

XI 考 察

老人保健診療報酬に退院患者継続看護・指導料が設定された1983年以降、訪問看護を実施する病院は年々増えている。ことに保険適用される訪問看護の範囲が大巾に拡大した1988年以降に訪問看護を開始した病院は多い。

とはいえ、過半数は病棟や外来業務のあい間に、2～3人の看護職が週に1～2回訪問するといったもので、対象者数や訪問件数も少なく、まだ軌道に乗っているとはいえない病院が多い。しかし、訪問看護を専門に行う部署を設ける、あるいは訪問件数が月50件を超えるなど、訪問看護を本格的に実施する病院も確実に増加している。

多くの病院で、訪問看護担当者が少ないこと、採算ベースにあわないこと、医師往診体制がないことが訪問看護推進上のネックになっている。ことに、1990年4月より、診療報酬の訪問看護・指導料の算定要件として「訪問看護・指導を実施する保険医療機関の医師の診療の日から30日以内に行われた場合」と明記されたことにより、医師往診体制のない病院では、訪問看護がやりにくくなったと考えられる。事実1985年の調査と比べ、「開業医が往診」、あるいは「受診していない」など、自病院の医師に受診していない患者を対象とする訪問看護を行う病院は減っている。

訪問対象者の中で、自病院医師に受診していないケースが多いという病院は多くないが、そのような病院の訪問看護は、それ以外の病院のものとは比べ次のような傾向がみられる。「チューブ類や器具を装着しており観察や指導が必要」、「注射、傷の手当て、チューブ類の交換などの医療処置が必要」を訪問対象者選定基準の1位にあげる病院が多く、訪問看護婦が「膀胱洗浄」、「導尿」、「留置カテーテルの交換」、「気管カニューレの交換」、「経管栄養チューブの交換」を行っている対象者の比率が高い。また、訪問看護を患者・家族が依頼し、訪問対象者を実質的に決めるのは、医師ではなく看護職であるところが多い。さらに、訪問先で行う業務の巾が広い、などである。

このことから浮かび上がるのは、引き続き医療処置を必要としながら往診してもらえない、あるいは通院できない患者を、看護婦が支えているという姿である。もともと病院看護婦がやむにやまれぬ気持で始めた訪問看護は、このようなものであったと思われる。しかし、そのような訪問看護の経済的な裏付けはない。

訪問看護がなかなか軌道に乗らない病院が多い中で、一部に看護婦1人1日の訪問件数が異常に多い病院が出現しており、採算優先によるサービスの質の低下が懸念される。早急に訪問看護サービスの評価基準を作成し、サービスの質をチェックする何らかのしくみを作る必要がある。

入院が長期化する患者が増える中で、在宅療養への移行をスムーズにするために訪問看護を開始する病院は多い。しかし、退院できない理由は、特に老人患者では、家族介護力が乏しいためである場合が多い。

1985年調査と比べ、訪問対象者は80歳以上の後期高齢者が増加している。そして、独居者が1割弱、介護者が65歳以上の老人であるケースが約3割と、家族介護力の乏しい対象者が多い。1985年調査と比べ、終末期に入院せず、訪問看護を受けながら在宅のまま死を迎えた対象者の比率が低下している。これも、家族介護力の低下によると思われる。

訪問看護を開始して年数を経ている病院ほど「家族の介護力が乏しく、訪問看護だけで支え切れないケースが多い」、「地域に引き継ぎたいがなかなか引き受けてもらえない」ことを問題視する病院が多い。今後病院が訪問看護をすすめる上で、在宅福祉サービスをはじめ、多様な在宅ケア関連サービスとのドッキングが、以前にも増して重要になっている。今後それらのサービスの拡充、および在宅ケアのネットワーク作りが必要である。