関する研究の概観—概念整理と心理臨床領域における今後の課題—. 鹿児島純心女子大学大学院人間科学研究科紀要, (7), 3-13.

- 中岡亜希子・三谷理恵・富澤理恵・澁谷幸(2016). 急性期病院の看護師と看護補助者との協働における課題看護師のインタビューより. *大阪府立大学看護学会誌*. 22(1), 1-9.
- 南部敦子・清野華代・高橋利光・鶴田ちさと・松原美穂・山下美紀(2017). 新たな看護助手業務確立への取り組み～看護師のベッドサイドケアの充実を目指して～. *岩見沢市立総合病院医学雑誌*, 43, 47-48.
- National council of state boards of nursing(2005). *Working with others: A Position Paper*. https://www.ncsbn.org/Working_with_Others.pdf. 【2018/10/22 検索】
- National council of state boards of nursing(2016). *National Guidelines for Nursing Delegation. Journal of nursing regulation*. 7(1), 5-14.
- Nursing Midwifery Council(2015). *Delegation and accountability*. <https://www.nmc.org.uk/globalassets/sitedocuments/nmc-publications/delegation-and-accountability-supplementary-information-to-the-nmc-code.pdf> 【2018/11/19 検索】
- 日本病院会(2015). 平成27年度「看護業務の役割分担に関する実態調査」結果報告書(抜粋版). https://www.hospital.or.jp/pdf/06_20160303_01.pdf 【2018/7/1 閲覧】
- 日本看護協会編(1996). *日本看護協会史・第5巻*. 日本看護協会出版会.
- 日本看護協会(2013a). *看護補助者活用推進のための看護管理者研修テキスト*. <https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/fukyukeihatsu/kangohojyosha-text.pdf> 【2019/1/6 閲覧】
- 日本看護協会(2013b). *看護補助者活用事例集*. <https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/fukyukeihatsu/kangohojyosha-jirei.pdf> 【2019/1/6 閲覧】
- 日本看護協会(2015). *一般病棟における看護配置等に関する調査*. https://www.nurse.or.jp/nursing/practice/housyu/pdf/2016/ippanbyoto_2015.pdf 【2017/10/17 閲覧】
- 日本看護協会(2019). *看護チームにおける看護師・准看護師及び看護補助者の業務のあり方に関するガイドラインおよび活用ガイド*. https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/guideline/way_of_nursing_service.pdf 【2019/3/20 閲覧】
- 新村出編(2009). *広辞苑第6版*. 岩波書店.
- 仁木恵美子・松本厚子(2016). 医療補助員の業務委譲に向けた取組みと今後の課題 院内共通医療補助員業務手順書に基づいた実施状況調査からの考察. *日本医療マネジメント学会雑誌*, 17(1), 33-36.
- 小川めぐみ(2011). 看護師・介護福祉士・看護補助者で構成する看護チームにおける看護補助者の職業意識. *神奈川県立保健福祉大学実践教育センター看護教育研究集録: 教*

- 員・教育担当者養成課程看護コース, 36, 178-185.
- 大儀律子(2017). 看護と介護における協働の概念分析. *姫路獨協大学看護学部紀要*, 1, 1-16.
- 大森圭美・Riedford,K・森千鶴(2015). 看護師と看護補助者の役割と教育—日米比較—. *看護教育研究学会誌*, 7(1), 59-71.
- Polit,D.F., & Beck,C.T.(2004)/近藤潤子監訳(2010). *看護研究 原理と方法 第2版*. 医学書院.
- Potter,P., & Grant,E.(2004).Understanding RN and unlicensed assistive personnel working relationships in designing care delivery strategies. *Journal of Nursing Administration*. 34(1), 19-25.
- Randolph,P.,Scott-Cawiezell,J.(2010). Developing a statewide medication technician pilot program in nursing homes. *Journal Of Gerontological Nursing*. 36(9), 36-44.
- 佐伯昌俊・國江慶子・武村雪絵・竹原君江・市川奈央子(2019). 看護職および看護補助者による看護補助者役割の認識. *病院*, 78(5), 358-363.
- 齋藤良昭(2017). 看護補助者の記録業務参加が患者満足度に与えた影響. *第42回日本精神科看護学術集会*. 158-159.
- Sandelowski,M.(2000)/谷津裕子・江藤裕之訳(2013). 質的記述はどうなったか?. 谷津裕子・江藤裕之編, *質的研究をめぐる10のキークエスチョン所収*(pp. 134-145). 医学書院
- 佐々木吉子・井上智子・川本祐子(2012). 米国における看護補助者の実務・教育等の実情. *お茶の水看護学雑誌*, 6(1), 105-111.
- 佐藤郁哉(2002). *フィールドワークの技法 問いを育てる、仮説をきたえる*. 新曜社.
- 佐藤郁哉(2008). *質的データ分析法 原理・方法・実践*. 新曜社.
- 澁谷幸(2019). 看護師にとっての清拭の意味—清拭のエスノグラフィー—. *日本看護研究学会雑誌*, 42(1), 43-51.
- 須田和子(1976). 病院看護補助者としての付添婦. *看護*, 28(9), 46-54.
- Sutton,J.,Valentine,J.,&Rayment, K.(2004).Staff views on the extended role of health care assistants in the critical care unit. *Intensive and Critical Care Nursing*. 20, 249-256.
- 小学館辞典編集部編(2003). *類語例解辞典*. 小学館.
- 高橋亮(2019). 日本の医療機関に就労している EPA 看護師候補者のストレス. *ストレス科学*, 34(1), 43-51.
- 瀧本祐子・水口果奈・宮脇総恵・岡美幸(2016). 看護補助者との協働・連携—タイムスタ

- ディ・職務満足度調査から見えたもの一. 第46回日本看護学会論文集 看護管理, 215-218.
- 滝下幸栄・南田喜久美・山川京子(2018). 急性期医療施設における看護補助者の業務課題に関する質的検討. 京都府立医科大学看護学科紀要, 28, 33-41.
- 田道智治・渡邊啓子・渡邊貴子・清水真奈美・半田舞・八木範子(2005). 看護師と看護補助者の、協働に対する「思い」の研究—認知症専門病棟勤務者に焦点を当てて—. 看護実践の科学, 33(3), 75-79.
- 田中勝子(1995). 米国の専門看護婦制度—その歴史と現状. 看護, 11月特別臨時増刊号, 140-155.
- 時廣亜希子・又吉慧(2015). 看護補助者活用推進事業とその成果 看護管理者研修の受講者へのアンケート調査から. 看護管理, 25(12), 1114-1121.
- 徳原典子・山村文子・小西美和子(2017). 急性期病院に勤務する中堅看護師の実践と課題. 兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所紀要, 24, 79-90.
- Wagner, E.A. (2018). Improving Patient Care Outcomes Through Better Delegation-Communication Between Nurses and Assistive Personnel. *Journal of Nursing Care Quality*, 33(2), 187-193.
- Webb, S.C. (2011). Education for healthcare assistants working in acute NHS hospitals. *Art & Science*. 25(41), 41-46.
- 山品晴美・舟島なをみ(2006). 病院においてリーダー役割を担う看護師の行動の解明 勤務帯リーダーに焦点を当てて. 看護教育学研究, 15(1), 48-61.
- 山下友信・山口厚編(2017). 六法全書平成29年度版II. 有斐閣.
- 山内加奈(2015). 卒後2年目看護師の仕事意欲に影響を与える要因 周囲からの関わりに焦点をあてて. 神奈川県立保健福祉大学実践教育センター看護教育研究集録: 教員・教育担当者養成課程看護コース, 40, 157-164.
- 結城京史・笹岡和加・北添佳代・溝渕尋香(2014). 看護助手の固定チーム導入後3ヵ月後の現状と課題 看護助手の意識に焦点をあてて. 高知赤十字病院医学雑誌, 18(1), 49-57.
- 吉井清子(2004). 医師・看護師間の協働性の概念と実証研究の概観. 保健医療社会学論集, 14(2), 45-54.

資料 1. 基本的看護の 14 の構成要素

1. 患者の呼吸を助ける	8. 患者が身体を清潔に保ち、身だしなみよく、また皮膚を保護するのを助ける
2. 患者の飲食を助ける	9. 患者が環境の危険を避けるのを助ける。また、感染や暴力など、特定の患者がもたらすかもしれない危険から他の者を守る
3. 患者の排泄を助ける	10. 患者が他者に意思を伝達し、自分の欲求や気持ちを表現するのを助ける
4. 歩行時および座位臥位に際して患者が望ましい姿勢を保持するよう援助する。患者がひとつの体位から他の体位へと身体を動かすのを助ける	11. 患者が自分の信仰を実践する、あるいは自分の善悪の考え方に従って行動するのを助ける
5. 患者の休息と睡眠を助ける	12. 患者の生産的な活動あるいは職業を助ける
6. 患者が衣類を選択し着たり脱いだりするのを助ける	13. 患者のレクリエーション活動を助ける
7. 患者が体温を正常範囲内に保つのを助ける	14. 患者が学習するのを助ける

[注：Henderson (1961/2006) より作成]

●●病院

●●病棟 経験年数5年以上の看護師様

研究にご協力ください

私は、日本赤十字看護大学大学院生の●●●と申します。今回、貴施設のご協力をいただき、研究を行わせていただくことになりました。研究のテーマは、「急性期一般病棟の看護師が行う看護補助者への委任の様相：日常生活援助に焦点をあてて」です。近年、「チーム医療」の推進に伴い、看護師が行う看護補助者への業務の委任もその一部として注目され、臨床現場では、患者様の日常生活援助を看護補助者の方々に委任することがあると思います。そこで、看護師と看護補助者の方々が日常生活援助の委任に関してやりとりをする様子や一緒に患者様のケアを行う様子などに焦点をあてて、委任の実際とそこでの看護師独自の判断や観点について明らかにし、より良い委任のあり方や委任における看護の専門性への示唆を得たいと考えております。

つきましては、ぜひ皆様に研究へご参加頂きたいと思っています。下記にお示ししました研究の概要をお読みいただき、ご検討くださいますよう、よろしくお願い申し上げます。

1. 研究のご参加をお願いしたい方々：貴病棟の看護師長、看護師、看護補助者の皆様

2. 研究実施期間：2019年3月～2020年9月

データ収集期間：2019年5月～10月の間で3か月程度

（データ収集の経過や研究参加者の方のご意向に沿って適宜、調整いたします。）

3. 研究方法と募集人数

1) 参加観察：平日、看護補助者の方々が勤務する時間帯（日勤帯や遅番の時間帯等）に週1回程度を予定しております。観察は主に経験年数5年以上の看護師の方々を中心に行い、日常生活援助に関して看護師の皆様がやりとりをする様子や看護師と看護補助者の方が一緒にケアを行う様子を拝見させて頂きたいと考えております。研究者の滞在時間は研究参加者の方々や看護師長様と相談をしながら調整いたします。

2) インタビュー：経験年数5年以上の看護師の方々に1回60～90分程度のインタビューを2～3回（場合により30分程度で1～2回追加）させて頂き、拝見した場面の確認やその場面での考えや判断等につきましてお話を伺いたいと考えております。このインタビューを行う人数は3名程度を予定しております。

4. 研究参加者の方々に對して研究者が行う倫理的配慮

業務に支障がないよう十分に配慮致します。研究への参加は自由意思にもとづくものです。参加観察をとおして研究参加の有無を看護師長が知る可能性があります。その上で研究に参加しない場合も不利益が生じることはありません。また、参加に同意をした後もいつでも同意を撤回でき、皆様に不利益が生じることは一切ございません。また、この研究は個人や組織を評価するものではありません。この研究で得た全てのデータは仮名や数値を用いて匿名化し厳重に管理し、研究目的以外には使用しないことをお約束します。なお、この研究に助成や利益相反はありません。

ご協力いただける方やより詳しい内容の説明をご希望の方、ご質問がある方は、研究者の ●●●（●● ●●）までメールでご連絡頂くか、この書類と一緒にお渡ししました文書にお名前とご希望のご連絡先をご記入頂き、**返信用封筒に入れてご投函**ください。

E-mail : ●●●@redcross.ac.jp

研究者：日本赤十字看護大学 大学院看護学研究科 博士後期課程（●●）

●●●（●● ●●） E-mail : ●●●@redcross.ac.jp

指導教員：日本赤十字看護大学教授 ●●●

E-mail : ●●●@redcross.ac.jp Tel : 03-3409-●●●（直通）

研究についての説明と同意書
(経験年数5年以上の看護師様)日本赤十字看護大学 大学院看護学研究科
博士後期課程看護教育学 ●●●

本研究は、急性期一般病棟の看護師と看護補助者の皆様を対象に、看護師から看護補助者への日常生活援助の委任の実際やそこでの看護師の判断、看護補助者への委任における看護師の役割について明らかにするものです。研究にあたり、業務に支障を来さないよう十分留意し、倫理的配慮のもとで実施します。つきましては、研究の趣旨をご理解の上、研究参加にご協力くださいますようお願い申し上げます。

記

1. 研究テーマ

急性期一般病棟の看護師が行う看護補助者への委任の様相：日常生活援助に焦点をあてて

2. 研究目的と意義

急性期一般病棟の看護師が看護補助者へ患者の日常生活援助を委任する様相を明らかにすることを目的とします。

それにより、日常生活援助の質を保ちながら看護師が看護補助者へ委任するための具体的な示唆を得るとともに、看護補助者への委任における看護師の役割や看護の専門性を検討するための資料として役立てたいと考えております。

3. 研究実施期間およびデータ収集期間

研究実施期間は2019年3月～2020年9月、データ収集期間は2019年5月～10月の間で3か月程度を予定しております。なお調査期間はデータ収集の経過と研究参加病棟の看護師長様および研究参加者の方々のご意向に沿って、適宜、調整致します。

4. 研究参加者

病棟の看護師長、看護師、看護補助者の皆様

5. 研究方法および内容

経験年数5年以上の看護師の方には、参加観察とインタビューを行います。

(もし、参加観察のみご参加を希望する場合は、インタビューは行いません。)

1) 病棟での参加観察

(1) 平日、看護補助者の方々が勤務する時間帯（日勤帯や遅番の時間帯）に週1回程度、主に経験年数5年以上の看護師の方を中心に日常生活援助に関して看護師の皆様がやりとりをする様子や看護師と看護補助者の方が一緒にケアを行う様子などを拝見したいと考えております。また、お時間は研究参加者の方々や看護師長様と相談をしながら調整いたします。

(2) 参加観察にあたっては、研究参加者の方がいつもどおりの業務が実施できるよう十分配慮致します。もし、研究者がその場には困ると感じた時には、いつでも遠慮なくお伝えください。なお、患者様を訪室する場合には看護師長もしくは研究参加者の方に許可を得た上で、事前もしくはその場で患者様やご家族の方に口頭で了承を頂きたいと考えております。そして、研究者は原則的に看護業務を行わないことをお約束します。

(3) 業務に支障を来さないようタイミングや場所に配慮した上で、観察した内容について質問や確認をさせて頂きたいと考えております。その際、言いたくないことや言いづらいことは無理にお話にならなくて構いません。研究者の質問をお断り頂いても不利益が生じることは一切ございません。

2) インタビュー

(1) インタビューは2～3回程度、時間は1回につき60～90分程度を予定しております。拝見した場面の確認やお伺いした内容についてもう少し詳しくお話を伺う必要がある場合には追加で1～2回、時間は30分程度のインタビューをお願いする場合がございます。

資料3 研究参加説明同意書（看護師宛）

- (2) インタビューでは、観察させて頂いた場面の確認やそこでのお考えや判断、評価の他、委任しないと判断したことがありますら、その内容や理由もお聞きしたいと考えております。また、看護補助者への委任における看護師の役割についてお考えを伺いたいと考えております。初回は、研究参加者の経歴（看護の専門教育、臨床経験年数、当該病棟の勤務年数）や看護師長業務代行の経験、看護管理に関する研修（院内・院外）の受講歴の有無と内容について教えて頂きたいと考えております。
- (3) インタビューの日時や場所は、参加者の方のご都合とご希望に沿って決めさせていただきます。場所についてはプライバシーが保たれ、静かで落ち着いた雰囲気でお話ができる場所であることに配慮し、参加者の方にとって利便性が良く、移動距離や移動手段が簡便な場所を第一優先としますが、面接場所への移動に交通費が発生した場合は、往復でかかる交通費を全額お支払いします。
- (4) インタビューの際には、言いたくないことや言いづらいことなどは無理にお話にならなくても構いません。また、話した内容の中にデータとして使用して欲しくない部分があれば、その部分は使用しませんのでお伝えください。
- (5) インタビューの内容をICレコーダーへの録音もしくはメモをとらせて頂くことを希望しています。

6. 倫理的配慮

- 1) 研究への参加・不参加は自由意思にもとづくものです。参加観察をとおして研究参加の有無を看護師長が知る可能性があります。その上で研究に参加しない場合も不利益が生じることはありません。また、参加に同意した場合でもいつでも研究参加の中止やデータの撤回をすることができ、この場合も参加者の方が不利益を被ることは一切ございません。ただ、同意を撤回した時点でデータ（逐語録など）が完全に匿名化されて個人が特定できない状態等の場合には、データを破棄できない場合もありますのでご了承ください。
- 2) この研究は、決して個人や組織を評価するものではありません。研究へのご参加をとおして少しでも看護補助者への日常生活の委任について振り返ったり、整理したりする機会にさせていただければと思います。
- 3) 参加者の個人情報や研究をとおして得られる全てのデータは仮名や数値、記号を用いて匿名で処理し、鍵付きの引き出しに厳重に管理し、研究目的以外には使用しません。また、研究結果を論文やその他の方法で公表する際にも必ず匿名性を確保し、プライバシーを保護することをお約束します。なお、研究の信用性や妥当性を確保するために全過程を通して指導教員や同じ指導教員より指導を受ける大学院生がデータを閲覧することをご了承ください。また、今回の研究で得た全てのデータは、論文やその他の方法（学会の学術集会や学会誌、インターネットでは全文）で研究結果を公表した後、5年間保存した後、破棄いたします。その際、紙の書類はシュレッダーで細断し、電子媒体はデータを完全に消去することをお約束します。また、ご希望がございましたら研究結果を送付いたします。
- 4) この研究に関する研究の助成や利益相反はありません。
- 5) 研究に関してご質問やご不明な点がございましたら、研究中だけでなくご参加を終えた後もいつでも下記までご連絡ください。また、研究実施に伴う有害事象の発生や研究を終了または中止した場合には、指導教員や研究機関の長へ報告し、対応致します。

以上についてご理解頂き、研究参加に同意頂ける場合は、お手数ですが、「研究参加に関する同意書」2通にご署名をお願いいたします。ご署名後、2通ともお渡しした返信用封筒に入れて頂き、1週間を目途にご投函ください。ご署名頂いた同意書は研究者の署名を入れて後日、研究参加者控えとして1通お渡しします。また、同意のご連絡は同意書のご返送だけでなく、研究者のE-mailアドレスへ、同意の旨をお伝え頂いても構いません。この場合も1週間を目途にE-mailアドレスにご連絡頂き、参加観察もしくは面接でお会いする際に同意書を頂き、研究者の署名を入れてお渡しします。

なお、同意書2通のうち1通は研究者が保管いたします。

以上

研究者：日本赤十字看護大学 大学院看護学研究科 博士後期課程（●●●●）

●●●●（●●●●）

E-mail：●●●●@redcross.ac.jp

指導教員：日本赤十字看護大学教授 ●●●●

E-mail：●●●●@redcross.ac.jp Tel：03-3409-●●●●（直通）

資料3 研究参加説明同意書（看護師宛）

（研究参加者保管用・研究者保管用）

研究参加に関する同意書

私は、研究テーマ「急性期一般病棟の看護師が行う看護補助者への委任の様相：日常生活援助に焦点をあてて」について説明を受け、研究の目的、調査期間、研究の方法と内容、倫理的配慮について理解し、自らの意思にもとづいて研究に参加することを同意いたします。また、本研究に対する同意はいつでも撤回でき、研究参加を中断した場合でも不利益を被らないことについても説明を受け、確認しています。

以下の内容について、ご承諾いただけるものについて□欄にチェック✓をお願いいたします。

- 研究者が看護補助者への日常生活の委任に関する場面の観察を行うこと
- 研究者がインタビューを行うこと
- 研究者がインタビューの内容を録音すること
- 研究者がインタビューの内容をメモすること

以下に、ご署名をお願いいたします。

西暦 年 月 日 研究参加者（署名）

研究者●●●（●●●）は研究の全過程において研究参加者に十分な倫理的配慮を行うことをお約束いたします。

西暦 年 月 日 研究者（署名）

お手数をおかけしますが、同一の同意書2枚にご署名をお願いいたします。ご署名後、2通ともお渡しした返信用封筒に入れて頂き、1週間を目途にご投函ください。ご署名頂いた同意書は研究者の署名を入れて後日、研究参加者控えとして1通お渡しします。

また、同意のご連絡は同意書のご返送だけでなく、研究者のE-mailアドレスへ、同意の旨をお伝え頂いても構いません。この場合も1週間を目途にE-mailアドレスにご連絡頂き、参加観察もしくは面接でお会いする際に同意書を頂き、研究者の署名を入れてお渡しします。なお、同意書2通のうち1通は研究者が保管いたします。

◆ご希望の方には研究結果を文書でご報告させていただきます。ご希望の方は、□欄にチェック✓を付けていただき、ご住所の記入をお願いいたします。なお、個人情報 は 目的以外に使用することはありません。

研究結果の送付を希望します

ご住所 〒 _____