

う病院が減少したのは、保険でカバーできる範囲が広がってきたためと思われる。

6) 訪問看護による病院収入

訪問看護実施による収入については、診療報酬および患者への料金請求以外「いっさいない」病院がほとんど(92.7%)である(表47)。「市町村からの委託費」を得ている病院が、1985年調査では5.6%であったが、今回は2.3%へと減少。「その他の収入」については5.6%から0.6%へと減少している。

訪問看護の財源の多様性がなくなり、社会保険・老人保健診療報酬による訪問看護が定着してきたといえよう。

表47 訪問看護による病院収入
(社会保険診療報酬および患者への料金請求を除く)

	病 院 数	%
市町村からの委託費をもらっている	20	2.3
その他の収入がある	5	0.6
いっさいない	822	92.7
無 回 答	39	4.4
計	886	100.0

X 訪問看護実施上の問題点

表48は、訪問看護を担当している看護職が感じている、訪問看護実施上の問題点や困難について問うた結果である。

最も多いのは、「人手不足で対象者や訪問の頻度を増やせない」(54.6%)、「他の業務と兼務なので訪問日を調整するのが大変」(49.3%)、「訪問日が増えると他の業務に支障をきたす、あるいは他のスタッフに気がねする」(41.3%)など、人手にからむ問題である。これは第Ⅱ章でみたように、大半の病院では、少ない人数が他業務のあい間をぬって訪問看護にあたっているという実態を反映している。

次に多いのは、「独居、介護者の高齢化など、家庭の介護力が乏しく、訪問看護だけでは支え切れないケースが多い」(52.5%)である。これは、第Ⅳ章でみた、独居、介護者の高齢化の実態を反映している。このことに関連し、社会資源の活用をめぐって、保健所や市町村との連携の必要性が増大しているにもかかわらず、「地域の保健医療関係者と具体的な話し合いをする機会がもてず、連携が深まらない」ことを問題視する者も多い(35.7%)。

表48 訪問看護実施上の問題点〔複数回答〕

	病 院 数	%
訪問看護の組織的な位置づけが不明確で、連携・連絡がとりにくい	300	33.9
院内で訪問看護への理解・協力が得にくい	212	23.9
院内の医師往診体制がないので、対象者をふやせない	258	29.1
人手不足で対象者や訪問の頻度を増やせない	484	54.6
他の業務と兼務なので訪問日を調整するのが大変	437	49.3
他の業務と兼務なので訪問日が増えると他の業務に支障をきたす、あるいは他のスタッフに気がねする	366	41.3
採算がとれないので、専任体制がとれない	212	23.9
地域の保健医療関係者と具体的な話し合いをする機会がもてず、連携が深まらない	316	35.7
地域の訪問看護に引き継ぎたいが、なかなか受け止めてもらえない	117	13.2
独居、介護者の高齢など、家庭の介護力が乏しく、訪問看護だけでは支え切れないケースが多い	465	52.5
家庭に受け入れてもらうのに困難を感じる人が多い	214	24.2
ケースへの対応について、誰かに相談したいことがよくあるが、相談する人がいない	75	8.5
訪問看護についての教育を受けていないので、自信がもてない	163	18.4
無 回 答	54	6.1
回 答 計	3,673	414.6
病 院 計	886	100.0

「訪問看護の組織的な位置づけが不明確で、連携・連絡をとりにくい」(33.9%)、「院内の医師往診体制がないので、対象者をふやせない」(29.1%)、「院内で訪問看護への理解・協力が得にくい」(23.9%)など、院内の体制を問題視する者も少なくない。訪問看護推進上の問題が、訪問看護担当者の問題に留まるのではなく、病院全体で受け止められ、体制整備がなされる必要がある。

最後に、「家庭に受け入れてもらうのに困難を感じる人が多い」(24.2%)、「訪問看護について教育を受けていないので、自信がもてない」(18.4%)といった声もある。第Ⅱ章でみたように、訪問看護に関する研修を受けさせていない病院が少なくないが、やはり研修は重要である。

訪問看護実施上の問題点は、病院の経営主体によって、また訪問看護の担当部署によってかなり違いがある。

経営主体別にみると、「自治体」では、1位「他の業務と兼務なので訪問日を調整するのが大変」(64%)である。そしてこの項目をはじめ、人手不足にからむ項目はすべて、「自治体」以外の病院と比べ、高率を示している。「公的および社会保険関係団体」では、1位は「家庭の介護力が乏しく、訪問看護だけでは支え切れないケースが多い」(68%)、2位が「院内の医師往診体制がないので、対象者をふやせない」(56%)である。この2項目は、全体では各々56%、31%であるのと比べ、かなり高い比率である。「医療法人・個人」では、1位が「人手不足で対象者や訪問の頻度を増やせない」(59%)である。「院内の医師往診体制がないので、対象者を増やせない」については、全体で31%であるのに対し22%と、比率が低い(巻末第47表)。

次に訪問看護の担当部署別にみると、「訪問看護専門部署」では、1位が「家庭の介護力が乏しく、訪問看護だけでは支え切れないケースが多い」(75%)である。全体では56%であるのと比べても、か

なり高い比率である。「外来・病棟など」が訪問看護を行っている病院では、1位が「人手不足で対象者や訪問の頻度を増やせない」(66%)である。そしてしこの項目をはじめ、人手不足にからむ項目はすべて、高率を示している。「訪問看護・保健指導・療養相談などを行う部署」が他の部署と比べ高率なのは、「院内の往診体制がないので対象者をふやせない」(38%, 全体では31%)、「地域の訪問看護に引き継ぎたいが、なかなか引き受けてもらえない」(23%, 全体では14%)である(巻末第48票)。

上述した経営主体、訪問看護担当部署のほか、病床規模、訪問看護開始年、訪問対象者数など、病院の属性や訪問看護の進展状況の違いによって、はっきり回答率に差の出る項目と、あまり差の出ない項目とがある。違いの出ている項目をみてみよう。まず、「訪問看護の組織的な位置づけが不明確で、連携・連絡がとりにくい」ことを問題視する病院が多いのは、「外来・病棟など」が訪問看護を担当している病院、および訪問対象者が少ない病院である。「院内で訪問看護への理解・協力が得にくい」は、病床規模が大きくなるにつれ比率が高くなる。「他の業務との兼務」であることからくる問題に関しては、「外来・病棟など」が訪問看護を担当している病院、および「自治体」立病院で比率が高い。

「地域に引き継ぎたいがなかなか受け止めてもらえない」ことを問題視する病院が多いのは、「公的および社会保険関係団体」立、病床規模「400床以上」および「訪問看護・保健指導・療養相談などを行う部署」をおいている病院である。また訪問看護を開始して年数を経ているほど、このことを問題視する病院が多くなる。

「家庭の介護力が乏しく、訪問看護だけでは支え切れないケースが多い」ことを問題視する病院が多いのは、「公的および社会保険関係団体」立および「訪問看護専門部署」をおいている病院である。また、訪問看護開始年が古いほど、また訪問対象者が多いほど、いわば訪問看護が軌道に乗るにつれ、このことを問題視する病院が多くなる傾向がみられる(表略)。