

調查結果

調査の結果

活字大25

1 訪問看護実施の概況

1) 訪問看護実施病院数

現在、全国に訪問看護実施病院はどれ位あるだろうか。今回の調査で訪問看護を実施していることがわかった病院の数は、未回答の病院への問い合わせで確認されたものも含め、350である(一般病院全数に対する比率4.1%)。これは、「病院職員が勤務時間内に(あるいは残業扱いで)業務として行っている」場合に限定されている。

このほか、何らかの訪問活動(「ボランティアとして」、「特殊ケースのみ」、「試みとして」、「事例研究として」、「必要に応じて稀に」、「往診時同行して看護指導をする」など)をしている病院300余が、予備調査、本調査及び未回答病院への問い合わせから把

握できた(表2)。

なお、昭和54年に全国ホームケア研究会にて実施された、100床以上の病院全数を対象とする調査^(注)では、83の訪問看護実施病院が把握されている。このうち、「病院サービスの一環として、正式に位置づけられている」ものは半数強である。今回の調査で「勤務時間内に業務として行っている」病院のうち、100床以上に限定すると、255である。これらの数字でみる限り、訪問看護実施病院は、この6年間に3～5倍になった、ということになる。急速に増えたのは、後述するように、昭和58年以降である。

今回の調査では、現在は訪問看護を実施していないが、将来実施の計画をもっている病院も把握されており、その数は約650、うち180は3年以内実施の見込をもっている

表2 訪問看護実施・実施予定病院数

	予備調査	本調査	締切後回収及び事後調査	計
病院職員が勤務時間内に業務として行っている		321	29	350
病院職員がボランティアとして行っている	136	} 31	} 63	} 310
何らかの訪問活動をしている	80			
病院として実施することが決定している(3年以内に限る)	180*			
実施計画はあるが3年以内実施の見込はない、検討中	466**			

注：* うち18は「ボランティアとして行っている」にも計上されている

** うち30は「ボランティアとして行っている」にも計上されている

(前掲表1)。

注) 全国ホームケア研究会「医療施設における訪問看護実施状況——調査結果及び訪問看護施設一覧表」, 昭和59年9月, 同研究会(事務局 東京白十字病院 島田妙子) 発行。

2) 訪問看護実施率の都道府県格差

有効回答票の県別分布は表3のとおりである。これが訪問看護実施病院のすべてではないが, それらの数の県内一般病院数に対する比率を算出してみた。その値でみる限りにおいて, 訪問看護実施率が高い県は, 鳥取, 新潟, 山梨, 秋田, 青森, 島根, 長野, 静岡の順である。

これら8県のうち鳥取, 新潟, 島根の各県は病床数に対する看護職員数が全国ベスト5に入る県であり, そのほかの県も山梨を除いて全国平均を上廻っている。また, 青森, 静岡を除く6県は, 65歳以上人口がいずれも12%以上であり, 全国平均(10.2%)をかなり上廻る老人の多い県である。

他方九州, 四国の各県はどこも訪問看護実施率が低い。これらの各県は沖縄を除いて, いずれも老人人口比率は上述の実施率の高い県と同程度に高いけれども, 人口に対する病床数, 平均在院日数が全国平均をかなり上廻っているという特徴がある。つまり, 老人は多いけれども入院が続けやすいため, 在宅ケアニーズが低いと考えられる。

これに対し実施率の高い島根県は老人人

口比率が全国一であるにもかかわらず平均在院日数は全国並である。静岡, 新潟, 長野の各県は老人人口比率が全国平均以上で, 平均在院日数は全国平均39日を大きく下廻り33日以下である。

これらのことから, 訪問看護の実施に影響しているのは, 看護職員数のゆとり, 及び老人人口比率が高いにもかかわらず人口に対する病床数が少なく長期入院ができないという事情であると考えられる。

3) 訪問看護実施病院の属性

訪問看護実施病院は他の病院と比べて何らかの特徴が見い出されるであろうか。そのことを知るために, 一般病院全体との比較を試みた。その結果, 訪問看護実施病院は次のような特徴をもっていることがわかった。

第一に看護職員数が多いこと。一般病棟が基準看護の承認を受けている施設の比率が, 一般病院全体では約3分の1であるのに対して, 訪問看護実施病院の場合83.8%, うち61.4%は特一類である(表4)。従って当然のことながら, 看護要員1人当りの病床数もかなり少ない(表5)。

第二に, 病床数の割に患者の多い病院であること。すなわち一般病院全体と比べ, 平均在院日数が短く, 病床利用率が高い(表5)。入院待期者が多くベット回転率を高める必要性が, 訪問看護促進要因になっていることがうかがえる。

病院における訪問看護の実施状況調査

表3 都道府県別 訪問看護実施病院数及び関連指数

	1) 訪問看護実施病院数(A)	2) 一般病院数(B)	実施率 $\frac{A}{B} \times 100$	3) 65歳以上人口比率	4) 人口10万対一般病床数	5) 一般病床平均在院日数	6) 病床100対看護職員数
全 国	321	8,448	3.8	10.2	856.4	39.2	31.5
北海道	12	532	2.3	9.8	1174.6	49.4	29.5
青森県	11	107	10.3	10.1	945.6	46.0	32.1
岩手県	5	100	5.0	11.6	1003.5	46.7	36.9
宮城県	7	137	5.1	9.6	764.9	39.6	35.4
秋田県	8	73	11.0	12.5	913.8	42.0	34.2
山形県	1	53	1.9	13.2	706.1	34.9	39.7
福島県	9	137	6.6	11.8	961.4	38.2	31.8
茨城県	5	218	1.9	10.3	721.4	32.2	25.4
栃木県	7	119	5.9	10.4	706.5	34.6	26.9
群馬県	6	114	5.3	11.0	710.2	34.3	30.1
埼玉県	7	316	2.2	7.2	561.2	35.3	27.7
千葉県	7	272	2.6	7.8	555.3	31.7	27.7
東京都	21	695	3.0	8.9	816.3	31.9	32.9
神奈川県	19	314	6.1	7.5	644.5	30.2	33.2
新潟県	16	117	13.7	12.8	767.0	31.3	37.8
富山県	3	129	2.3	13.3	1102.1	44.9	33.0
石川県	6	138	4.3	12.5	1361.7	43.2	28.5
福井県	3	89	3.4	13.0	1074.7	40.3	31.1
山梨県	6	52	11.5	12.7	867.0	37.5	27.2
長野県	13	155	8.3	13.5	806.3	32.2	32.5
岐阜県	4	136	2.9	11.1	729.3	34.1	27.7
静岡県	10	123	8.1	10.2	615.9	30.9	32.5
愛知県	9	447	2.0	8.5	757.2	33.8	31.8
三重県	2	117	1.7	12.2	843.4	37.0	30.3
滋賀県	3	52	5.8	10.9	790.1	34.4	33.1
京都府	9	213	4.2	11.3	943.7	36.8	34.0
大阪府	13	523	2.5	8.2	892.8	37.8	32.9
兵庫県	15	298	5.0	10.1	771.1	35.6	33.6
奈良県	3	58	5.2	10.2	677.6	38.3	33.5
和歌山県	1	82	1.2	12.9	933.7	44.3	27.5
鳥取県	7	32	21.9	13.4	920.8	42.6	37.9
島根県	5	49	10.2	14.8	911.4	39.7	35.7
岡山県	11	181	6.1	13.3	1151.9	42.2	30.0
広島県	8	249	3.2	11.3	865.1	39.9	32.3
山口県	3	118	2.5	12.9	1082.4	51.7	29.4
徳島県	1	108	0.9	13.3	1199.6	54.1	32.3
香川県	1	121	0.8	13.9	1177.6	45.5	30.6
愛媛県	5	150	3.3	12.6	1121.5	48.8	32.7
高知県	0	141	0.0	14.8	1849.9	73.7	26.7
福岡県	7	378	1.9	10.5	1086.0	51.4	32.3
佐賀県	2	97	2.1	12.8	1034.0	60.2	28.8
長崎県	6	137	4.4	11.6	991.5	48.7	31.0
熊本県	8	186	4.3	12.5	1161.0	48.2	30.2
大分県	0	127	0.0	13.3	1016.4	50.7	31.0
宮崎県	2	166	1.2	11.2	1025.5	52.6	29.5
鹿児島県	3	243	1.2	14.0	1001.5	57.1	26.6
沖縄県	1	49	2.0	8.5	581.7	27.1	34.6
無回答	10						

資料出所：

- 1) 本調査 昭和60年6月
- 2) 厚生省「医療施設調査」昭和58年12月末
- 3) 昭和60年国勢調査抽出速報
- 4) 厚生省「医療施設調査」昭和58年12月末
- 5) 厚生省「病院報告」昭和58年(年間)
- 6) 厚生省「病院報告」昭和58年12月末

表4 一般病棟の基準看護承認比率の比較

	訪問看護実施病院		一般病院全体	
	病院数	%	病院数	%
基準看護の承認をうけている	269	83.8	2832 ¹⁾	33.5
(再) 特二類	(197)	(61.4)	(1499)	(17.7)
(再) 特一類	(44)	(13.7)	(587)	(6.9)
(再) 一類	(28)	(8.7)	(746)	(8.8)
基準看護はとっていない	51	15.9		
(再) 特例許可老人病院	(8)	(2.5)		
無回答	1	0.3		
計	321	100.0	8448 ²⁾	100.0

資料出所：1) 厚生省保険局調べ、昭和59年7月1日現在
2) 厚生省「医療施設調査」昭和58年末

表5 看護要員一人当り病床数、平均在院日数、病床利用率の比較

	訪問看護実施病院	一般病院全体
看護有資格者1人当り病床数	2.1床	2.9床
看護要員1人当り病床数	1.8床	2.4床
平均在院日数(6月分)	30.7日	42.9日
6月末病床利用率	97.8%	80.6%

注：一般病院の一般、精神、伝染、結核病棟をあわせて算出した数値である

資料出所：一般病院全体は厚生省「病院報告」昭和58年

4) 設置主体別、規模別実施率

設置主体別に、訪問看護実施病院数を全国の一般病院数と対比したのが表6である。訪問看護実施率が高いのは、日赤、済生会、厚生連などの公的病院、生活協同組合、社会福祉法人、民法34条にもとづく公益法人など、公益性の高い法人であり、自治体立

表6 設置主体

	訪問看護実施病院数(A)	全国一般病院数(B)	$\frac{A}{B} \times 100$ (%)
自治体	68	1,006	6.8
公的	54	290	18.6
(再) 日赤	(26)	(97)	26.8
(再) 済生会	(10)	(67)	14.9
(再) 厚生連	(15)	(115)	13.0
医療法人・個人	104	5,883	1.8
その他の法人	77	557	13.8
(再) 公益法人(宗教、社団、財団)	(25)	(305)	8.2
(再) 生活協同組合	(37)		
(再) 社会福祉法人	(14)		
その他	18	712	2.5
(再) 国	(3)	(426)	0.7
(再) 社会保険関係団体	(4)	(138)	2.9
(再) 学校法人	(7)	(74)	9.5
(再) 会社	(4)	(74)	5.4
計	321	8,448	3.8

資料出所：全国一般病院数は厚生省「医療施設調査」昭和58年12月末

病院（ことに市町村立病院）の実施率もかなり高い。

昭和54年の全国ホームケア研究会による調査（前掲）の結果と比べると、著しい伸びを示しているが公的病院である。これは日赤、済生会、厚生連それぞれの本部が訪問看護推進の方針を持っているためである。また医療法人の伸びも大きい。

訪問看護実施病院数を病床規模別にみると、概して規模が大きいほど実施率が高い（表7）。これは看護職員数のゆとり及び不採算業務を許容できるだけの規模の大きさということと関係しているといえるだろう。しかし、200床台の中規模病院に実施率の小さな山がみられ、またホームケア研究会の調査と比べ伸びが大きいのもこの規模である。これ位の規模の病院では、一方で急性期の患者を受け入れなければならないのに、

表7 病床規模

	訪問看護実施病院数(A)	全国一般病院数(B)	$\frac{A}{B} \times 100$ (%)
99床以下	66	4,788	1.4
100～149	49	1,172	4.2
150～199	46	658	7.0
200～299	68	842	8.1
300～399	32	426	7.5
400床以上	60	562	10.7
計	321	8,448	3.8

資料出所：全国一般病院数は厚生省「医療施設調査」昭和58年12月末

他方で入院の長びく患者を、大病院のように提携病院に送るということも出来ないため、退院促進をはかる必要から訪問看護への関心が高いのではないかと考えられる。

なお、「公的」病院は過半数が400床以上、「医療法人・個人」は9割以上が300床未満であり、「自治体」及び「その他の法人」（公益法人、生活協同組合、社会福祉法人など）は小規模から大規模までばらつきが大きい。また入院患者の平均年齢は、「公的」が53才、「医療法人・個人」が63才、「自治体」と「その他の法人」が各々57才、58才である。さらに、「公的」の91%、「自治体」の77%は「原則として医師は往診しない」病院であり、「医療法人・個人」の53%、「その他の法人」の61%は「医師が往診」する病院である（巻末第1～3表）。

2 訪問者看護開始理由と特徴

1) 訪問看護開始年と開始理由

訪問看護事業を開始した年は、約半数が昭和58年以降の3年間である（表8）。設置主体別にみると、「公的」、「自治体」、「医療法人・個人」は過半数が58年以降であるのに対して、「その他の法人」は、56年以前が約7割である（巻末第5表）。

訪問看護開始理由は、「入院治療を要するほどではないのに退院できない患者が増えたため」と「往診・通院患者の在宅療養の可能性を高めるため」とが最も多い（表9）。

なお、「退院できない患者が増加」した場合、病院経営上ベット回転率を高める工夫が必要となる。従って「退院できない患者が増えたため」と「入院待機者が多いのでベット回転率を高めるため」とは、病棟看護婦の立場で答えるか病院経営の立場で答えるかの違いはあっても、訪問看護開始の背景としては同一と考えるのが妥当であろう。これを一つにまとめ病棟主導型という

表8 訪問看護開始年

	病 院 数	%
昭和44年以前	11	3.4
45～49	32	10.0
50～54	38	11.8
55	19	5.9
56	22	6.9
57	32	10.0
58	55	17.1
59	66	20.6
60	35	10.9
無回答	11	3.4
計	321	100.0

表9 訪問看護開始理由

	該当するものすべて 〔複数回答〕		主 な 理 由	
	病院数	%	病院数	%
退院できない患者が増えた	164	51.1	60	18.6
ベット回転率を高めるため	86	26.8	14	4.4
入退院をくり返す患者が多い	123	38.3	22	6.9
往診・通院患者の在宅を可能にする	162	50.5	50	15.6
在宅療養希望者が増えた	101	31.5	18	5.6
病院の社会的信用を高める	65	20.2	17	5.3
継続看護・指導料点数化	44	13.7	5	1.6
そ の 他	76	23.7	51	15.8
無 回 答	10	3.1	84	26.2
施 設 計	321	100.0	321	100.0

なら、「往診・通院患者の在宅療養の可能性を高めるため」は外来主導型といえるだろう。

全体としてみると病棟主導型が多数を占めているが、訪問看護開始年、病床数、設置主体、医師往診の有無別にみると、昭和54年以前に事業を開始した病院、100床未満の小規模病院、「医師が往診する」病院、「その他の法人」立病院では、外来主導型の方が多い（図1及び巻末第6～9表）。

「退院患者継続看護・指導料の点数化」を訪問看護の開始理由としてあげている病院は少ない。この点数化は、昭和58年の老人保健法の発足にともなうものである。58年以降に訪問看護を開始したのは321病院中156であるが、そのうち、点数化を開始理由の1つとしてあげたのは44病院、開始の主な理由だと回答したのは5病院にすぎない。後述（第9章第2節「退院患者継続看護・指導料の請求」）するように、継続看護・指導料

によって得られる収入が極めて少額であるためである。

昭和58年以降に訪問看護を開始した病院が多いことは、老人保健法発足の影響と考えられるが、それは、継続看護・指導料の点数化よりも、むしろ入院時医学管理料の逡減制により、病院経営上ベット回転率を高める必要性が高まったことによるといえるであろう。

訪問看護開始のきっかけを作った主な人、原動力となった主な人は、表10のとおりである。きっかけとしては「看護部（総婦長など）」、「院長」が多く、原動力では「看護部」、「外来看護婦」が多い。

設置主体別にみると、きっかけを作った人で最も多いのは、「自治体」、「公的」病院では「看護部」、「医療法人・個人」では「院長」、「その他の法人」では「外来看護婦」である（巻末第10表）。

訪問看護開始理由別にみると、前述の病

図1 訪問看護開始の主な理由

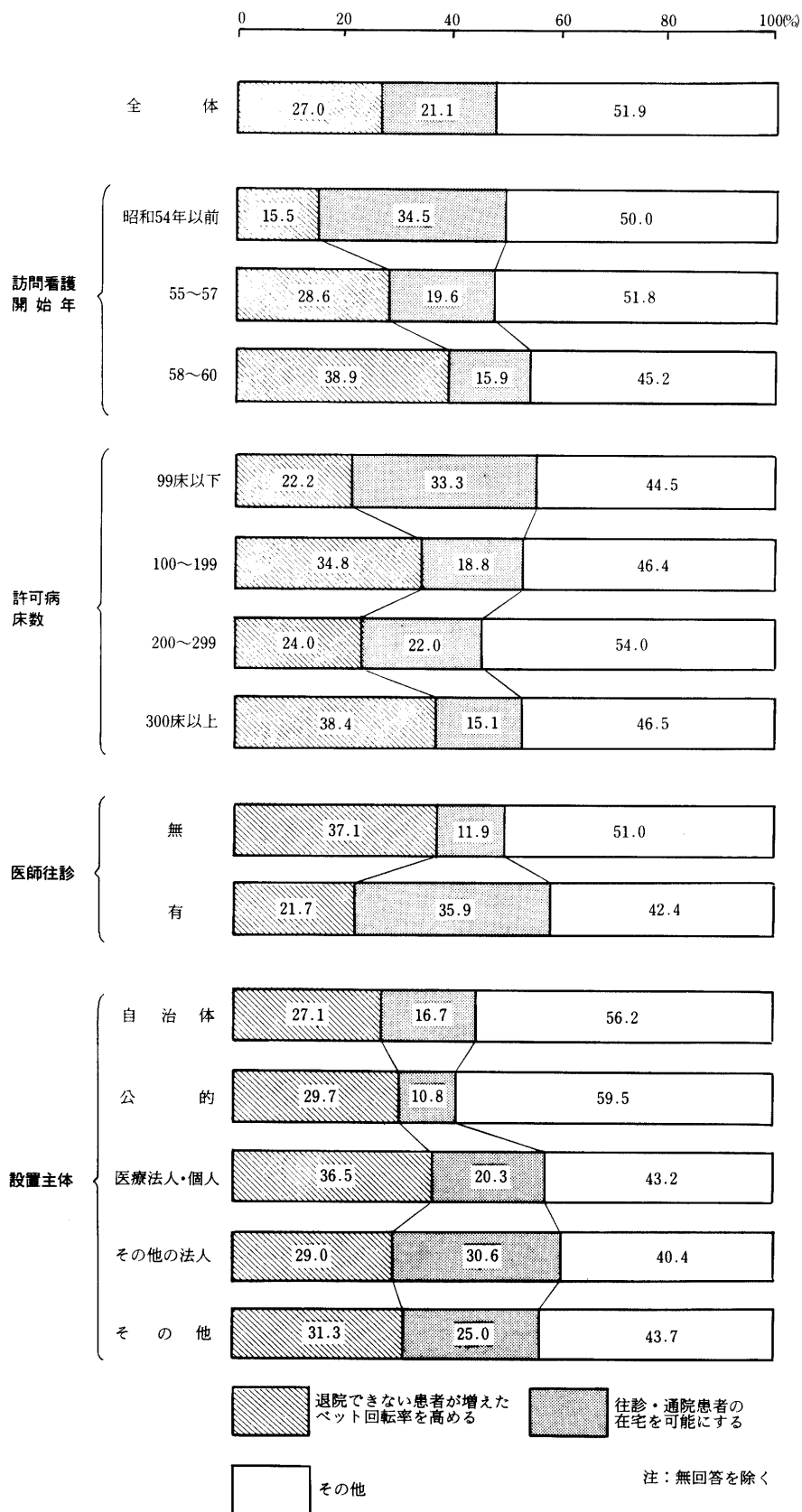


表10 訪問看護開始のきっかけを作った主な人、
原動力となった主な人

	きっかけを作った人		原動力となった人	
	病院数	%	病院数	%
病院理事	21	6.5	4	1.2
院長	68	21.2	34	10.6
医師	36	11.2	9	2.8
看護部(総婦長など)	71	22.2	82	25.6
病棟看護婦	38	11.8	39	12.1
外来看護婦	29	9.0	60	18.7
その他	26	8.1	32	10.0
無回答	32	10.0	61	19.0
計	321	100.0	321	100.0

棟主導型では「病床看護婦」の、外来主導型では「外来看護婦」の寄与率が高くなっている(巻末第12, 15表)。訪問看護開始年別にみても差があり、原動力となった人は昭和54年までは「外来看護婦」が最も多く、55～56年では「外来看護婦」と「看護部」が相半ばし、57年以降では「看護部」が最も多い(巻末第14表)。

また、「医師が往診する」病院では、きっかけは「院長」、原動力は「外来看護婦」が最も多く、「往診しない」病院では、ともに「看護部」が最も多い(巻末第11, 13表)。

2) 各病院の訪問看護の特徴

自分の病院の訪問看護はどのような特徴をもっていると思うか、自由記述で回答を求めた。

さまざまな次元のことがらが記述されているが、最も多かったのは「退院患者への継続看護の一環として行っている」(回答数24, 以下数字のみ記す)であり、類似の表現

として、「退院患者の療養継続の指導」(6), 「担当看護婦が病棟兼務のため、家族指導や看護ケアが継続できる」, 「復帰病室で得た自立への意欲と成果を保持させるため」などがみられる。

訪問看護者は、主として患者が退院してからかゝわるが、入院中からかかわりがあることを特徴としてあげているものもある。「入院中から患者および家族またはそれに準ずる者への介護指導及び訓練を行なう」

(7), 「退院前のホーム・エバリエーションを行なう」, 「退院前の訪問指導をしている」, 「入・退院希望者の事前訪問に依り環境調査し、その後入・退院を決める」などである。

対象者の特徴を記しているものもあり、その中で最も多いのは、老人あるいはねたきり者である。すなわち、「高齢者」(9), 「70歳以上の入院患者全員」, 「ねたきり」(7), 「重度ねたきり」(5), 「ねたきりになりはじめ」(5), 「老健法に基き訪問している」(2)などである。次いで「脳卒中後遺症のリハビリ中の在宅希望者について行っている」(15), 「訪問対象者は90%以上は脳血管障害患者である」(3), 「循環器疾患患者が対象」(3)などである。

以上の対象者は自治体における訪問看護と重なっているが、医療とのかゝわりの深い対象者であることを特徴としてあげているところもかなりある。すなわち、「医療依存度の高いケースが多い」(4), 「医療処置

が必要な人も家族に囲まれて家庭で生活でき、生甲斐を持てるようにと考えている」

(2)、「医療行為を必要とする場合、保健婦、個人病院で断られる患者のみ訪問している」(2)、「バルン交換、マーゲンゾンデ交換、褥瘡処置など、処置の必要なケースを対象にしている」、「バルン交換などはいつでもかけつける」(2)、「皮膚疾患の患者の処置を重点に行っている」、などであり、また「在宅酸素療法者」、「ストーマ・クリニックとそれに関連する疾患のみ」といった特殊なケアを必要とする患者に限定しているところもある。

さらに、「終末期ケアのための訪問」

(6)、「ターミナルケアを積極的にやっている」(5)、「ターミナル・ステージの患者でも希望すれば在宅に移す」、「末期ガン患者が3割」(2)など、終末期の患者への積極的な対応を特徴としてあげているところもある。

なお、褥婦と新生児、あるいは精神科疾患のみを対象とした訪問を行なっているところもあった。

さらに、対象者を「当院で治療中または入院していた患者のみ」(10)としているところが多いけれども、「病院に直接関係のない人でも援助者がいない場合、求めに応じる」ところもある。

訪問看護とあわせて他のサービスが受けられることを特徴としてあげているところもある。たとえば、「入浴サービスなどと連

携している」(4)、「寝たきり患者の外来受診日、シャワー浴日は、病院車で送迎」、「当院併設のデイケアセンター・サービス（ショートステイ、入浴、デイホーム）を受けることができる」、「訪問看護と平行して町村保健センターで集団機能訓練を行っている」などである。また、訪問看護と平行して、「家族会を開催」(12)、「患者及び介護者を対象に年2回レクリエーションとして交流会を持っている」、「“ふれあい”というニュースを発行し、訪問患者と院内へ配布し、友好をあたためている」など、患者や家族のふれあいの場を作ることに努力しているところもある。

さらに、「地域の中での健康相談や研修会に出席」(2)、「老人クラブを通じて、健やかな老後の為、栄養士、機能訓練士の協力で保健指導を行っている」、「生活の中で利用し易い用具を展示している」など、サービスを訪問対象者のみならず、広く地域住民へ広げようとする努力もみられる。

次に、行政との連携がスムーズなことを特徴としてあげるところもある。それは、「公立病院なので、行政の保健・福祉関係者と同じ立場で問題解決できる」、「定期検診との連携がある」、「退院後1週間以内に訪問し、実状把握して退院報告書に記入し、地域管轄保健所に提出する」などであり、「地域の訪問看護チームに継続する迄の移行期訪問看護」と位置づけているところもある。

また、「緊急時の対応システムが出来ている」(5)、「入院を要する時は速やかに入院できる」(3)、「24時間オンコール体制」(3)など、まさに病院をバックにしているメリットを生かし、緊急時の対応がスムーズであることを特徴としてあげているところもあった。

3 訪問対象者数と訪問看護実施体制

1) 訪問対象者数と件数

この調査では、訪問看護を「病院職員が勤務時間内に（あるいは残業扱いで）業務として行っている」病院を対象としたが、訪問対象者数がごく少ない場合、訪問看護事業に取り組んでいると考えるか、「まだ試みの段階」、「事例研究的なもの」と考える

表11 6月の訪問対象者数

	分 布		累 計	
	病院数	%	病院数	%
0人	24	7.5	24	7.5
1	31	9.7	55	17.1
2	30	9.3	85	26.5
3	23	7.2	108	33.6
4	21	6.5	129	40.2
5～ 7	34	10.6	163	50.8
8～ 10	39	12.1	202	62.9
11～ 15	31	9.7	233	72.6
16～ 20	32	10.0	265	82.6
21～ 30	20	6.2	285	88.8
31～ 40	17	5.3	302	94.1
41～100	19	5.9	321	100.0
計	321	100.0		

かは、回答者によってかなり異なると考えられる。

ともかく、業務時間内に実施しており、かつ調査項目全般にわたって回答のあった調査票は有効とした。その結果、6月（調査時期）の訪問対象者数は0から100人、件数にして0から316件という大きな開きがあった(表11, 12)。321病院のうち129病院(40%)は、対象者が4人以下であり、まだ本格的な実施とはいえないだろう。対象者0をも含めた1病院当りの平均は、12.3人、25.8件である。

訪問対象者数及び件数は、訪問看護開始年、設置主体、医師往診の有無により、かなり差がある。開始年の早い病院、「その他の法人」立の病院、「医師が往診をする」病

表12 6月の訪問件数

	分 布		累 計	
	病院数	%	病院数	%
0件	24	7.5	24	7.5
1	19	5.9	43	13.4
2	23	7.2	66	20.6
3～ 4	29	9.0	95	29.6
5～ 6	22	6.9	117	36.4
7～ 8	20	6.2	137	39.6
9～ 10	18	5.6	155	48.3
11～ 15	31	9.7	185	57.6
16～ 20	26	8.1	212	66.0
21～ 30	29	9.0	241	75.1
31～ 40	16	5.0	257	80.1
41～ 50	12	3.7	269	83.8
51～100	31	9.7	300	93.5
101～316	17	5.3	317	98.8
無 回 答	4	1.2	321	100.0
計	321	100.0		

院は、他と比べかなり対象者が多い。病床規模別による差はそれほど大きくないが、「200～299床」がピークである（表13及び巻末第16～18表）。

2) 訪問看護の実施体制と実施者の職種

訪問看護実施体制としては、訪問看護専任者をおいているところは18%、院内での保健指導や在宅療養指導業務などを担当し

ている人が訪問も行う形をとっている（以下「保健指導等との兼務」という）のが20%、過半数の59%は、外来看護婦、病棟看護婦、あるいは外来看護婦と病棟看護婦の双方が、訪問看護を行なっている（以下「外来・病棟との兼務」という）。

訪問看護実施体制は訪問対象者数が多くなると「訪問看護専任」あるいは「保健指導等との兼務」が増加し、対象者が11人以

表13 6月の訪問対象者数と件数の一施設当たり平均

	対 象 者 数	訪 問 件 数	1人当たり平均訪問回数
訪問看護開始年			
昭和49年以前	23.0人	60.2件	2.6回
50～54	23.9	46.6	1.9
55～56	16.0	32.7	2.0
57	13.1	22.1	1.7
58	6.1	10.1	1.7
59	6.3	13.2	2.1
60	5.5	11.1	2.0
許 可 病 床 数			
99床以下	12.6	27.9	2.2
100～149	12.6	27.2	2.2
150～199	12.3	27.2	2.2
200～299	14.1	32.8	2.3
300～399	12.3	22.2	1.8
400床以上	10.1	16.6	1.6
設 置 主 体			
自 治 体	7.1	11.8	1.7
公 的	8.2	12.6	1.5
医療法人・個人	14.3	29.4	2.1
その他の法人	18.7	47.1	2.5
そ の 他	5.7	10.1	1.8
医 師 の 往 診			
原則としてしていない	9.0	15.4	1.7
している	17.6	42.4	2.4
全 体	12.3	25.8	2.1

上では6割弱を占めている。訪問専任者をおいている58病院のうちの半数は、対象者が21人以上である(表14)。

なお、「外来・病棟との兼務」でない場合、「訪問専任」体制をとるか、「保健指導等との兼務」体制をとるかは、設置主体によって差があり、「自治体」及び「公的」病院では後者が前者を上廻り、「医療法人・個人」及び「その他の法人」では、前者が後者を上廻る(巻末第20表)。

訪問看護の実施者を職種別にみると、表15のとおりである。保健指導等との兼務者は保健婦が70%、訪問看護専任者は保健婦が31%、看護婦が59%を占め、両者とも准看護婦は極めて少ない。しかし外来業務と

の兼務者では、准看護婦が38%を占めている。

3) 病院内での訪問看護の位置づけ

総婦長または訪問看護担当部署の責任者に、病院内での訪問看護の位置づけ及びそれに関して困っていることを、自由に記述してもらった。

位置づけとしては、病棟や外来の看護婦が自発的に行っていたり、委員会を設置して行っているものから、独立した訪問看護部門があって専任者をおいているところまで、様々である。

位置づけ方の例をあげてみよう。

- 外来看護の一環。

表14 訪問対象者数別訪問看護実施体制

()内は%

	0人	1~4	5~10	11~20	21人以上	計
訪問看護専任	0 (0.0)	5 (4.8)	9 (12.3)	15 (23.8)	29 (51.8)	58 (18.1)
保健指導等との兼務	5 (20.8)	11 (10.5)	21 (28.8)	15 (23.8)	11 (19.6)	63 (19.6)
外来・病棟との兼務	16 (66.7)	83 (79.0)	43 (58.9)	33 (52.4)	15 (26.8)	190 (59.2)
無回答	3 (12.5)	6 (5.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.8)	10 (3.1)
計	24 (100.0)	105 (100.0)	73 (100.0)	63 (100.0)	56 (100.0)	321 (100.0)

注：訪問看護専任の中には、専任者と兼務者とで実施している場合を含む

表15 職種別訪問看護実施人数

	人数(回答施設の総計)					回答施設数	一施設当り 平均人数
	保健婦	助産婦	看護婦	准看護婦	計		
外来業務との兼務者	42	11	338	243	634	167	3.8
病棟業務との兼務者	16	34	486	101	637	94	6.8
保健指導等との兼務者	99	0	35	7	141	75	1.9
訪問看護の専任者	29	1	55	9	94	58	1.6

- 外来部門に位置づけられ、退院後まもない患者には、一定期間病棟看護婦と同行訪問をする。
- 外来に属し、副総婦長の管轄下にある。
- 外来婦長の指揮下にある。
- 病院保健婦の保健指導の一環。
- 病棟看護婦が自発的に受持患者を決め、少しの時間を利用して行っている。
- 病棟主任が計画をたて、病棟看護婦が訪問にあたる。
- 訪問看護班が病棟に在籍。将来独立させたい。
- 病棟婦長が在宅ケア委員会を作り、必要に応じて訪問看護を実施している。
- 予防医学部に訪問看護委員会を設置。
- 院内継続（在宅）看護委員会を設置。
- 地域医療班の中に訪問看護グループがある。
- 地域家庭医療センターのチームメンバーとして活動。看護だけ独立しているわけではない。
- 医療相談室を中心に開始したが、将来の位置づけを考慮中。
- 医療相談部でケースワーカーと一緒に仕事をしているが、独立部門としたい。
- 健康管理課と訪問課が一つになっているため、訪問活動、健診活動、保健教育、相談活動と兼任業務が拡大。課の分割を考えている。
- 保健指導課として院長直属。
- 看護管理部直属訪問看護室。

- 訪問専任者が看護部に所属。

なお、訪問看護担当者の所属部署の名称としては、訪問看護部(室)、医療社会事業部、地域福祉部、病院健康管理課、保健医療部、保健指導室、保健センター、地域医療部、在宅医療部、療養指導室、地域看護課、などがあげられていた。

次に訪問看護の位置づけに関し困っている問題をみてみよう。最も多いのは、「組織的な位置づけが確立されていない」あるいはそれ故に「まわりから理解されていない」というものである（回答数50、以下数字のみ記す）。

次いで多い悩みが、「病棟との兼務で活動が進まない」、「人手不足の中で兼務しており、時間的ゆとりがない」など、兼務のために思うように訪問看護がすゝめられないことである（類似の回答20）（このことに関連した「訪問看護実施者が感じている問題」については、第8章参照）。

兼任体制の限界をふまえて、今後専任制をとって行きたいと記しているところもあるが、専任制をとりたくても困難であると述べているものも多い（このことについては、第7章第1節「訪問看護者の確保」で詳述）。

次に、すでに専任制をとっている場合、「内容充実のためには、専任者を複数にしていく方向を取らざるをえない」(2)、「長が事務系職の部署に所属しているため、指導・点検が弱くなり、保健婦の個人プレーに落

入りやすい」、「担当者まかせになっている」などの問題が出されている。そして、「独立部門となっているが、兼任の方が患者・家族も良く解り、技術面の工夫・研究ができると思う」という意見や、「専任者まかせにならないよう、在宅療養会議を行っている」といった配慮などの記述があった。

専任体制であると否とにかかわらず出されているものとして、病院内の連携上の問題がある。それはたとえば、「外来に位置づけられており、他部門との連携が不十分である」(2)、「訪問看護部門の独立性がないため訪問担当者から院内への連絡がスムーズに流れない」、「病棟からあまり依頼がこない」、「訪問看護を利用する病棟が限られている」などである。

4 訪問対象者の状態と訪問看護の内容

1) 訪問対象者の年齢

表16は回答のあった病院全体の訪問対象者（6月分）の年齢別構成を示している。65歳以上が80%、うち70歳以上が67%と老人が圧倒的に多い、但しすべての病院が老人を中心とした訪問をしているわけではなく、訪問対象者中老人の占める比率は、病院によってかなり巾がある（表17）。

2) 訪問対象者の病名と病態

対象者の疾病で最も多いのは「脳血管障

害」である。対象者の中にこの疾病の患者が一人以上いる病院は84%、この疾病の患者が対象者の中で最も多いという病院が77%である。次いで、該当者がいる病院の率が高いのは、「心臓とその血管系の障害」、「糖尿病」、「高血圧症」、「老人性痴呆」などであり、いずれも老人に多い疾病である（表18）。表中、最も多いケースの病名として「その他」をあげている病院のほとんどは、産褥婦と新生児を対象とした訪問看護を行っている病院である。

表19は、医療とのかきわりでみた病態を示している。対象者中最も多いケースは、

表16 年齢別訪問対象者数

	人 数	%
65 歳 未 満	797	19.6
65 ~ 70	528	13.0
70 ~ 80	1,571	38.7
80 歳 以 上	1,167	28.7
計	4,063	100.0

注：回答のあった294施設分

表17 訪問対象者中70歳以上患者の比率

	病 院 数	%
30 % 未 満	15	7.8
30 ~ 50	27	14.1
50 ~ 60	17	8.9
60 ~ 70	26	13.5
70 ~ 80	41	21.4
80 ~ 90	42	21.8
90 % 以 上	24	12.5
計	192	100.0

注：6月の対象者が5人以上の施設のみ

表18 訪問対象者の病名

	該当者すべて 〔複数回答〕		最も多いケース	
	病院数	%	病院数	%
悪性新生物	70	23.6	5	2.6
糖尿病	129	43.4	3	1.6
老人性痴呆	120	40.4	4	2.1
脳血管障害(含脳卒中後遺症)	248	83.5	147	76.6
高血圧症(脳血管障害を除く)	122	41.1	8	4.2
パーキンソン病	88	29.6	0	0.0
神経系難病(パーキンソン病を除く)	54	18.2	1	0.5
心臓とその血管系の障害	136	79.5	3	1.6
肺炎	33	11.1	0	0.0
呼吸器系疾患(肺炎を除く)	95	32.0	5	2.6
消化器系疾患	48	16.2	0	0.0
腎機能障害	51	17.2	3	1.6
筋骨格系及び結合組織の疾患	87	29.3	4	2.1
精神病	27	9.1	1	0.5
その他	73	24.6	5	2.6
無回答	1	0.3	3	1.6
施設計	297*	100.0	192**	100.0

注: * 6月に訪問のなかった24施設を除く

** 6月の訪問対象者が5人以上の施設のみ

表19 対象者の病態

	該当者すべて 〔複数回答〕		最も多いケース	
	病院数	%	病院数	%
食事療法を継続している	198	66.7	34	17.7
服薬指導を必要とする***	169	56.9	9	4.7
ガーゼ交換を必要とする傷や褥瘡がある	162	54.5	18	9.4
チューブ類や器具を装着している	175	58.9	35	18.2
進行性の疾病、または症状が変動しやすい疾病を持っている	113	38.0	14	7.3
予後1カ月以内と診断されている	35	11.8	0	0.0
定期的な皮下注射、筋肉注射、点滴が必要	66	22.2	11	5.7
ネブライザー、吸引、酸素吸入などを常時または時に行う	92	31.0	3	1.6
病院リハビリ部門で機能回復訓練プログラムが組まれている	101	34.0	28	14.6
その他	71	23.9	30	15.6
無回答	3	1.0	10	5.2
施設計	297*	100.0	192**	100.0

注: * 6月に訪問のなかった24施設を除く

** 6月の訪問対象者が5人以上の施設のみ

*** 病状に合わせて頓服したり、服用する量を変える必要がある、あるいは、副作用の出やすい薬を使用している場合をさす

上述のように病名でみると「脳血管障害」に集中しているが、病態でみるとかなり分散している。

対象者中に該当者がいるとしてあげられている病態の上位5位は、「食事療法を継続している」、「チューブ類や器具を装着している」、「服薬指導を必要とする」、「ガーゼ交換を必要とする傷や褥瘡がある」、「進行性の疾病または症状が変動しやすい疾病がある」の順である。ところが、最も多いケースの病態では、「チューブ類や器具を装着している」、「食事療法を継続している」、「その他」、「機能回復訓練プログラムが組まれている」、「ガーゼ交換を必要とする傷や褥瘡がある」の順となっており、両者の順位には差がある。その差は次のように考えられる。たとえば「チューブ類や器具を装着」し、同時に「服薬指導を必要とする」患者が多かった場合、訪問の目的として前者が強く意識されていれば、多いケースとしては前者をあげるであろう。すなわち、最も多いケースについては、訪問を必要と考える看護婦の判断をも反映していると思われる。

対象者の疾病を設置主体別にみると、どの疾病についても、「その他の法人」において該当者ありとする病院の率が高い。すなわち、様々な疾病に巾広く対応しているということが出来る。その逆に、「自治体」は、どの疾病についても、該当者ありとする病院の率が低い（巻末第21表）。

次に、対象者の病態を設置主体別にみると、疾病と同様、「その他の法人」において、多様な病態の患者に巾広く対応している。また「医療法人・個人」は、「チューブ類や器具を装着」、「ネブライザー、吸引、酸素吸入などを行う」、「進行性の疾病、または病状が変動しやすい」、「予後1ヵ月以内」など、より重症で医療とのかゝわりが深い病状に対応している病院の率は、他の設置主体と比べて最も低いが、逆に「服薬指導を要する」、「機能訓練のプログラムが組まれている」については、どこより高率である（巻末第23表）。

病床規模別にみると、「チューブ類や器具を装着」と「ネブライザー、吸引、酸素吸入などを行う」は大きな病院ほど高率であるが、「定期的な注射が必要」は概して小さな病院ほど高率である。他の病態については、規模による差はあまりない（巻末第24表）。

また、「医師が往診している」病院は「していない」病院と比べ、どの疾病及びどの病態についても、対応している病院の率が高い（巻末第22,25表）。

3) 訪問看護の内容

以上のような疾病及び病態の対象者に対してなされている訪問看護の内容は、図2のとおりである。図中の数字は、各々の項目について行っている病院の比率を示している。「介護技術の指導」や「食事療法の指

導」、「血圧・尿量・喀痰などの測定方法の指導と観察」、「服薬指導」など対象者の疾病に直接関係したことがらの実施率は高いが、「呆けへの対応についての指導」や、「家族の健康管理」、「社会資源の導入」など対象者の疾病の背後にある問題への対応については、実施率がやゝ低くなっている。

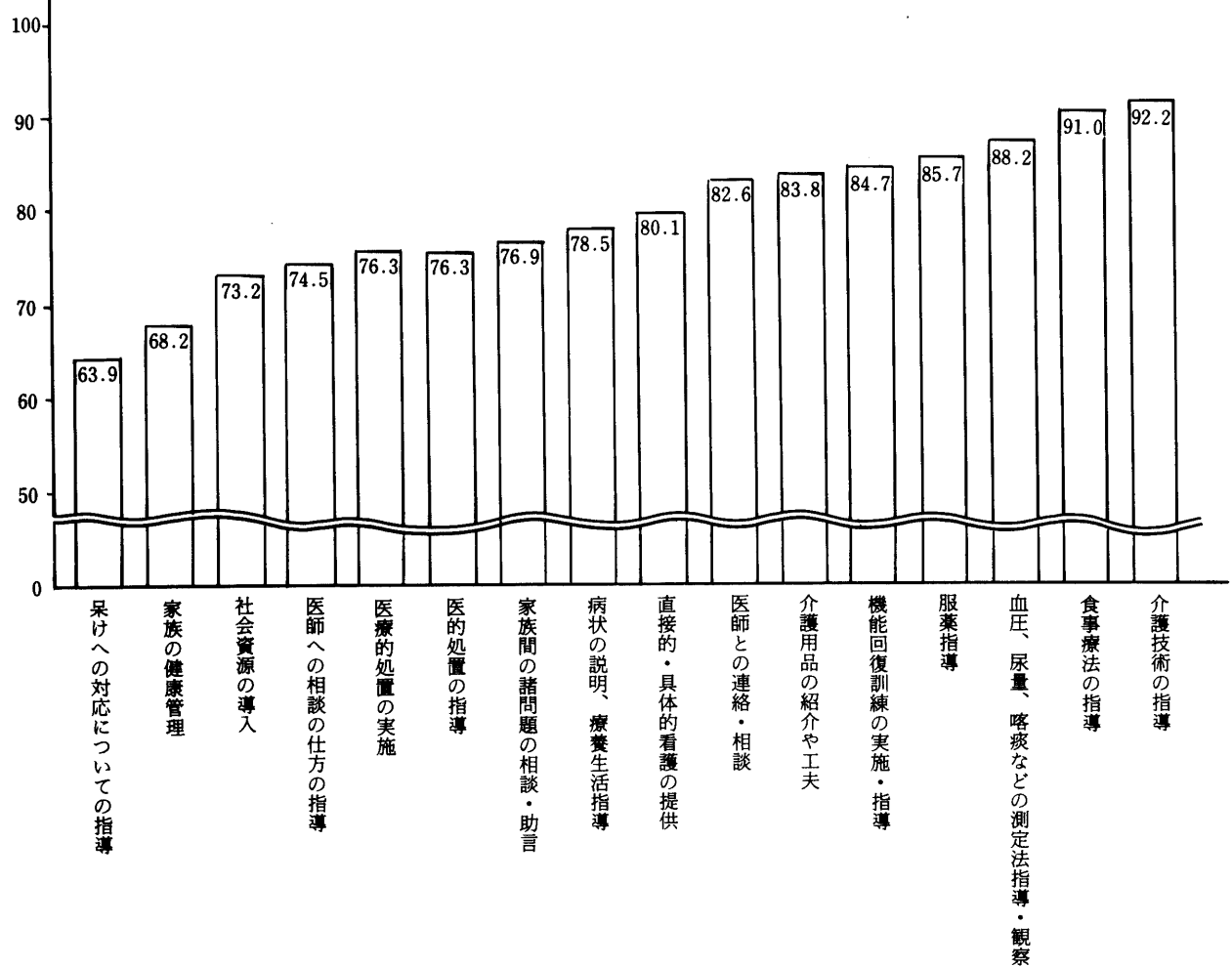
設置主体別にみると、「その他の法人」は、前述したように、様々な疾病、病態の対象者に巾広く対応しているのを反映し、訪問看護の業務内容もあらゆる項目につい

て実施率が高い。全般的に比較的实施率が低いのは「自治体」立病院である。

なお、全体としてみて実施率の高い項目については、設置主体による差は少ないが、「家族の健康管理」、「呆けへの対応についての指導」、「家族間の諸問題の相談・助言」など、実施率の低い項目については、設置主体による差が大きい（最高と最低との差は、各々82～54%、75～50%、90～65%）（巻末第26表）。

次に医師往診の有無別にみると、「医師が

図2 訪問看護の内容（実施病院の比率）



往診している」病院は「していない」病院と比べ、どの項目についても実施率が高い（巻末第27表）。

4) 訪問回数

調査時期である6月の訪問対象者数及び件数は、6月には訪問のなかった施設及び無回答を除いた293施設の総計が、各々3,898人、8,172件であった。従って1人当り1ヵ月の平均訪問回数（293施設分の平均）は、2.1回ということになる。

但し施設毎の1人当り平均訪問回数にはかなりの巾があり、その分布は表20のとおりである。全体の約6割は、月平均2回未満である。

個々の病院で6月に最も頻繁に訪問したケースの訪問回数も相当開きがあり、表21のとおりである。

設置主体別、病床規模別、医師往診の有無別に、1人当り平均訪問回数及び最も頻繁に訪問したケースの訪問回数の平均値を

表20 6月の1人当り平均訪問回数

	施設数	%
1以上2回未満	176	59.3
2～3	76	25.6
3～4	21	7.1
4～5	12	4.0
5～6	5	1.7
6回以上	3	1.0
無回答	4	1.3
計	297	100.0

注： 6月に訪問のなかった24施設を除く

表21 6月に最も頻繁に訪問したケースの訪問回数

	病院数	%
1回	66	22.2
2	69	23.2
3	29	9.8
4	53	17.8
5	18	6.1
6	8	2.7
7	7	2.4
8	9	3.0
9	7	2.4
10	5	1.7
11～15	14	4.7
16～30	9	3.0
無回答	3	1.0
計	297	100.0

注： 6月に訪問のなかった24施設を除く

算出したところ、ともに差がみられたが、特に後者において大きな差がみられた。訪問回数が特に多いのは、「その他の法人」、「医師が往診をしている」病院である（表22）。

5) 患者宅滞在時間

個々の病院の最も平均的なケースについて、訪問して患者の家に滞在する時間を問うたところ、結果は表23のとおりであった。6割強が「30分～1時間未満」である。

設置主体別、病床規模別などで滞在時間にはあまり差はなく、医師往診の有無別には、「医師が往診していない」方が「している」ところより、時間が長いところがやや多い（巻末第31表）（但し前述したように、「している」ところは訪問回数が多い）。

表22 月間訪問回数

	1人当たり平均訪問回数	最も頻繁に訪問したケースの訪問回数
設置主体		
自治体	1.7	3.0
公 的	1.5	2.2
医療法人・個人	2.1	4.4
その他の法人	2.5	6.9
その他	1.8	2.6
許可病床数		
99床以下	2.2	6.0
100～149	2.2	4.9
150～199	2.2	4.2
200～299	2.3	4.3
300～399	1.8	3.4
400床以上	1.6	2.6
医師の往診		
原則としてしていない	1.7	2.7
している	2.4	6.7
全 体	2.1	4.3

表23 患者宅滞在時間（平均的なケース）

	病院数	%
30分未満	41	12.8
30分～1時間未満	198	61.6
1時間～2時間未満	74	23.1
2時間以上	6	1.9
無回答	2	0.6
計	321	100.0

5 訪問対象者の医療とのかゝわり

1) 訪問対象者の受診状況

訪問対象者（6月分）の、訪問開始直前の受診状況は、全体で「当院に入院していた患者」が53%、「当院に通院あるいは当院の医師が往診していた患者」が34%、「他院に入院していた患者」が3.5%、「その他」

表24 訪問開始前受診状況別訪問対象者数

	人 数	%
当院入院（入院1ヵ月未満）	491	13.0
〃（入院1ヵ月以上）	1,518	40.2
当院通院又は医師往診	1,282	33.9
他院入院（入院1ヵ月未満）	28	0.7
〃（入院1ヵ月以上）	107	2.8
そ の 他	357	9.4
計	3,783	100.0

注：回答のあった287施設分

表25 設置主体別外来患者比率

	%
自 治 体	28.9
公 的	21.0
医 療 法 人 ・ 個 人	34.9
そ の 他 の 法 人	38.0
そ の 他	37.3
全 体	33.9

注：対象者全体に対する「当院通院又は医師往診」患者の比率である

（市町村、保健所、福祉事務所等からの依頼によるものなど）が9.4%である（表24）。大半がもともと当院で受診していた患者であることがわかる。

なお、もともと当院で受診していた患者といっても、その大半が入院患者である病院もあれば、外来患者の方が多いい病院もある。設置主体別にみると、「その他の法人」、「医療法人・個人」は他と比べ外来患者の比率が高い（表25）。

では、訪問看護開始後の受診はどのようになされているであろうか。6月（調査の時期）中に訪問した対象者について問うた