

「ある」と回答した病院は1,665病院 (55.0%) で、前回調査 (23.5%) より31.5ポイントと大幅に増えている。「特定機能病院」では92.6%が直接服薬指導をすることが「ある」と回答している《統計表第177表》。

病棟に「病棟薬剤師」を配置している病院は383病院 (12.7%) (前回調査6.2%) で、病棟薬剤師の総数は363病院で913名である《統計表第176表》。「特定機能病院」の29.4%、「総合病院」の17.7%が病棟薬剤師を配置している《統計表第177表》。

3. 周辺業務の他職種との分担状況

薬剤業務や搬送など、看護職員にとっていわば周辺の業務を、看護婦から看護補助者へ、または院内の他部門・他の職種 (栄養士・薬剤師・臨床工学技士等) と分担、または委譲し、看護婦がより患者への直接的なサービスに関与できるよう、

業務整理を行うことが課題となってきた。しかし、全体として看護部門からのこれら周辺の業務の委譲は急速には進まないのが現状である。

図9は、調査項目としてあげた周辺の業務のそれぞれについて、病棟看護婦がまったく関与していなかった病院の比率を示したものである。図中の数値は、今回調査・前回調査とも「無回答」の病院を除き再集計してある。

「衛生材料搬送」については今回調査で半数近い病院で病棟看護婦の手を離れていることが明らかになったが、依然としてこれらの業務を病棟看護婦が担っている病院が多いことがわかる。項目別に見て病棟看護婦が関与しない病院の比率が5ポイント以上増えたものは3項目で、「衛生材料搬送」(6.7ポイント)、「病棟配置薬剤の在庫管理」(5.9ポイント)、「心電図モニターの日常的な保守・点検」(5.6ポイント)である。

IX 看護管理体制と看護管理の課題

1. 看護部門の位置づけ

看護部門が「院長直属である」のは2,664病院 (88.0%) (前回調査86.9%)、看護部長が院内の管理運営会議に「出席している」のは2,712病院 (89.6%) (同89.2%) である。看護部長が病院の理事職に「就いている」のは215病院 (7.1%)、副院長職に「就いている」のは19病院 (0.6%) である《統計表第192表》。

2. 婦長への昇格条件

婦長への昇格の必要条件は、「看護部長の推薦」

78.5% (前回調査73.4%)、「院長の推薦」57.8% (同48.8%)、「業務実績」41.4% (同49.5%)、「直属の病棟婦長の支持」33.2% (同32.0%)、「複数の病棟婦長の支持」32.3% (同28.0%)、「一定年数以上の臨床経験」32.3% (同30.5%)、「管理者 (婦長) 研修の受講」30.2% (同23.0%) などである《統計表第193表》。前回調査と比べ「院長の推薦」「管理者研修の受講」が増加し、「業務実績」が減少している。

「一定年数以上の臨床経験」を要する場合の必要年数は、「10年」32.7%、「6～9年」21.8%、「5年」12.1%などである《統計表第194表》。

3. 看護管理上の課題

(1) 看護サービスに関わる診療報酬の算定状況

入院患者に対して算定する「看護料」以外に、看護サービスに関連してこれを直接・間接に評価するさまざまな診療報酬上の仕組みがある。今回調査ではこれらの診療報酬点数の算定状況を把握した。なお、診療報酬点数の名称・算定要件は調査時点（1995年10月）のものである。

「特定入院料」（検査・投薬・処置等と看護料を含む包括された入院料）のうち、療養型病床群と老人の「入院医療管理料」，「精神療養病棟入院料」「老人性痴呆疾患治療病棟入院医療管理料」「老人性痴呆疾患療養病棟入院医療管理料」（これらについては前述「I 病院の概要」の「4. 看護料等の算定状況」を参照）を除くものについて、算定状況を尋ねた。

「救命救急入院料」は126（4.2%）、「特定集中治療室管理料」（ICU・CCU）は252病院（8.3%）、「新生児特定集中治療室管理料」（NICU）は113病院（3.7%）、「広範囲熱傷特定集中治療室管理料」は25病院（0.8%）が、それぞれ算定している《統計表第19表》。「緩和ケア病棟入院料」は17病院（0.6%）、「特殊疾患療養病棟入院料」は28病院（0.9%）が算定している《統計表第5表》。

看護料及び入院医療管理料を算定する病院で、看護職員の夜勤体制を整え（複数夜勤）、看護職員の夜勤負担を一定程度軽減した場合に加算される「夜間勤務等看護加算」を算定している病院は1,502病院（49.6%）である《統計表第20表》。算定種別は「I」（4人体制で月平均夜勤回数9回以内）が242病院（8.0%）、「II」（3人体制で月平均夜勤回数9回以内または2人体制で8回以内）が1,455病院（48.1%）である。

患者への指導管理・在宅療養関係では、看護婦等が主体になって行うサービスを評価する点数（在宅療養指導料・訪問看護指導料など）、看護婦等の配置を要件としたり、他職種が行うサービスと看護婦等が行うサービスをセットにして算定するタイプの点数などが増えてきている。これらの点数の算定状況を病院種類ごとに示したものが表26である。退院に向けた働きかけ、在宅療養患者を支える訪問看護・デイケア・リハビリテーション、通院する慢性疾患患者に対する療養指導など、さまざまな看護サービスが展開され、診療報酬点数の算定につながっていることがわかる。

(2) 外来機能の変化と外来看護機能の方向性

疾病構造の変化により、疾病や障害を持ちつつ地域で生活し、在宅で療養する患者が増えている。また、治療技術の進歩等によって外来で高度な治療・検査・処置が可能になり、病院の外来診療、ひいては外来看護にも、新たなニーズへの対応が求められている。

最近の外来部門の変化としては、「治療・検査の高度化に伴い外来に長時間滞在する患者が増えた」855病院（28.3%）、「従来なら入院して行っていた治療・検査を外来で行うことが多くなった」1,355病院（44.8%）、「療養生活について教育・相談を必要とする患者が増えた」1,583病院（52.3%）があげられた《統計表第201表》。

これに対応する今後の外来の看護体制・要員配置について質問した。「看護職員を増員する」病院が1,142病院（37.7%）である。現在外来に保健婦を配置している病院は198（6.5%）である。現在すでに保健婦を配置している病院のうち76病院（38.4%）は保健婦増員を予定している。まだ保健婦を配置していない病院のうち、

表26 指導管理・在宅療養関係診療報酬の算定状況（1995年7～9月の算定実績：複数回答）

	回答病院計 (3026)	再掲：病院種類					
		一般病院 (1336)	総合病院 (838)	特定機能病院 (68)	精神病床を主 とする病院 (208)	老人病床を主 とする病院 (178)	その他の 病院 (392)
在宅療養指導料	36.4%	35.3%	48.2%	55.9%	8.7%	20.8%	33.7%
老人在宅療養指導料	28.7	29.3	34.6	26.5	6.3	21.3	29.8
退院時指導料	71.2	67.7	81.1	79.4	73.1	47.2	70.2
老人退院時指導料	57.1	54.9	66.3	54.4	28.8	57.3	60.5
退院時リハビリテーション指 導料	40.1	38.3	56.1	48.5	4.8	25.3	36.2
老人退院時リハビリテーショ ン指導料	36.7	34.0	50.1	41.2	4.3	36.0	34.4
退院前訪問指導料	18.2	16.2	22.2	7.4	21.2	15.2	17.9
老人退院前訪問指導料	14.2	13.6	17.8	7.4	4.3	12.9	15.3
在宅患者訪問看護指導料	36.9	39.0	41.3	17.6	17.8	29.8	36.7
寝たきり老人訪問看護指導料	32.6	34.7	32.7	8.8	11.1	37.6	39.0
寝たきり老人訪問看護指導料 在宅老人ターミナルケア加算	7.0	7.9	8.2	0.0	2.4	3.4	6.4
寝たきり老人末期訪問看護指 導料	5.0	4.9	6.4	1.5	1.0	3.4	6.1
在宅末期医療総合診療料	2.7	3.5	2.7	0.0	0.0	2.8	1.3
退院患者継続訪問指導料	7.8	7.0	8.8	1.5	9.6	6.7	8.7
老人デイ・ケア料	3.9	4.0	1.8	1.5	4.3	11.2	4.8
算定しなかった	9.3	11.7	5.4	5.9	7.2	14.0	8.9
無 回 答	7.0	7.0	5.3	7.4	14.9	6.7	6.6

154病院は今後保健婦を配置する予定がある《統計表第203表》。外来と病棟それぞれに配置された看護職員をあわせ一体的に勤務体制（夜勤を含む）を組んでいるかという問いに対しては、「院内全体で実施」520病院（17.2%）、「一部診療科・病棟で実施」425病院（14.0%）、「実施していない」1,948病院（64.4%）である《統計表第205表》。設置主体別に見ると、「国（文部省）」では「院内全体で実施」が34.6%で、他の設置主体と比較して多い。

(3) 診療報酬と関連する看護管理上の課題

あらかじめ設定した項目から、課題と考えているものすべてを選択する方法で回答を求めた。「基準看護から新看護への移行」「新看護のより高いクラスへの移行」「夜間勤務等看護加算の取得」など、看護料の算定に関わる項目を選択した病院が多い（表27）。

本調査は1994（平成6）年10月の診療報酬改定からちょうど1年を経た時点で実施された。この改定では看護料に従来の「基準看護」に加えてあらたに「新看護」体系が導入された。あ

表27 看護管理上の課題（複数回答）

基準看護から新看護体系への移行	20.9%
新看護体系のより高いクラスへの移行	31.0
付添い看護の解消	10.8
看護要員の傾斜配置	16.0
患者の状態による病棟編成	22.2
夜間勤務等看護加算の取得	25.5
夜勤体制の変更	20.9
特定入院料の導入※	8.0
その他	2.9
該当項目なし	13.0
無回答	5.7

※導入を検討している特定入院料項目と病院数は次のとおり。

- 救命救急入院料（30病院）
- 特定集中治療室管理料（49病院）
- 新生児特定集中治療室管理料（32病院）
- 広範囲熱傷特定集中治療室管理料（5病院）
- 緩和ケア病棟入院料（20病院）
- 療養型病床群入院医療管理料（59病院）
- 老人病棟入院医療管理料（53病院）
- 精神療養病棟入院料（38病院）
- 特殊疾患療養病棟入院料（12病院）

わせて、これに先立つ健康保険法改正（職業付添い婦による「付添い看護」に対する療養費給付を廃止する）に対応して、医療機関における付添い看護を解消し、医療機関がその責任において看護要員による看護サービスを提供する体制に移行を促す診療報酬上の対策が講じられた。

多くの看護管理者はこの改定を期に、政策の動向・診療報酬の動きを視野に入れながら看護サービスの方向性を打ち出す必要を改めて意識したものと思われ、さらに、看護管理者が病院経営・病院全体のサービスの方向性に対しても

関心を持ち、積極的に関与することが重要であるという認識も、より広く共有されつつある。

(4) 病院が取り組むサービスの方向性

医療の複数の分野を例示し、それぞれについて病院が課題として取り組んでいるかを尋ねた。それぞれの分野ごとに「取り組んでいる」という回答は、「慢性疾患患者の療養指導」1,316病院（43.5%）、「在宅医療」1,253病院（41.4%）、「リハビリテーション医療」1,253病院（41.4%）、「救急医療」1,102病院（36.4%）、「高度専門医療」665病院（22.0%）、「終末期医療」663病院（21.9%）、「老人専門医療」426病院（14.1%）、「エイズ医療」170病院（5.6%）である《統計表第210表》。

病院に病院以外の保健・医療サービス提供施設・組織を併設しているかを尋ねた結果、「在宅介護支援センター」については「併設している」268病院（8.9%）、「検討中」286病院（9.5%）、「訪問看護ステーション」は「併設している」354病院（11.7%）、「検討中」452病院（14.9%）、「老人保健施設」は「併設している」328病院（10.8%）、「検討中」306病院（10.1%）だった《統計表第212表》。

4. 看護部長の属性

看護部長の性別は、「女性」96.7%、「男性」1.7%で、平均年齢は54.1歳（前回調査53.5歳）である《統計表第227表》。看護部長としての通算経験年数は6.4年（同6.6年）、うち、現病院看護部長としての経験年数は4.6年（同4.9年）である《統計表第228表》。