

透析医療と看護師の専門性の深化

佐藤久光

日本腎不全看護学会前理事長/増子記念病院

key words : 血液透析, 看護師の専門性, 療法選択, タスク・シフティング

要 旨

今日、腎臓病領域における看護師には新しい役割が付加されてきている。患者の総合的な視点に立って、多職種との連携や調整という役割や多様な腎代替療法のなかで、よりその患者に適した治療法を選択できるよう「療法選択」を支援する役割、さらに、透析導入を遅らせるための慢性腎臓病（CKD）の予防的役割である。

こうした専門性を深めることや予防的な役割を担うことは、腎臓病領域に限ったことではなく、すべての医療で求められてきている。2015年には厚生労働省は特定行為研修をスタートさせた。公益社団法人日本看護協会はそれとリンクし、特定行為研修をはじめ、より高い能力を持った看護師を育成することを目指している。

これらの新しい動きは、国民の高齢化と要介護者の増加、地域包括ケアの推進という流れのなかで生まれてきた。地域や施設で腎代替療法を受けている患者に対して、直接関わっている看護師には、高い専門的知識に基づき、医学的な判断や処置ができる能力が求められてきている。「透析室の看護師」とは一括りにできない今日の状況にあって、自身の目指すべき役割と方向性を自覚し、専門性を深化させる必要がある。

はじめに

21世紀に入り、看護師の専門性の深化という流れが加速してきた。2015年、厚生労働省は、保健師助

産師看護師法に特定行為研修制度を組み込んだ法改正を行った。それを受け、公益社団法人日本看護協会は特定行為研修制度をスタートさせた¹⁾。一般社団法人日本NP教育大学院協議会は、2008年から「診療看護師」の養成教育を開始した。同じ頃、日本看護系大学協議会は高度実践看護師（Advanced Practice Nurse; APN）教育課程の認定を始めた。

さらに日本看護協会は、「ナース・プラクティショナー制度」（仮称）の構築を視野に入れている。特定行為は、「医師の指示のもとでの診療の補助行為」の枠を超えないが、それでは対応できない現場のニーズもある。「ナース・プラクティショナー」は、医療資源が限られた地域において、現行法では認められない新たな裁量権を持ち、看護師が自身の判断と責任で医療を提供する仕組みを導入・発展させようとするものである²⁾。

この一連の流れは、少子高齢化の進行、医師不足、働き方改革の推進という時代背景から必然的に生まれてきた。腎臓病領域においては、「医師不足を看護師が補う」という「タスク・シフティング」ではなく、患者に対し、より安全で良質な医療を多職種が協働してどのように提供していくのかというチーム医療の視点から捉えている。本稿では、これまでの腎不全領域における看護の経緯を振り返り、これからの看護師の役割について私見を交えて述べる。

1 わが国の透析室をとりまく「変化」

1-1 看護師数・技士数の変化

「患者10人対専従看護師数」は1984年では1.66で

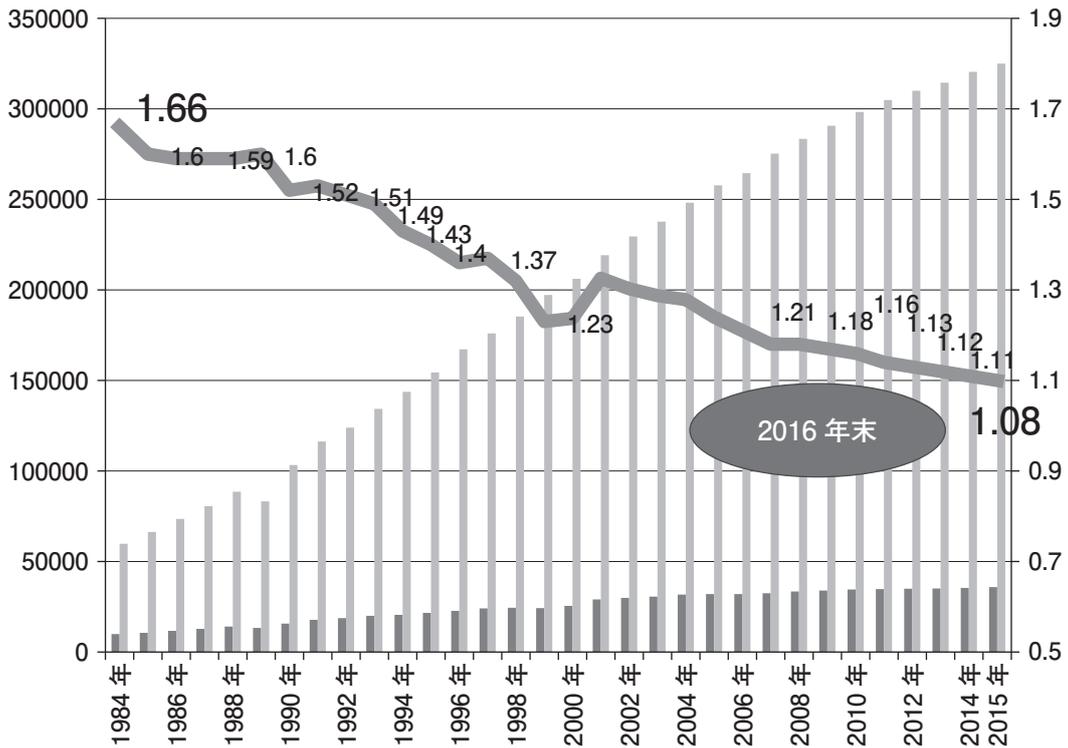


図1 患者10人対専従看護師数の推移 (1994~2016)
(文献1より作図)

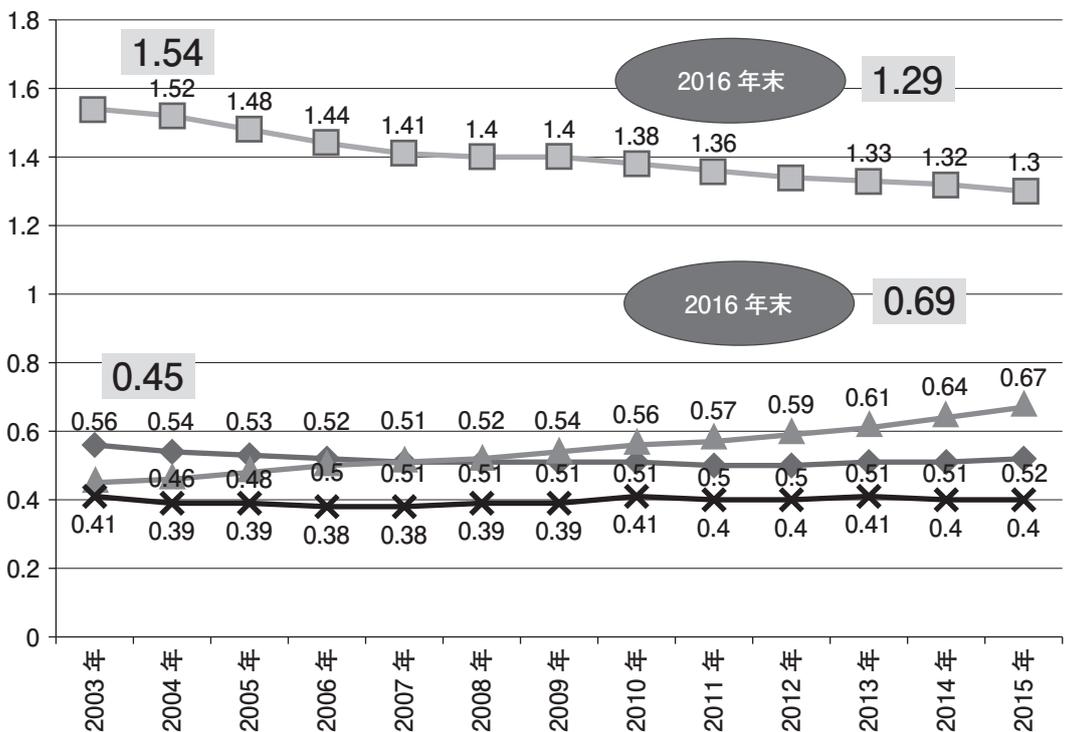


図2 患者10人対看護師・臨床工学技士数(専従+兼務)の推移 (2003~2016)
■: 看護師, ▲: 臨床工学技士, ◆: 医師, ×: 看護補助者
(文献2より作図)

あった。つまり、看護師1人で6.02人の患者を見ていた。それが2016年には1.08となった。看護師1人で9.26人の患者を看ていることになった¹⁾(図1)。

「患者10人対専従・兼務看護師数」についてみると、2003年では1.54であったが、2016年では1.29に減少した。一方、臨床工学技士(以下技士)についてみると、2003年は0.45であったが、2016年末では0.69に増加した²⁾(図2)。

この数字を透析室における看護師対技士の数の比率からみると、2003年は技士1人に対し看護師は3.4人であったが、2016年末では技士1人に対し看護師は1.87人となった。技士と看護師の数の比率としては、この13年間で約1.83倍に技士数が増加したことを意味する。

1-2 患者状況の変化

2003年の透析患者数は229,538人であったが、2017年末には334,505人まで増加した(1.46倍)。また2003年の導入患者の平均年齢は64.7歳であったが、2017年末には69.68歳まで上昇した。導入の原疾患は2003年では糖尿病性腎症が41%で腎硬化症は8.5%であったのが、2017年末では糖尿病性腎症が42.5%、腎硬化症が14.2%となった³⁾。高齢化の進行による血管病変が基礎にあり、心血管系や脳血管性の合併症の増加、要介護者の増加など明らかな変化が認められる。

透析患者数が増加し、高齢化・腎硬化症・糖尿病性腎症で透析を開始する患者が増えていることは、重症化、合併症の増加、要介護者の増加と直結している。そのため、看護の「手の掛かり度」は高くなっていることは明白である。増員された技士に看護の「手の掛かり度」の高い患者をケアできるのか、国家資格の違いからみてもそれは否である。また、技士には技士の専門性を発揮すべき新しい役割が付加されてきている。

1-3 血液透析室のハード面の変化

近年、わが国の医療現場では、急速に電子カルテの導入が進んだ。透析室では、透析監視装置の機械化・電子化が加速した。自動返血などの自動化や水管理システムのいっそうの進化、オンライン血液濾過透析(HDF)の普及などの透析方法の多様化が進み、技士の役割・守備範囲は拡大してきている。と同時に「臨床工学技士基本業務指針」³⁾では、「患者とのコミュ

ニケーションを十分に図り、体調変化の有無など治療前に必要な情報を得ること。特にバスキュラーアクセスは治療効果に直結する因子として重要であり、触診、聴診などで不良が疑われる場合は、超音波診断装置などを用いてアクセス流量の確認を行う」と明記されており、看護師業務と共通する業務を担うことになっている。具体的には、バスキュラーアクセスへの穿刺、留置カテーテルからの採血、バイタルサインのチェック、患者との対話から情報を得る、終了時投薬、採血施行、返血、抜針等である³⁾。

1-4 血液透析室のソフト面の変化

病院勤務の看護師にとって部署の配置転換は日常茶飯事であり、また、女性看護師にとっては、出産・育児期間の休業は不可避である。2006年度の診療報酬改定では、「7対1入院基本料」が導入され、常勤看護師は病棟に配属され、外来部門である透析室には、パートや育休明け、短時間勤務、夜勤のできない看護師が多く配属されるようになった⁴⁾。血液透析を開始する際の穿刺技術は長期に勤務している技士のほうが上達しやすい。血液透析患者の多くは、「穿刺の上手な人が良いスタッフ」と感じている。こうして、いつの間にか、透析室では、「技士が上、看護師は下」となってきた。「技士の先生」と呼ぶ新人看護師やパートナーもいる。技士の管理下で看護師が働くというクリニックも増えてきているという印象がある。

近年の透析室の看護師は、直接患者に触れる機会が減ってきた。電子化が進む以前では、看護師は、1時間毎のバイタルサインのチェックで、直接患者の手首に触れ、1分間の「振れ合い」の時間があつた。そこがコミュニケーションの機会となり、多くの情報を得ていた。しかし、今日では、監視装置の画面や電子血圧計をチェックして記録するようになり、患者との接触の機会が減ってきた。栄養指導は管理栄養士、リハビリは理学療法士、介護は介護スタッフという各専門家が存在し、「患者の一番身近にいるのは看護師」と言われたのは、血液透析の現場では、もう過去のことになりつつある。

1-5 新しい役割

透析療法におけるこれらの変化は、この療法に関わる看護師に新しい役割を付加した。それは患者の総合

的な視点に立って、多職種との連携や調整という役割である。また、高齢化してきた患者に対して、多様な腎代替療法のなかで、よりその患者に適した治療法を選択できるよう「療法選択」を支援する役割である。さらに腎不全患者（CKD）の透析導入を遅らせる予防的役割である。

患者を総合的に評価し、患者の立場に寄りそうという姿勢は当然であるが、そこでは身体的側面だけでなく、心理的、社会的、家族的背景を考慮することが求められる。それを適切に判断し、行動するためには高い専門性が求められる。単に体外循環治療を安全に実施すればよいというレベルではない。療法選択についても、あらゆる腎代替療法について精通した医学的知識も必要である。

2 透析開始前の患者との関わりとプロ意識

2-1 透析開始を拒否する患者

「透析に入るくらいなら、死んだほうがまだ」。10年ほど前、A氏（70歳代、男性）は私に言ってきた。「透析はそんなに嫌ですか」と尋ねると、「絶対嫌だ」と返答した。「何がそんなに嫌なんですか」とさらに尋ねると、「嫌なものは嫌だ」と頑固であった。私は、「ともかく、一度、透析室を見に行きませんか」と誘った。A氏は不服そうな表情ではあったが、ついてきてくれた。「これが透析室です。高齢の方もいらっしゃいますね。透析が終われば、皆さん、普通の生活をされていますよ。いかがでしょう」とゆっくり案内しながら尋ねてみた。するとやや表情が緩んで、「それにしても、テレビを観たり、食事したり、笑っている患者も……」と漏らした。その後も何度か外来受診する度に顔を合わせた。次第に透析開始に前向きになっていった。それから3カ月後、A氏は内シャントの作成に応じ、血液透析を開始した。実際に透析の現場を見てもらうことと、ゆっくり時間をかけることは、不安の大きい患者にとって大きな効果があると言える事例であった。

2-2 透析開始を拒否する患者の心理

「透析に入るくらいなら死んだほうがまだ」と口にする患者は多い。その中身は、「透析と聞くだけで辛いというイメージある」「好きなことを今までやってきた。もういい」「自分のために高額な医療費を使

うのがもったいない」「週に3回も病院に通うなんて大変だ」「透析中は苦しいのではないか」「赤い血が外に出て回っている。考えるだけで怖い」「毎回、太い針を刺されるのが痛くて辛い」「家族の負担が大きくなる」等々と様々である。しかし、それらはイメージのレベルである。実際に透析現場を見学したり、調理実習などに参加したりして先輩の透析患者の様子を見ることで、大きく気持ちが変わるものである。そして、そのためのゆとりある時間を、1カ月とか2カ月とかの期間を設け、十分にとることが非常に重要なことである。

2019年2月、東京都の公立福生病院で44歳の女性が透析を拒否して死亡した事例が報道された⁴⁵⁾。現在、遺族は「透析を再開してほしいと望んだのに拒否された」として病院を訴えている。「治療を受けないことも患者の権利」であるが、「人生の最終段階」とはいえない患者に対しては、医療従事者は治療を受けることについて繰り返し説明するべきだろう。

2-3 プロと素人

近年、医療界ではインフォームド・コンセントが当たり前に行われている。十分な説明をしたうえで患者および家族が自由意思で治療法を選択するというものである。もちろん、その中には治療を拒否することも含まれている。しかし、患者の意思を尊重するという名のもとに、専門家・プロとしての役割を放棄していないかと疑問を感じることもある。資格を持つ医療従事者である我々は、お金をもらって仕事をしているプロである。透析療法についての専門家である。一方、患者や家族にとっては知らないことだらけの素人である。場合によってはインターネットなどにより、嘘の情報で誤解している場合もある。そうした対象に対して、数十分の説明では理解できるはずがない。また、頭で理解できても心情的には納得できないというケースが起こるのは当然のことである。

仮に血液透析を選択するといっても、そこには様々な選択肢がある。おそらく、我々プロの医療従事者なら、「自分が患者の立場ならこれをするだろう」という考えを持っているはずである。だから、「もし、私があなたの立場なら〇〇を選択しますが、強要はしません」というのがインフォームド・コンセントの在り方だろう。そして、患者や家族には選択のための十分

な時間と環境を提供する必要がある。そこに関わるのは、医師だけでなく、看護師等を含めた医療者側と患者および家族（キーパーソン）が話し合いを重ね、意思決定をする。その際、医療者側と患者側は「プロ」と「素人」という差があり、決して「平等」ではない。現場を見せ、ピュアミーティングを開くなど、可能な限り時間と場所を提供し、「私ならこうする」というプロとしての提案があって患者側が自ら決定することが望ましい。

もし、前述のような「透析は受けない」と拒否されたとしても、繰り返し何度でも説明を繰り返すこと、そしてそのための時間を設けようとするのがプロとしての姿勢であろう。

3 血液透析患者の特徴と透析室看護師の専門性

3-1 平等ではない立場

その腎代替療法を受けなければ、死を意味するという命に直結した療法を受けているという点で、透析療法は大きな特徴がある。それは、医学的に明確なエビデンスの確立した療法であることも意味している。腎機能が廃絶した患者にとって、1週間から10日ほど透析を受けなければ死を意味することは広く知られている。災害が発生したときも透析患者は優先的に救援の対象となることが公的に認められている⁶⁾。

そのため、血液透析患者は、透析施設の医療従事者（看護師）に対し、大きな感謝の念と同時に「文句が言えない」という負い目を常に持っている。そのことを患者側が意識しているのに関わらずそうである。透析患者の立場は明らかに「負い目」を深く刻みこまれた存在であり、ここでは医療者と患者との間の平等は存在していない。

人と人との間においては皆平等ではある。しかし、常に命と向きあっている患者がいて、その命は透析施設で治療を受けなければならないことを考えあわせたとき、彼らは、無意識のうちに「へりくだった」姿勢とならざるをえない。大声を出したり、スタッフに怒鳴ったりする患者もいる。しかし、それは命がけの訴えなのである。檻の中にライオンとウサギを入れて「平等」とは言えない。怒鳴る患者はウサギであり、新人で若い看護師であっても、実はライオンである。看護師は「あの患者が苦手だから仕事に行きたくない」ということもできるが、患者は「あの看護師が苦

手だから治療に行かない」とはできないのである。ここにも血液透析室で働く看護師には大きな責任と役割がある。

3-2 長期に関わる人間関係

血液透析療法は週3回、1回4時間から5時間の治療を、生涯にわたり継続しなければならない。そのため、患者と医療従事者（看護師）の間には、継続的で長期の人間的な関係が形成される。透析室で勤務する看護師のなかに、「透析室では患者が横柄でわがままな人が多い。私は透析室では働きたくない」というスタッフも散見される。しかし、逆に「透析室の看護は最高である。長期に関われるため、患者の人間性と正面から向き合えるし、血液検査データも確実に得ることができるため、評価がしやすい。看護を科学的な水準で評価するためには他にない有利な条件が揃っている」と前向きに捉えている看護師もいる。透析療法の現場では、この両者の違いが鮮明になる。それは、人間対人間との関係における相違である。

その様々なタイプの患者とうまく関わっていける幅広い人間性と、人間的な関わりが好きであるという人材でなければ、この療法に長く関わっていくことができない。透析室で長く勤務している看護師は、ただそれだけで、実は優秀な看護師であるとみることも可能である。

3-3 看護師を観察する患者

患者は、透析現場での状況を常に観察している。穿刺の上手なスタッフは誰で、どの看護師は経験が浅いとか、あの看護師は将来、主任になる人だとか、この看護師とだけは距離をおきたい、などとスタッフの能力や人間性など、おそらく、職場の上司よりもスタッフの日常の仕事ぶりをつぶさに知っている。どの看護師がどの患者に対しどう振る舞っているかを患者は常に観察している。

例えば、その患者には一度も穿刺したことがないスタッフなのに、「あなたに穿刺してもらうのを待っていました」という患者がいた。それで、「何故ですか。私は今日、初めてあなたに穿刺するのですよ」というスタッフに対し、「だって、あなたは他の患者さんに対してとても素敵な対応をしていたことをよく知っていましたよ。それに待合室では私と同じシフトの患者

があなたは『穿刺が上手なうえに、丁寧で優しい看護師さんです』と話していたからよ」と。

3-4 体外循環治療における看護師の医学的判断の必要性

血液透析療法に携わる看護師は、大きく揉まれ、育ってきた。それはわが国の看護の一つの方向性を示すものとなりえた。血液透析療法は、心と体と社会性を含む、全体像を網羅したホリスティックな関わりの中から営まれる医療と看護である。そうした特殊性がある分野であったため、透析室での看護は総合的なものにならざるをえなかった。さらに腎臓の病気は血管の病気であり、全身に影響を及ぼす疾患であるため、必然的に体外循環治療という特殊な状況から医学的な対応を常に要求されていた。患者の命を守るためにということから、またワンフロア同時透析という環境から、看護師はその都度、適切な医学的判断を下し、除水設定を変更したり、返血して様子を見たり、足を上げて血圧を維持させたり、除水量も患者と相談しながら決めていた。血液透析の現場では、医師がマンツーマンで傍にいることは不可能である。体外循環治療という危険と隣り合わせにいる医療では、各患者に対する医師の個別の具体的指示や継続指示のもとで、看護師が診療の補助業務を適切に実施する必要があった。

そこでは、患者と看護師との強い信頼関係がベースになければならない。あなたなら任せられる、あなたなら命を預けられる、あなたに会えるから透析に来るのが楽しみ、という深い信頼に基づく関係性が、日常的にこの医療現場では存在していなければならなかったのである。そしてその関係性は両者の間で無意識のうちに形成されざるを得なかった。

4 看護師の専門性の深化

4-1 療法選択支援が可能な高い専門性

血液透析を選択する患者が圧倒的に多いわが国の現状は不自然である、という社会的な認識がある。「療法選択」について、新しい視点から患者とその家族の立場に立って臨むことが重要である。腎機能が廃絶しようとしている段階の患者とその家族に対しては、できるだけ早期に関わり、十分な時間をとり、「療法選択」の観点から必要な情報を提供し、それだけでなく、プロとしての提案もしたうえで、患者自身および家族が自ら判断できるよう支援することが必要となる。透

析室に勤務する看護師の「専門性の深化」により、こうした場面で適切に支援できるようにしなければならない。

腎代替療法は今日、多様化している。血液透析にも、朝透析・昼透析・夜間透析・深夜透析・血液濾過透析・長時間透析・在宅透析など様々である。腹膜透析にも、CAPD、APD、CCPD、ハイブリッドPDという選択もある。腎移植にも生体腎移植と献腎移植がある。これら多くの選択肢の中からその患者に最も適した治療法を選択できるよう支援する必要がある、そのための豊富な知識やコミュニケーション能力が問われるのである。

4-2 維持透析期における看護の専門性

血液透析であろうと腹膜透析であろうと、移植をしない限り長期間継続が必要な治療であるため、どのようにして合併症を予防するかが重点的な課題となる。透析時間、透析液の組成の検討、HDFの適応か、あるいは、血液透析・腹膜透析併用療法が必要かなど、より安定した透析を受けられるような支援が必要となる。そこでは、医師はもちろんであるが、看護師だけでなく、臨床工学技士や管理栄養士、理学療法士など多職種がチームを組んで向き合うことになる。「チーム医療の調整役」という看護師の役割がここで発揮されなければならない。

血液透析を開始したからこれで「療法選択」は終わったとは言えない。血液透析の中にも多様な選択肢がある。献腎移植を待っている患者もいる。長時間透析をして長生きしたい患者もいる。家族の状況が変化したため在宅透析が可能となった患者もいる。その場合、短時間頻回透析ができるかもしれない。

昼間の仕事を持って社会復帰している患者にとっては、夜間透析をしても、夜間の睡眠時透析という選択肢もあるかもしれない。わが国の血液透析を受けている患者のなかには、導入期に「療法選択」についての時間がなく、あるいは、情報不足から、選択の余地もなく血液透析にならざるをえなかった患者が多い。そこでは、改めて、治療法について選択することも可能であることを示し、情報提供し、その患者の生命の質(QOL)に最も適した療法を提供する義務がある。たとえ、その施設ではできなくても、他施設では可能なら、そうした提案がなされるべきである。

4-3 合併症の予防と看護の専門性

透析患者の死亡原因をみると、一般人では「悪性新生物」が突出して第1位であるのに対し、その1~3位を「心不全」、「感染症」、「悪性新生物」が占めている³⁾。したがって、透析患者に対しては、心臓・血管病と感染症にとくに注意が必要になる。さらに、それらと深く関わっているアミロイドーシスや骨、カルシウム代謝異常に対する管理が重要となる。看護師として、最も警戒すべきは感染症である。免疫力の低下から易感染者である透析患者にとって、インフルエンザなどの流行性感染症は、肺炎を併発するなどにより重篤な事態を招く可能性がある。肺炎球菌ワクチン、インフルエンザワクチンの接種、施設による感染対策の実施・サーベイランスなどに看護師は主体性を持って関わることを求められている。

2017年の死亡患者数は321,518人であり、粗死亡率は10.12%であった³⁾。生命予後としては、健康な人の命の半分程度である⁷⁾。透析患者の死亡率をさらに低下させるためには医学的な関与が不可欠であり、看護師に求められる専門性がより大きくなってきている。

5 看護の専門性の深化

5-1 タスク・シフティング

OECD加盟36カ国のなかでわが国の医師数は32番目と少ない。人口1,000人当たり2.4人である。看護師は人口1,000人当たり11.3人で、第10位の位置にある⁸⁾。国際的にみればわが国は相対的に看護師が多く、医師が少ないといえる。

タスク・シフティングとは、世界保健機関（WHO）が医療人材不足を部分的に解決する手段として提唱したものである。ここでの医療人材不足とは医師不足のことである。タスク・シフティングが世界的に注目されるようになった要因はアフリカにおけるHIV/AIDSの流行であった。医師だけによるHIV陽性者の診断や治療が困難になり、看護師等に医療行為を任せざるを得ない状況が出現したのである⁹⁾。しかし、今日取り上げられているタスク・シフティングは単に医師不足を補おうとするものではなく、チーム医療のさらなる深化を求めている。医療の現場は医師を中心にしたものから多職種が協働して患者や家族の全体像から関わることを求められてきているからである。

腎不全領域では、とりわけ血液透析療法においては

前述のように特殊な治療形態をもち、30万人以上を抱える患者に安全に医療提供するためには、タスク・シフティングは当初から不可避的に行われざるを得なかった。医師による特定の患者に対する「手順書」（「複合的指示」「継続指示」「個別の具体的指示」=以下手順書）があれば、透析治療における診療行為のほぼすべてにおいて、現行法の枠のなかで看護師は実施可能である。

5-2 体外循環治療開始の判断

「週3回、月水金の午前、4時間の血液透析」という継続指示がある。その指示に基づき、患者は体重を測定し、所定のベッドに行く。看護師や技士が除水量を決定したりしながらバスキュラーアクセスに穿刺して体外循環治療を開始する。これは一般の透析施設で行われていることである。しかし、手順書があるとはいえ、体外循環治療を実施する際は、医師の診察があり、医学的に問題はないと判断されて治療を開始するのが本来の在り方である。しかし、わが国では、30万人の血液透析患者がいて、医師は、専従と兼務を合わせても16,800人ほどである⁵⁾。この数の医師が毎透析日に事前に診察するというのは現実的ではなく、実際には看護師や技士により治療を開始している。

体外循環治療を開始する前に検査や与薬が必要なケースも度々ある。その際、看護師は、適切に観察し、必要があれば医師の診察を待ってから治療を開始するという判断が求められることもある。

5-3 与薬の判断と看護師

特定の患者（A氏）について「血圧が180 mmHg以上の場合、降圧剤〇〇を内服させる」という「手順書」があれば、看護師は降圧剤〇〇を内服させることが可能となる。この場合、看護師は「透析前、患者の血圧が185 mmHgだったため、〇〇を内服させた」とカルテに記載する。ただし、看護師は、透析前の患者の血圧値185 mmHgに対し、その他の症状の有無、体液バランス、服薬状況などを観察して与薬したという事項も追記することが望ましい。この判断は高度な観察力と適切な判断力を持ったハイクオリティな看護師を求めることになる。

5-4 生体検査の判断と指示

特定の患者（B氏）について「咳嗽，呼吸困難感の訴えなど呼吸機能障害を疑わせる症状を確認したら透析前に胸部X線撮影を実施する」という手順書があれば，看護師は胸部X線撮影を実施するよう手配できる。この場合，看護師は「咳嗽，呼吸困難感の訴えなど，呼吸機能障害を疑わせる症状を確認したため胸部X線撮影をするよう手配した」とカルテに記載する。ここでも適切な判断力と正確な知識が求められる。

5-5 血液検査の判断と指示

特定の患者（C氏）について「透析前に体温測定をすること，体温が38℃以上ある場合，透析前の採血で血算を追加すること」という「手順書」があれば，看護師は血算の血液検査を手配できる。この場合，看護師は「体温が38℃だったため，透析前の採血で血算を追加した」とカルテに記載する。

このように，医師による「手順書」があれば，看護師は現行法の枠のなかで，医学的な行為を診療の補助業務として実施可能となる。それは血液透析室に勤務する看護師ならだれでもできるというのではなく，一定の研修を受け，能力的にも高い水準にある看護師に任せられる業務である。そのための研修制度や新しい資格を持つことが求められている。だからといって，一般の看護師がやってはならないというのではなく，チームで分担しあいながら，協力しあって安全に確実にできるようにすることが重要である。

6 これからの「透析室の看護」

今日，もはや「透析室の看護師」と一括りにできなくなってきた。「療法選択」の支援ができる専門性の高い看護師，医師の「複合的指示」「継続指示」「個別の具体的指示」のもとで，医学的判断を伴った診療の補助ができる看護師，看護協会による特定行為研修を受け，あるいは看護大学，大学院への進学に向かうことを目指す看護師，地域包括ケアの中で多職種と連携・調整のできるコミュニケーション能力の高い看護師，安全，安楽，安心な体外循環治療を支援できる看護師といったように，いくつかの方向性が出てきた。

さいごに

看護師一人ひとりの生活状況の多様性は大きい。未

婚者か既婚者か，小さな子どもがいるかいないか，勤務先，学歴その他で大きく異なる。それぞれの置かれた状況に応じた役割が求められる。血液透析を安全に施行することに特化した看護師もいれば，療法選択について多職種との連携や調整役を務める看護師も必要である。より高度な知識や技術を得るために大学や大学院に進学したり，認定教育や特定行為研修を受けたりする看護師も必要である。

ますます多様化する社会的ニーズのなかで，腎臓病領域における看護師には自分がどのような役割を担おうとするのかという新しい選択が求められている。もはや「透析室の看護師」と一括りにはできない。腎不全領域におけるそれぞれが異なった役割を持った多様な看護師像が生まれる段階になってきた。

本論文発表に関連し，開示すべきCOI関係にある企業などはありません。

文 献

- 1) 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（1984/12/31現在～2017/12/31現在）。
- 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（2003/12/31現在～2016/12/31現在）。
- 3) 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（2017/12/31現在）。
- 4) 厚生省の指標「国民衛生の動向 2018/2019」2018：58。
- 5) 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（2016/12/31現在）。

参考 URL

- 1) 日本看護協会「特定行為研修」<https://www.nurse.or.jp/nursing/education/tokuteikenshu/index.html>（2019/12/7）
- 2) 日本看護協会「ナース・プラクティショナー（仮称）」https://www.nurse.or.jp/nursing/np_system/index.html（2019/12/7）
- 3) （公社）日本臨床工学技士会 血液浄化業務指針検討委員会「血液浄化業務指針」https://www.ja-ces.or.jp/01jacet/shiryou/pdf/2012gyoumubetsu_gyoomushishin03.pdf（2019/12/14）
- 4) 田辺三菱製薬「入院基本料」https://medical.mt-pharma.co.jp/support/sh-manual/pdf_2018/sh_19.pdf（2019/12/10）
- 5) 毎日新聞「医師が「死」の選択肢提示 透析中止，患者死亡 東京の公立病院」<https://mainichi.jp/articles/20190307/k00/00m/040/002000c>（2019/12/10）
- 6) 厚生労働省「災害時の人工透析提供体制の確保について（平成19年8月23日）」https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00tb4075&dataType=1&pageNo=1（2019/12/10）

- ‡7) 日本透析医学会統計調査委員会「図説 わが国の慢性透析療法の現況（2005年12月31日現在）」https://jinentai.com/doctor_qas/27（2019/12/14）
- ‡8) 「社会実情データ図録：Honkawa Data Tri ぶね 医師数・看護師数の国際比較（OECD 諸国，2017年又は直近年）」
<https://honkawa2.sakura.ne.jp/1930.html>（2019/12/10）
- ‡9) 厚生労働省「タスク・シフティングについて（藤川参考人提出資料）」<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002p34z-att/2r9852000002p3dq.pdf>（2019/12/15）