

表6 独り立ちに必要な資格

職 種	透析臨床経験	研修会修了	学会認定
医 師	62.8%	0.8%*	36.4%**
看 護 師	69.7%	20.6%*	9.7%***
臨床工学技士	69.0%	11.0%*	20.0%***

* 日本腎臓財団の「透析療法従事職員講習会」
 ** 日本透析医学会認定の「透析専門医」
 *** 透析療法合同専門委員会認定の「臨床工学技士」または予定される「日本透析療法指導看護師」

(4) HD 施行に欠かせない職種：当然ながら医師・看護師・臨床工学技士が挙げられ、薬剤師・栄養士・MSW が続いていた。存在が望ましい職種としては MSW を挙げる施設が多く、殊に多くの HD 患者を治療する施設で希望度が高かった。患者の抱える問題が医療上のそのみに限らず、社会的な広がりを持つからであろう。

2) 独り立ちに必要な資格

それぞれの職種がそれぞれの立場で独り立ちして業務を遂行していくためにどのような資格要件を必要とするかに関しては、表6のような回答を得た。いずれの職種も、透析臨床経験を最重要視しているのがうかがわれた。当然の帰着であろう。医師では5年以上の透析経験に「透析専門医」資格を加味する回答が過半数を占めていたが、10年以上の経験を求める回答が16.7%に認められた。看護師・臨床工学技士でも、5年以上の経験を求める回答が過半数であった。何らかの学会認定資格を看護師に求める回答は9.7%と少なかったが、これは透析専門看護師の認定が関連学会により現在進行中であり、どのような形式になるかを各施設で十分に把握できていないことによると推定される。

3) 透析勤務医師に対する他施設医師による支援状況

透析医は慢性透析患者を祝祭日なく加療する必要があり、しかもこの患者群の合併症罹病率は高いため、時間外診療を求められる可能性も多い。患者数に関わらず、複数の医師によって透析施設(室)が運用されることが望ましい所以である。複数の医師

とは、同一病院殊に同一診療科に属する者同志であることが望ましい。これが適わない場合には、他施設の医師に依存せざるを得ない。

表7に示したように、他施設からの医師の支援を全く受けていない施設が47.8%に存在したが、支援を受けない比率は透析ベッド数即ちHD患者数の増加で著減する。支援を受けている施設では、治療時間の20%未満が46施設(12.9%)、20-40%未満が69施設(19.4%)であるが、60%以上-80%未満と言わば過半数の治療時間を他施設の医師に依存している施設も10施設と僅か(2.8%)ではあるが存在していた。

4) 透析担当医師の透析室滞在時間

全ての医療は原則的に医師が患者を診察した後に開始されるべきであり、HD治療もその例外ではありえない。医師一患者の接触時間(doctor bedside time³⁾、Physician-patient contact⁴⁾が、治療成績に直結するとの報告もなされている。表8は透析担当医師が透析室に滞在する時間を示している(呼び出し後、数分で透析室へ到着できる場合には、その時間を「居る」ものとした)。

滞在時間が2時間未満の施設は12.5%に止まり、4時間以上の施設は73.9%であった。HDの1治療時間が多くの場合4時間であることから、過半数の施設で呼び出しに対して相応できる体制にあることが分かる。

5) インシデントおよびアクシデントについて

(1) それぞれのレポート提出状況(表9):施設内に一定のルールが存在して軌道に乗っていると回

表7 他施設の医師の支援状況（透析ベッド数別）

透析ベッド数	0%	20% 未満	40% 未満	60% 未満	80% 未満	100% 未満	100%	合計	記載 なし	総計	平均	標準 偏差
1～5	6 (85.7)				1 (14.3)			7 (100.0)	1	8	9.51	25.17
6～10	20 (57.1)	4 (11.4)	3 (8.6)	3 (8.6)			5 (14.3)	35 (100.0)	2	37	22.21	35.23
11～20	74 (74.7)	10 (10.1)	9 (9.1)	5 (5.1)			1 (1.0)	99 (100.0)	10	109	7.22	16.16
21～30	31 (32.3)	20 (20.8)	28 (29.2)	10 (10.4)	2 (2.1)		5 (5.2)	96 (100.0)	9	105	22.61	25.13
31～40	15 (31.3)	6 (12.5)	13 (27.1)	9 (18.8)	3 (6.3)		2 (4.2)	48 (100.0)	3	51	26.63	26.90
41～50	12 (32.4)	1 (2.7)	10 (27.0)	9 (24.3)	3 (8.1)		2 (5.4)	37 (100.0)	3	40	30.02	28.10
51以上	12 (35.3)	5 (14.7)	6 (17.6)	6 (17.6)	1 (2.9)	2 (5.9)	2 (5.9)	34 (100.0)	5	39	28.43	32.03
合計	170 (47.8)	46 (12.9)	69 (19.4)	42 (11.8)	10 (2.8)	2 (0.6)	17 (4.8)	356 (100.0)	33	389	19.90	26.74
記載なし	1 (50.0)						1 (50.0)	2 (100.0)		2	50.0	70.71
総計	171 (47.8)	46 (12.8)	69 (19.3)	42 (11.7)	10 (2.8)	2 (0.6)	18 (5.0)	358 (100.0)	33	391	20.07	27.02

数値下のかっこ内は行方向の合計に対する%です。

表8 透析担当医師の透析室滞在時間

	1時間未満	2時間未満	3時間未満	4時間未満	4時間以上
回答施設数	20	27	26	25	277
%	5.3	7.2	6.9	6.7	73.9

表9 インシデント、アクシデント・レポートの提出状況

	ルールがあり軌道に乗っている	ルールはあるが軌道に乗っていない	施設内ルールを検討中	その他
回答施設数	283	78	18	6
%	73.5	20.3	4.7	1.6

表10 レポートによる業務改善の効果

	有用	ある程度有用	あまり有用でない
回答施設数	136	214	30
%	35.8	56.3	7.9

答した施設が73.5%と過半数を越えていた。患者数の多い施設ほど、軌道に乗っていると回答率は高かった。昨今の医療安全対策に対する認識の高さを感じ取れるが、ルールがあっても未だ軌道に乗り切れていない約20%の施設やルールそのものを検

討中の施設では一層の努力を期待したい。

(2) レポートによる業務改善の効果（表10）：レポート提出が業務改善に有用またはある程度有用と回答した施設は、92.1%と高率であった。これは患者数の大小にあまり関係がない集計結果であっ

表 11 アクシデント発生後の具体的な対策

	過去1年なし	対策が立てられた	有効策が得られていない
回答施設数	65	295	24
％	16.9	76.8	6.3

表 12 インシデント、アクシデントのスタッフによる定期的な検討状況

	定期的実施	非定期的実施	あまり実施されず	実施されず
回答施設数	181	159	33	9
％	47.4	41.6	8.6	2.4

表 13 最低必要な常勤医の数（慢性透析患者 50 名、9 単位の施設）

医師最低人数	1名	2名	3名	4名	5名以上
回答施設数	222	110	27	5	5
％	60.2	29.8	7.3	1.4	1.4

表 14 常勤医を補佐（支援）する最低必要常勤医の数

医師最低人数	0名	1名	2名	3名	4名	5名以上
回答施設数	58	124	81	38	11	17
％	17.6	37.7	24.6	11.6	3.3	5.2

た。

(3) アクシデント発生後の具体的な対策（表 11）：過去 1 年間アクシデントなしと回答した施設は 16.9% に止まった。83.1%（319 施設）で何らかのアクシデントが発生したことになる。アクシデント発生後多くの施設で対策が講じられているが、有効策が得られていないと回答する施設も 6.3% に存在した。アクシデントの種類にも関連するものと推測される。

(4) インシデント、アクシデントがスタッフにより定期的に検討されているか否かに関しては表 12 にみるように、定期的な検討がなされている施設が 47.4% に止まり、今後の課題として残されている。

6) 日常透析業務施行上に必要な透析スタッフ数
この点は透析医療を円滑かつ安全に継続していくうえで、全ての施設の最大の関心事の一つであろう。当然、患者の重症度・介護度並びに経済効率などが

加味されて考慮されることになる。今回のアンケートでは、慢性血液透析患者 50 名をケアする透析単科の施設（昼間：月～土および夜間：月水金の 9 シフト）を仮定して、回答を得た。

(1) 透析担当常勤医師およびこれを支援する非常勤医師の数（表 13, 14）：この規模と治療シフトの施設に対しては、医師必要最低数を 1 名とする回答が 60.2% と最多であった。2 名の回答が 29.8% であり、1-2 名で合計 90.0% となった。

常勤医を支援する非常勤医の数は、「なし」との回答が 17.6% にあったが、1-2 名を必要とするとの回答が 62.3% であった。常勤医 1 名だけの勤務体制には、透析治療の特殊性から無理があるものと考えられる。

なお、非常勤医師の確保については（表 15）、「確保が容易である」は 22.3% に止まって、「かなり困難・困難・不可能」が 77.7% に及んでいた。

(2) 看護師の最低必要数（表 16）：この規模の透析単科施設に対しては、6 名以下：20.9%、7-8

表 15 非常勤医師の確保

	容易	かなり困難	困難	不可能
回答施設数	79	163	112	1
％	22.3	45.9	31.5	0.3

表 16 最低必要な看護師の数

看護師最低数	6名以下	7-8名	9-10名	11-12名	13名以上
回答施設数	76	97	100	31	59
％	20.9	26.7	27.5	8.5	16.3

表 17 最低必要な臨床工学技士の数

臨床工学技士最低数	0名	1名	2名	3名	4名	5名以上
回答施設数	7	50	159	94	27	25
％	1.9	13.8	43.9	26.0	7.5	6.9

表 18-1 年間の平均退職者数（医師）

退職者数	なし	1名	2名	3名	4名	5名以上
施設数	238	99	22	5	1	2
％	64.9	27.0	6.0	1.4	0.3	0.5

表 18-2 年間の平均退職者数（看護師）

退職者数	2名以下	3-4	5-6	7-8	9-10	11名以上
施設数	240	83	35	2	10	1
％	64.7	22.4	9.4	0.5	2.7	0.3

表 18-3 年間の平均退職者数（技士）

退職者数	なし	1名	2名	3名
施設数	226	109	16	5
％	63.5	30.6	4.5	1.4

名：26.7%，9-10名：27.5%と回答された。夜間透析施行の施設であり、勤務交代を勘案する必要がある。

(3) 臨床工学技士の最低必要数（表 17）：2名を必要とすると回答した施設が 43.9%と最も多かった。

7) 医師・看護師・技士の退職と確保状況

退職状況は表 18-1, 2, 3 に示した。これらの表

以外の資料からみると、医師および技士に関しては私的医療機関では退職率は低い。看護師では公的医療機関での退職率が低い結果であった。

透析スタッフの確保に関しては、回答 298 施設中、困難・かなり困難と回答した施設が合計 176 施設（59.0%）に及んだ。各職種で透析経験を有するスタッフの確保を困難だとした施設が、殆どであった。

8) 日本透析医会による施設基準の提示と認定透析施設（仮称）に対する意見
医療機関に対する第三者評価の必要性が叫ばれている。その一つである（財）日本医療機能評価機構

によるサーベイと認定は、漸増しつつある。医療の質的向上を目指す試みは他者に認知・評価される形で行われる必要があるが、その前提としてまた自ら襟を正す意味からも自己評価をまず目論む必要がある

表 19-1 日本透析医会・認定透析施設の可否（所在地別）

所在地	可	否	どちらとも いえない	合計	記載なし	総計
北海道	56	30	1	87	6	93
(%)	(64.4)	(34.5)	(1.1)	(100.0)		
愛知県	31	25		56	10	66
(%)	(55.4)	(44.6)		(100.0)		
新潟県	15	11		26	2	28
(%)	(57.7)	(42.3)		(100.0)		
大阪府	67	40		107	8	115
(%)	(62.6)	(37.4)		(100.0)		
福岡県	49	32		81	7	88
(%)	(60.5)	(39.5)		(100.0)		
合計	218	138	1	357	33	390
(%)	(61.1)	(38.7)	(0.3)	(100.0)		
記載なし	1			1		1
(%)	(100.0)			(100.0)		
総計	219	138	1	358	33	391
(%)	(61.2)	(38.5)	(0.3)	(100.0)		

数値下のかっこ内は行方向の合計に対する％です。

表 19-2 日本透析医会・認定透析施設の可否（施設形態別）

施設の形態・規模	可	否	どちらとも いえない	合計	記載なし	総計
病院 大学附属病院	19	7		26	3	29
(%)	(73.1)	(26.9)		(100.0)		
その他の総合病院	61	22	1	84	5	89
(%)	(72.6)	(26.2)	(1.2)	(100.0)		
総合病院以外の病院	60	30		90	6	96
(%)	(66.7)	(33.3)		(100.0)		
診療所 有床	35	24		59	8	67
(%)	(59.3)	(40.7)		(100.0)		
無床	39	55		94	10	104
(%)	(41.5)	(58.5)		(100.0)		
合計	214	138	1	353	32	385
(%)	(60.6)	(39.1)	(0.3)	(100.0)		
記載なし	5			5	1	6
(%)	(100.0)			(100.0)		
総計	219	138	1	358	33	391
(%)	(61.2)	(38.5)	(0.3)	(100.0)		

数値下のかっこ内は行方向の合計に対する％です。

る。またこのためには、一定の透析施設基準の提示は必須である。その上でもし日本透析医会が仮に施設認定を行うとすれば、自己評価と第三者評価の中間に位置する意味合いを持つものであろう。日本透析医会が認定を行うことに関しては、回答 357 施設中 219 施設 (61.2%) が賛成としている (表 19-1, 2)。38.5% の施設が反対しているが、後述のように一定の条件下であれば、賛成とも読み取れる施設がある程度存在した。施設認定に対する可否は、地域差よりも施設形態別に顕著な差異が認められた。大学付属病院などの病院では約 70% が賛成するに對して、診療所では有床で 59.3%、無床で 41.5%

と低率であった。この設問に対しては「可」とする場合の具備すべき条件と「否」とする理由を問ひ、表 20-1, 2 の結果を得た。

40% 弱の施設が施設認定に「否」と回答しているが、①透析専門医の確保が難しい (98/138=71.0%)、②透析専門医の資格が取りにくい (91/138=65.9%)、③画一的になると地域によっては困る (89/138=64.5%)、④何をもって「適正」とするか線引きが難しい (67/138=48.6%)、⑤個人や施設の自己努力で十分である (59/138=42.0%) が上位 5 項目の否とする理由である。否の回答者も施設認定の優先的な基本事項に「透析専門医」の存在を

表 20-1 日本透析医会・認定透析施設 (室) [仮称] に対する意見

一定の条件を満たした透析施設 (室) を『適正透析施設 (室)』(仮称) として認定するという行き方をどう考えるか。

- 1) 可とする (358 施設中 219 施設=61.2%)
- 2) 回答なし (33/391=8.5%)
- 3) 否とする (138/358=38.5%)

A) 可とする場合の付帯条件など (自由記述, 複数回答)

- 1) 透析専門医の常勤 (139 施設)
- 2) 透析スタッフ (D, N, T) 数が施設の特性に応じた員数を確保する (198 件)
- 3) 現在の経済状況に即した設備の最低条件クリア (178 件)
- 4) 透析スタッフ (D, N, T) に経験年数・研修などの一定条件を課する (136 件)
- 5) 透析スタッフの教育, 再教育制度の完備 (126 件)
- 6) 一定の期間後に再認定を行う必要がある (112 件)
- 7) 患者特性に合わせた個別治療が可能であること (52 件)
- 8) 認定基準に患者満足度を加味すべき (74 件)
- 9) 検査データの適正な分析が行われるべきこと (96 件)
- 10) 病院機能評価システムが進行してきている現状を考えると, 透析施設 (室) だけが例外であり得ない (92 件)
- 11) 第三者評価の前段階として必要である (64 件)
- 12) このような認定制度は透析スタッフのよい意味の緊張感を高める (23 件)
- 13) 透析室に医師が居ること (73 件)
- 14) 賛成だが, 地域特性を加味して欲しい (75 件)
- 15) 安全管理の項目が必要 (77 件)
- 16) 賛成だが, メリットは何か (13 件)
- 17) 認定により保険点数上の加算があれば, 一層よい (23 件)
- 18) 急性期病院・長期入院施設・外来透析施設など施設特性が考慮された認定が望ましい (83 件)
- 19) 書類審査だけでなく, 実地調査が必要であろう (62 件)
- 20) このような認定制度で透析医療の質向上が期待できる (46 件)
- 21) 専門医制度に幅を持たせることを条件に賛成 (95 件)
(泌尿器科医や循環器内科医などはそれだけでよいのではないか)
(JSDT の透析専門医認定は厳しすぎる)
(地方会を重要視すべき)
- 22) 賛成だが, 『適正』の内容を慎重に吟味して欲しい (98 件)

表 20-2 日本透析医会・認定透析施設（室）〔仮称〕に対する意見

- B) 『否』とする理由（自由記述，複数回答）〔否=138 施設〕（138/358=38.5%）
- 1) 何を以て『適正』とするかの線引きが困難（67 件）
 - 2) 画一的になると地域によっては困る（89 件）
 - 3) 個人や施設の自己努力で十分である（59 件）
 - 4) このような認定制度は形式に堕する（24 件）
 - 5) 析専門医を必要条件とするのは分かるが，実際上透析専門医の確保が難しい（98 件）
 - 6) 患者の集中化が生じる（12 件）
 - 7) 人的評価が難しい（29 件）
 - 8) 専門医が臨床能力があるとは言い難い（14 件）
 - 9) 透析施設が不足しているのに困るのは患者（19 件）
 - 10) 大学中心主義となる（12 件）
 - 11) 専門医の資格が取りにくい（91 件）
 - 12) 患者が判断し選択すればよい（16 件）
 - 13) 医師の資格の細分化は，結局医師の利益を損なう（12 件）
 - 14) そもそも専門医制度に問題・疑問がある（28 件）
 - 15) PD 主体の施設は許可されにくいのではないか（5 件）
 - 16) 排他的，差別化である（9 件）
 - 17) 個人的資格と施設認定とが混同される懸念がある（12 件）
 - 18) 条件を満たさない施設は『不適正施設』となるのか（9 件）
 - 19) 後継者不足で困っているのに，それに悪影響を及ぼす（19 件）
 - 20) 国が認めているのに，このような認定制度は必要ない（7 件）
 - 21) 透析専門医制度で十分である（11 件）
 - 22) 透析施設を「透析医学会」「透析医会」に加入させることが先決（39 件）
 - 23) このような制度が始まると施設の運営が難しくなる（11 件）
 - 24) 自己評価に意味はない，第三者評価なら賛成する（8 件）
 - 25) 透析医会にその権限はない（3 件）
 - 26) 『適正透析施設』云々は行政がチェックすべきであろう，他の医療分野にはない（11 件）
 - 27) 透析療法の応用範囲が広がり，専門医の捕らえ方が困難（8 件）
 - 28) 厚生労働省の医療費削減に加担するだけであろう（48 件）

置いていると推定され，その故に「その資格が取得しにくい」「その資格者の確保が難しい」という理由を挙げたのであろう。

③の理由は，前記①②の延長線上にあるものと考えられる。「透析専門医の資格取得」が容易に流れてはいけませんが，例えば日本透析医学会が認定する認定施設以外での透析経験が適正に算定され得るなどの救済手段の検討が一つの大きな宿題になるのかもしれない。否とする理由の④は概念と方向論の問題であり，⑤は考え方をさらに進めれば「可」とする方向へ向かうものであろう。

可否いずれにも色々な意見があり今後も十分な論議が必要であるが，将来の第三者評価へ向けての準備段階として，日本透析医会の施設認定への策定は一定の評価を受けつつあると言えよう。

9) 透析施設（室）の運営（表 21）

良質の透析医療を維持し向上させていくためには，施設の運営にも配慮しなければならない。この課題も多岐に亘るため，ここでは経営支援に関する事項に限って要約する。施設内に経営の専門家が居る施設は 9.6%，定期的または時々専門家に相談している施設が 20.0% であった。これらの合計 29.6% 以外の施設約 70% は経営専門家がそれぞれの施設の経営に直接タッチしていない現状である。経営専門家の配置には経営母体別の差異が明確ではなかったが，HD 患者数が 201 名を越える大規模施設では施設内に専門家が居る比率は 16.7% と他に較べて高率であった。

表 21 透析施設の経営的支援

	施設職員に 専門家	専門家に定期的 に相談	専門家に時々 相談	専門家がいない 自施設で処理	同左 専門家助言必要	合 計
施設数	36	44	31	201	63	375
%	9.6	11.7	8.3	53.6	16.8	100.0

表 22 運営上の腐心事項（施設形態別）

施設の形態・規模	スタッフ 確保が 困難	保険制 度の変 化で経 済的困 難	計器の 更新設 置が困 難	後続医 師が不 在	合併症 の患者 増加	受入先 が確保 困難	休暇が とれない	保険点 数に納 められ ない	治療指 針が少 ない	その他	合計	記載 なし	総計
病院													
大学附属病院	17	7	6	4	20	3	6	14	5	4	86		86
(%)	(19.8)	(8.1)	(7.0)	(4.7)	(23.3)	(3.5)	(7.0)	(16.3)	(5.8)	(4.7)	(100.0)		
その他の総合病院	56	33	30	14	75	10	33	40	24	19	334		334
(%)	(16.8)	(9.9)	(9.0)	(4.2)	(22.5)	(3.0)	(9.9)	(12.0)	(7.2)	(5.7)	(100.0)		
総合病院以外の病院	67	41	26	20	73	13	31	47	28	10	356		356
(%)	(18.8)	(11.5)	(7.3)	(5.6)	(20.5)	(3.7)	(8.7)	(13.2)	(7.9)	(2.8)	(100.0)		
診療所													
有 床	32	38	29	7	51	15	20	41	9	11	253		253
(%)	(12.6)	(15.0)	(11.5)	(2.8)	(20.2)	(5.9)	(7.9)	(16.2)	(3.6)	(4.3)	(100.0)		
無 床	45	61	23	13	74	18	30	57	15	18	354		354
(%)	(12.7)	(17.2)	(6.5)	(3.7)	(20.9)	(5.1)	(8.5)	(16.1)	(4.2)	(5.1)	(100.0)		
合 計	217	180	114	58	293	59	120	199	81	62	1,383		1,383
(%)	(15.7)	(13.0)	(8.2)	(4.2)	(21.2)	(4.3)	(8.7)	(14.4)	(5.9)	(4.5)	(100.0)		
記載なし	4	2		2	5	1	4	2	2	1	23		23
(%)	(17.4)	(8.7)		(8.7)	(21.7)	(4.3)	(17.4)	(8.7)	(8.7)	(4.3)	(100.0)		
総 計	221	182	114	60	298	60	124	201	83	63	1,406		1,406
(%)	(15.7)	(12.9)	(8.1)	(4.3)	(21.2)	(4.3)	(8.8)	(14.3)	(5.9)	(4.5)	(100.0)		

数値下のかっこ内は行方向の合計に対する%です。
384施設回答 (C) 日本透析医会

10) 透析施設（室）の運営上、最近特に腐心している事項

透析患者の高齢化、合併症を持つ患者の増加さらに保険医療制度の変化等々、透析施設の運営が往時に較べて格段と厳しくなったと実感されている。表 22 は施設形態別にみた最近特に腐心している事項に対する要約である。腐心事項は多くの項目に分散しているが、①合併症を持つ患者の増加、②透析スタッフ確保の困難性、③保険制度関連事項などが比較的高率に訴えられている。

回答者が感じている現時点での諸問題を自由に記述してもらった結果が、表 23 である。表 22・23 には重複もあるが、これらから各施設が医学上・人材確保・経済上など多岐に亘る問題を抱えていることが判明した。

D. 考 察

日本透析医学会認定の「透析専門医」が常勤する透析施設（室）は 64% で、臨床工学技士を配する透析施設は 56% であった。医師が透析医療を独立して安全かつ良質に施行する場合の資格条件として、「透析専門医」の資格に加えて「透析の臨床経験 5 年以上」を掲げる回答が今回のアンケートで大多数を占めていた。

慢性透析療法を継続していくうえで必要な職種として医師・看護師・臨床工学技士が挙げられていたのは当然であるが、患者が抱える種々の社会的な問題の相談役としての MSW (medical social worker) の必要性を述べる回答が多くみられた。

他施設から支援医師を非常勤で得ている施設は 42% に達していたが、これらの施設のうち 78% が

表 23 透析施設〔室〕の運営上、最近特に腐心している事項の自由記述

(391 回答施設のうち、77 施設 (19.7%) が記載している。表 22 と重複するものもあるが、以下に大ざっぱに分類して示す。)

保険・経済

- 1) 医療の質向上を目指す、経済的な締め付けで設備・機器の整備が追いつかない。
- 2) 『透析の質』が保険点数に反映されていない〔長時間透析、頻回の患者指導など〕(5 件)
- 3) 必要薬剤・必要検査などが、画一的に査定される。
- 4) 保険点数の減少で収入も減少した。施設としての長期計画が立てにくい。
- 5) 経済的な理由からスタッフを十分に充足できない。
- 6) 国は正当な報酬を出さないで、責任だけを押し付けてくる。
- 7) PTA の点数が他県に較べて著しく低い。
- 8) 特定機能病院は入院の血液浄化が包括化されているので、病院に貢献しているという勤務意欲が得られない。
- 9) 透析施設の経営が経済的に困難になった。薄利多売で馬車馬のように働かざるを得ない (3 件)
- 10) エボ剤が高価すぎて、透析医療費を押し上げている。エボ剤を廉価にすべき。
- 11) 技術料のダウンはスタッフの給付をダウンせよという意味か。
- 12) 看護度の高い患者が増えているが、一方で保険点数は下がっており、納得できない。
- 13) 透析時間制の撤廃は納得しかねる。
- 14) 保険審査医に透析の現状を理解してもらう必要がある。保険審査医に透析研修の機会を持っていただきたい。
- 15) HBs 抗原陽性、HCV 抗体陽性患者に対する特定のスペースの確保や人員の配置が必要であるが、保険点数上に加味されていない (2 件)。
- 16) 透析施設 (室) 開設に基準設置が必要である。

患者の特性・家族など

- 17) 長期入院患者の増加、受け入れ先施設が少ない (10 件)
- 18) 自己管理の出来ない患者が少なくなく、患者管理に限界を感じる。
- 19) 患者や腎友会のわがままな態度に困惑している (過度の要求を出し、聞き入れないと転院を仄めかす) (4 件)
- 20) 長期入院が難しく在宅や外来透析患者にも限界が出てきて、患者・家族の不安が増大。
- 21) 高齢患者が増えて、通院経費の施設負担が増えている。
- 22) 高齢患者・有合併症患者の増加で、スタッフ及び家族の種々の負担が大きくなっている。

スタッフ・勤務状況など

- 23) 中核病院のため患者の入退院が激しく、しかも重症例が多く、医師は overwork の状態 (3 件)
- 24) 看護師・技師が兼務であるため、両者の連携が円滑でない。
- 25) 電子カルテの導入でスタッフ特に医師の業務量が増えた。
- 26) 透析診療科に対して、仕事量に見合った評価や予算が病院からおられない。
- 27) リスクマネジメントに費やす時間と人材が増えてきている。
このため、通常業務を圧迫して、リスクマネジメントと逆を行っている (2 件)
- 28) ナースの定期的な勤務交代のため、熟練した透析ナースが育たない。
- 29) 患者の重症度・看護度、患者の数に見合ったナース数を確保できない (6 件)
- 30) どの職種も、特に医師は休みがとれない。
- 31) スタッフの教育・育成にかかる時間・経費の捻出が難しい (2 件)
- 32) 優秀な人材が得難い。

透析治療など

- 33) 素人の医師が透析療法に関わり過ぎる。透析専門医が不足している。
- 34) 患者を診られない専門医もいる。
- 35) 病診連携の強化・円滑化
センター病院に嫌われると以後いっさい患者紹介がされなくなる。
- 36) 患者に低所得者が増えて、この方面の相談が多く困惑している。
- 37) 精神障害を持つ透析患者を治療する施設が必要である。
- 38) 透析の非導入および透析中止の基準が欲しい。可能なら法的な基準 (10 件)
- 39) 治療がマニュアル化して、患者を個々に診られない医師が増えてきている。

その確保に苦勞している現状が浮き彫りになった。

インシデント/アクシデント・レポートに関しては、施設内にルールが存在し軌道に乗ってきているとの回答は74%に及んで関心の高さが窺われた。残る26%の施設ではその機運を作ることが急務であろう。なお、何らかのアクシデントは83%の施設で発生していたとの回答があったが、これに関する詳細は別に報告される。

アクシデント発生後に、有効な対策が94%の施設で立てられているのは幸いである。血液透析患者50名（昼間：月一土，夜間：月水金の9シフトの勤務体制）に対する医師最低必要数に関しては、常勤医1名と非常勤医1-2名を必要とするとの回答が多かった。先に述べたごとく、78%の施設が非常勤医1-2名を必要とするとの回答が多かったが、78%の施設が非常勤医の確保を困難としている。

同条件下での看護師必要数は、患者の重症度・介護度などに大きく影響されるためか意見が分かっていた。臨床工学技士に関しては、最低2名を必要とする回答した施設が44%で最も多かった。

一定の条件下で日本透析医会が施設認定を行うことに関しては、61%の施設がこれを可とした結果であった。第三者評価に先立って日本透析医会が施設認定を行うということに関しては、一定の方向性が示されたと考えられる。各透析施設の特殊性を勘案しながら、細部の諸条件を詰めていく必要がある。殊に、多くの回答者が基本的要綱の一つと考えている「透析専門医」の資格取得は勤務する施設の特性から十分な透析経験を積みながら困難な事例も散見されている。

この点に関しては、「透析専門医」を認定する日本透析医学会と施設認定を策定している日本透析医会との協議が必要であろう。慢性透析患者の特性の変貌や社会・経済状況の変化に呼応して、各施設は

それぞれの立場で広範囲に亘る諸問題・課題を抱えていることが改めて明らかになった。

日本透析医会は施設認定を透析患者に安全・良質な医療を提供することを主眼に考えており、このための、①透析スタッフの資格要件、配置人員数、②透析施設の具備すべき最低の治療環境必要条件などを今回のアンケート調査結果をふまえ、衆議のうえ提示したい所存である。

E. 結語

安全・良質な透析医療を担保するためには多くの解決すべき問題があるが、これらに対する医療施設側の姿勢・努力が第三者に見える形でまずは厳密に自己評価されるべきものと考えられる。日本透析医会が試みようとしている施設基準の提示と施設認定は、その一つの現れである。

F. 研究発表

日本透析医学会誌および日本透析医会雑誌への投稿を予定している。

G. 文献

- 1) 大平整爾, 秋澤忠男, 篠田俊雄, 他:平成14年度厚生労働科学研究 院内感染および事故防止を考えた透析室施設基準の作成に関する研究—「透析施設(室)の医療機関自己評価票」を用いた透析室の現状について—, 日透医誌 18(2)別冊:44-54, 2003.
- 2) 日本透析医学会統計調査委員会:わが国の慢性透析療法の現況 2001, 透析医学会, 2002
- 3) Ronco C, Marcelli D: Opinions regarding outcome differences in European and US haemodialysis patients. Nephrol Dial Transplant 14: 2616-2620, 1999
- 4) DOPPS Annual Report (2001): Distribution of minutes per month of physician-patient contact among the seven DOPPS countries. DOPPS, 2002

〈資料1〉

平成 15 年 12 月 12 日

日本透析医会施設会員責任者 殿
日本透析医学会施設会員責任者 殿

平成 15 年度厚生労働科学研究肝炎等克服緊急対策研究事業
「血液透析施設における C 型肝炎感染事故(含:透析事故)
防止体制の確立に関する研究」

主任研究者 山崎 親雄

分担研究者 大平 整爾, 吉田 豊彦, 杉崎 弘章
鈴木 正司, 鈴木 満, 内藤 秀宗
秋澤 忠男, 秋葉 隆, 篠田 俊雄
栗原 怜, 渡邊 有三, 中井 滋
宇田真紀子, 川崎 忠行

「透析施設（室）の医療機関自己評価（Ⅱ）」に関する全国アンケート調査のお願い

謹啓

皆様には、お元気にお過ごしのことと存じます。

先に自己評価（Ⅰ）のアンケート調査にご協力をいただき、心から感謝申し上げます。
このアンケート結果を踏まえて、今後の透析施設（室）がどうあるべきかについて、
皆様のご意見をより具体的に承りたく第 2 回のアンケート調査を企画いたしました。
私共透析施設を取り巻く社会情勢は年々厳しさを増しており、適正な透析医療を提供す
るためには広い意味で透析施設の一層の充実が求められます。この度のアンケート調査
の結果を分析し、望ましい透析施設の基本的な条件が提示できることを希望しておりま
す。

お忙しい中、誠に恐縮ですが再度アンケート調査にご回答下さいますようお願い申し
上げます。

謹白

I. 「透析施設（室）の医療機関自己評価」に関する調査

（貴施設についてご回答下さい。）

1. 所在地：①北海道 ②愛知県 ③新潟県 ④大阪府 ⑤福岡県
2. 施設の経営母体
 - ①国立 ②都道府県立 ③市町村立 ④共済組合 ⑤日赤
 - ⑥済生会 ⑦厚生連 ⑧健保連 ⑨国保連 ⑩医療法人
 - ⑪財団法人 ⑫社団法人 ⑬学校法人 ⑭社会福祉法人 ⑮個人
 - ⑯その他
3. 施設の形態・規模
 - (1)-1 病院：①大学付属病院 ②その他の総合病院 ③総合病院以外の病院
 - (1)-2 許可病床数：①20～99床 ②100～199床 ③200～499床 ④500床以上
 - (2) 診療所：①有床 ②無床
4. 透析ベッド数
 - ①1～5ベッド ②6～10ベッド ③11～20ベッド ④21～30ベッド
 - ⑤31～40ベッド ⑥41～50ベッド ⑦51ベッド以上
5. 透析患者数
 - (1)-1 血液透析患者
 - ①1～10名 ②11～50名 ③51～100名 ④101～200名 ⑤201名以上
 - (1)-2 その内、入院患者のおおよその割合
 - ①0% ②1～10% ③11～30% ④31～50% ⑤51%以上
 - (2) CAPD患者：①有 ②無
6. 透析スタッフ数
 - (1) ①常勤医師数 ②そのうち透析医学会専門医数
 - (2) 非常勤医師数
 - (3)-1 透析室専任看護師長：①有 ②無
 - (3)-2 透析経験年数：①1年未満 ②3年未満 ③10年未満 ④10年以上
 - (4)-1 常勤看護師数
 - (4)-2 平均透析経験年数：①1年未満 ②3年未満 ③10年未満 ④10年以上
 - (5) 非常勤看護師数
 - (6)-1 透析室専任臨床工学技士長：①有 ②無
 - (6)-2 透析経験年数：①1年未満 ②3年未満 ③10年未満 ④10年以上
 - (7)-1 ①常勤臨床工学技士数 ②このうち認定臨床工学技士数
 - (7)-2 平均透析経験年数：①1年未満 ②3年未満 ③10年未満 ④10年以上
 - (8) 非常勤臨床工学技士数
7. 財団法人日本医療機関評価機構からの認定証（①あり ②なし）

II. 「透析施設（室）の基準策定」について

1. 透析スタッフの資格

(1) 慢性血液透析（以下HD）を施行するために欠かせない職種

- ①医師 ②看護師 ③臨床工学技士 ④薬剤師
⑤栄養士 ⑥MSW ⑦その他

(2) HD 施行に存在が望ましい職種

- ①医師 ②看護師 ③臨床工学技士 ④薬剤師
⑤栄養士 ⑥MSW ⑦その他

(3) それぞれの職種の責任者が独り立ちする場合に必須の資格がありますか。
どうお考えですか。

①医師（例：日本透析医学会認定の「透析専門医」、透析の臨床経験〇年以上など）

②看護師

例：日本腎臓財団の「透析療法従事職員研修会」、透析の臨床経験〇年以上、日本透析療法指導看護師（日本腎不全看護学会・日本透析医学会・日本腎臓学会合同認定など）

③臨床工学技士

例：日本腎臓財団の「透析療法従事職員研修会」、透析療法合同専門委員会認定の臨床工学臨床工学技士、透析の臨床経験〇年以上など）

④その他の職種についてのお考えを具体的にご記載ください。

2. 医師の支援体制

(1) 昼間（月水金・火木土）および夜間（月水金）の血液透析施設であれば9単位，昼間（月～土）であれば6単位と算定し，貴施設では総単位中の何単位を他施設の医師から支援を受けていますか。

(2) 1単位（クール）の透析施行中の時間帯において，医師が実際に透析室に居る時間は総計して平均どの位でしょうか（呼び出し後，数分以内で透析室へ到着できる場合にはその時間を『居る』ものと致します）。

3. インシデントおよびアクシデントについて

(1) それぞれのレポート提出の状況

- ①施設内ルールとして軌道に乗っている ② ルールはあるが十分ではない
③施設内ルールを検討中 ④ その他

(2) 各レポートがその後の業務改善に対して

- ①十分に役立っている ②ある程度役立っている ③あまり役立っていない

(3) アクシデント発生後の具体的な対策

- ①過去1年間，アクシデントなし
②対策が立てられた

③試みたがあまり有効策が得られていない

(4) インシデント・アクシデントが、透析スタッフ全体で定期的に検討

①されている ②されているが非定期的 ③あまりされていない ④されていない

4. 日常透析業務施行上の透析スタッフ数

慢性血液透析患者 50 名をケアする透析単科の施設を仮定した場合において、各職種の最低必要人員数（昼間：月～土および夜間：月水金の 9 単位の透析施設）をお答えください。

(1) 医師：①常勤医数 ②非常勤医数

(2) 看護師

(3) 臨床工学技士

5. 貴施設における透析スタッフの研修の実情や資料の収集法をご記入ください。

(1) 研修の実情について、最も実効のあるものは何ですか。

{ 例：毎日の業務連絡会、定期的な勉強会または検討会、学会／研究会／講演会への参加、
他施設との合同勉強会など }

(2) 日常業務に必要な資料の収集法で、最も実効のあるものは何ですか。

(例：雑誌、インターネット、学会／研究会、メーカー、製薬会社等)

6. 医師・看護師・臨床工学技士の確保（補充）について

(1) 過去数年間を平均して年間に何人のスタッフが退職しましたか。

①医師 ②看護師 ③臨床工学技士

(2) その補充の難易度と問題点は如何でしたか。

7. 各職種の比較的長期の休暇の実情は如何ですか

(1) 常勤医師の休暇：①計画的にとれる ②かなり難しい ③難しい

(2) 非常勤医の確保：①容易である ②かなり難しい ③難しい

(3) 非常勤医の依頼：①定期的 ②非定期的

③現在依頼していないが、必要を感じている ④必要がない

(4) 看護師の休暇：①計画的にとれる ②かなり難しい ③難しい

(5) 臨床工学技士の休暇：①計画的にとれる ②かなり難しい ③難しい

8. 透析施設（室）としての設備および関連装置などについて

(1) ①ベッド（チェアーベッド）間隔はどの位ですか。

②どのくらい以上の間隔が望ましいとお考えですか。

(スタッフの作業や車椅子使用時などを考慮して)

{ 参考資料：平成 13 年度厚生科学研究・山口班
0.4～0.6 m=11.8%, 0.8 m=28.9%, 1 m=40.5% }

(2)-1 空調設備 (①あり ②なし)

(2)-2 問題点はなんですか

- (3) 患者ベッド周辺の利便性（TV、所持品などを置くサイドテーブルなど）についての問題点
- (4) 透析支援システムの導入の進行度
（測定した体重が患者監視装置に連動している・体重測定値が自動的に記録されるなど）
- (5) 透析液の作成・供給システム、配管の洗浄・消毒に関わる問題点
（技術的・人的・経済的問題など）
- (6)-1 透析関連物品の保管室またはスペースは十分な広さが（①ある ②ない）
- (6)-2 何日分の透析ができる物品が保管できるスペースが必要だと考えますか。
- (6)-3 そのために必要な具体的な広さは、どのくらいだと考えますか。
- (7) 水処理装置の種類、その管理法、具体的な水質管理の問題点についてお述べ下さい。
- (8) 患者監視装置（透析装置）の管理（透析液濃度やET濃度など）についての問題点。

9. 透析施設（室）の運営

- (1) 医学的な支援（他の医療機関との提携：例えば入院加療・合併症診断/治療・ブラッドアクセスの作製/修復などの依頼上の問題点）
 - ①提携先があり、ほぼ随時引き受けてもらえる
 - ②連携先はあるが、しばしば苦勞する
 - ③特に連携先はなく、その時々を探して対応する。（④苦勞はない ⑤苦勞がある）
- (2) 患者の確保上の苦勞と問題点
 - ①新患を紹介してもらえる医療機関が定まっている
 - ②問合せがあれば、空床状態により引き受けている
 - ③特に定まった紹介先はない
- (3) 経営的支援（コンサルテーション）
 - ①施設職員に経営の専門家がいる
 - ②経営の専門家に定期的に相談している
 - ③経営の専門家に時々相談している
 - ④経営の専門家は居ないが、全て自施設で処理している
 - ⑤④の状況であるが、経営専門家の支援が必要だと感じている

10. 日本透析医会・認定透析施設（室）[仮称]

日本透析医学会認定の透析専門医の存在を基本的必要条件として、その他の幾つかの条件を満たした透析施設（室）を「適正透析施設」（仮称）として日本透析医会が認定するという行き方をどう考えられますか。可否とその理由をお聞かせ下さい。

- (1) ①可とする ②否とする
- (2) 可とする場合、その他の具備すべき条件についてご記載ください。
- (3) 否とする理由をご記載ください。

11. 透析施設（室）の運営上、最近特に腐心している事項をお書きください。（複数回答可）

- ①透析スタッフ（医師・看護師・臨床工学技士・その他）の補充または増員が困難である。
- ②保険制度の変化で経済的に困難になってきた。
- ③経済的理由から、施設/設備の再整備や新設が難しくなり、計器の更新や新設などが困難になった。

- ④後継医師が見つからない。
- ⑤合併症を持つ患者が増加して、ケアの負担が増大している。
- ⑥重症患者などの受け入れ先が確保困難である。
- ⑦透析スタッフの休暇がなかなか取れない。
- ⑧保険点数の改定に納得できないものが多い。
- ⑨透析療法関連の的確な治療指針（ガイドライン）が少ない。
- ⑩その他（ご自由に記述して下さい）

[分担研究報告書]

「透析看護度と適正人員配置基準」に関する研究

「透析看護度と適正人員配置基準」に関する研究

分担研究者 宇田真紀子 日本腎不全看護学会理事長
 川崎 忠行 日本臨床工学技士会会長
 杉崎 弘章 府中腎クリニック理事長
 研究協力者 杉田 和代 昭和大学藤が丘病院
 佐藤 久光 増子記念病院
 日本腎不全看護学会 リスクマネージメント委員会

研究要旨 透析室のスタッフ配置については、適正な人員配置基準や目安が整備されていない。昨年は、透析療法の安全性確保を目標とした適正な人員配置を「透析室看護度分類」を用いて、7施設で予備調査したが、透析患者数に対する現状のスタッフ数の比率をもって適正人員の指標とすることは施設間での差が大きく困難であるとの結論が得られた。今年度は「透析室看護度分類」スケールをより実用性の高いスケールに改良、修正するとともに、それを使用して調査対象を16施設と拡大し、看護ケア（看護度）とスタッフ数の関連性を検討した。その結果、総スタッフ数は総看護度と強い相関がみられ、現状のスタッフ1人当たりの看護提供（必要）度は6.46点という結果が得られた。これは、透析療法の安全性を考えた今後の適正な人員配置を検討するうえで、一つの目安となる数値と考えられる。

A. 研究目的

近年、透析患者の高齢化や合併症を有した糖尿病性腎症患者の増加など、透析室での手厚い看護を必要とする患者は増加している。そのような中で、透析室のスタッフ配置については、病棟のような適正な人員配置基準や目安がなく、各施設の状況に応じた人員配置になっている。

そこで昨年は、透析療法の安全性の確保を目標とし適正な人員配置を検討する目的で、現状の各施設の患者数に対するスタッフ数の割合、そこで実施されている看護ケアを1透析施設で考案された「透析室看護度分類」を用いて、7施設で予備調査を実施した。その結果、透析患者数に対する現状のスタッフ数の比率をもって適正人員の指標とすることは施設間での差が大きく困難であるとの結論が得られた。また同時に、適正な人員配置の決定には各施設の形態・機能、対象患者の状態、さらにはスタッフの業務内容の差などを考慮してスタッフ数を算出して

く必要があることが示唆された。

今年度は前年度の予備調査で使用した「透析室看護度分類」スケールを患者の状態及び実施されている看護ケアをより正確に測定可能な実用性の高いスケールに改良、修正するとともに、それを使用して調査対象を16施設と拡大し、各施設で実践されている看護ケア（看護度）とスタッフ数の関連性を検討した。

B. 研究方法

1. 透析看護必要度

前年度、先の「透析室看護度分類」をもとに、予備調査7施設で実施した結果を基に、より実用性の高いスケールにするために内容を検討し、観察・処置の程度を4段階、自立の程度を3段階と分類した「透析看護必要度分類表」を新たに作成した。この「透析看護必要度分類表」を用いて、資料1, 2, 3のアンケート用紙を作成し、日本腎不全看護学会の評

議委員が所属する 16 施設に配布し回答を求めた。

た。回答 16 施設の背景を表 1 に示す。総同時透析ベッド数 1,258 床、患者総数 4,096 名、施設形態の内訳は大学付属病院 2 施設、総合病院 4 施設、総合病院以外の病院 6 施設、診療所 4 施設であった。

C. 研究結果

1. 回答施設の背景

アンケート配布 16 施設の全てから回答を得られ

表 1 回答施設の内訳

	施設形態	同時透析ベッド数 (床)	総患者数 (人)	患者の割合 (%)
A 施設	大学付属病院	19	58	1.4
B 施設	大学付属病院	10	35	0.9
C 施設	総合病院	64	220	5.4
D 施設	総合病院	154	471	11.5
E 施設	総合病院	35	96	2.3
F 施設	総合病院	50	142	3.5
G 施設	総合病院以外	98	373	9.1
H 施設	総合病院以外	239	841	20.5
I 施設	総合病院以外	138	408	10.0
J 施設	総合病院以外	65	184	4.5
K 施設	総合病院以外	152	539	13.2
L 施設	総合病院以外	46	164	4.0
M 施設	有床診療所	50	140	3.4
N 施設	有床診療所	49	131	3.2
O 施設	無床診療所	74	277	6.8
P 施設	無床診療所	15	17	0.4
合計		1,258	4,096	100.0

表 2 16 施設における患者 10 人に対するスタッフ数

	同時透析ベッド数 (床)	総患者数 (人)	患者 10 人対 有資格者		患者 10 人対 看護師		患者 10 人対 臨床工学技士	
			総数	専従	専従	兼任	専従	兼任
A 施設	19	58	2.59	2.24	2.07	0	0.17	0.34
B 施設	10	35	5.71	4.00	2.86	0	1.14	1.71
C 施設	64	220	2.18	2.18	1.73	0	0.45	0
D 施設	154	471	1.42	1.42	1.02	0	0.4	0
E 施設	35	96	3.33	3.33	2.92	0	0.42	0
F 施設	50	142	1.41	1.41	1.27	0	0.14	0
G 施設	98	373	1.42	1.42	1.07	0	0.35	0
H 施設	239	841	1.4	1.4	1.3	0	0.11	0
I 施設	138	408	1.69	1.69	1.35	0	0.34	0
J 施設	65	184	1.74	1.03	1.03	0.27	0	0.43
K 施設	152	539	1.67	1.67	1.34	0	0.33	0
L 施設	46	164	1.71	1.71	1.34	0	0.37	0
M 施設	50	140	1.29	1.29	1.21	0.5	0.07	0
N 施設	49	131	1.37	0.76	0.76	0.07	0	0.08
O 施設	74	277	1.7	1.62	1.55	0.07	0.07	0
P 施設	15	17	2.65	2.06	1.47	0	0.59	0.59
16 施設平均			2.08	1.83	1.52	0.05	0.31	0.2
全国平均			2.00	0.4	1.33	0.25	0.32	0.11

表3 透析看護必要度測定患者の背景

3-1 性別		
性別	(人)	割合
男性	2,051	54.5%
女性	1,259	33.4%
不明	455	12.1%
合計	3,765	100.0%

3-2 年齢		
年代	(人)	割合
10歳代	3	0.1%
20歳代	40	1.1%
30歳代	165	4.4%
40歳代	349	9.3%
50歳代	895	23.8%
60歳代	1,046	27.8%
70歳代	736	19.5%
80歳代	202	5.4%
90歳代	19	0.5%
不明	310	8.2%
合計	3,765	100.0%

3-3 透析歴		
透析歴	(人)	割合
1ヶ月未満	44	1.2%
～1年未満	349	9.3%
1～3年未満	570	15.1%
3～6年未満	646	17.2%
6～10年未満	723	19.2%
10～15年未満	479	12.7%
15～20年未満	290	7.7%
20～25年未満	203	5.4%
25～30年未満	122	3.2%
30～35年未満	22	0.6%
不明	317	8.4%
合計	3,765	100.0%

3-4 原疾患		
原疾患	(人)	割合
CGN	1,459	38.8%
DM	927	24.6%
腎盂腎炎	29	0.8%
のう胞腎	129	3.4%
腎硬化症	212	5.6%
SLE	44	1.2%
その他・不明	965	25.6%
合計	3,765	100.0%

CGN：慢性糸球体腎炎
DM：糖尿病性腎症
SLE：全身性エリテマトーデス

3-5 腎臓以外の障害部位		
障害部位	(人)	割合
視力障害	302	12.8%
痴呆	121	5.1%
四肢欠損	64	2.7%
循環器障害	699	29.7%
脳血管障害	231	9.8%
呼吸器障害	97	4.1%
その他	838	35.6%
合計	2,352	100.0%

2. 患者10人に対するスタッフ数の割合

16施設の患者10人に対するスタッフ数の割合を表2に示す。全国平均の2.01人を上回っている施設が5施設あるのに対して、11施設が下回っていた。特に大きく上回っているB施設では、患者10人に対するスタッフ数の割合5.71人であり、M病院の約4倍にあたり、昨年同様に各施設間で差が顕著であった。施設形態でみると大学付属病院、透析患者数の少ない総合病院で全国平均より上回ってい

る傾向を示した。

職種別では、看護師の割合は、全国平均の1.58人を上回っている5施設に対して、11施設が下回っていた。中でもB、E施設で2.86人、2.92人と他の施設に比べて突出して厚い看護配置が採られていた。

臨床工学技士では、全国平均の0.43人を上回っている施設が3施設、下回っている施設が13施設であった。中でもB施設では専従のみでも1.14人であるのに対して、常勤なしの兼務のみの施設が2施設あり、臨床工学技士の割合には、看護師以上に差がみられた。この差は施設間での臨床工学技士の業務内容が看護師以上に異なっていることが一因と推測された。

3. 透析看護必要度

1) 看護必要度測定患者の背景

表3-1, 2, 3, 4, 5に看護必要度測定患者3,765名