

## Ⅱ 調査結果

### 1. 回答者の属性および回答者所属病院の概要

#### 1) 回答者の属性

##### (1) 性と年齢

本調査の回答者である看護部長（またはそれに代わる職名の者）の性別と年齢は表1、表2の通りで、平均年齢は53.7歳である。

所属病院の設置主体別に見ると、「国」は8割以上、「自治体」「公的」「社会保険団体」は7割以上が50歳台に集中している。「医療法人・個人」の看護部長の年齢は、ばらつきが大きい《統計表第1表》。また、大規模病院ほど50歳台に集中し、小規模病院ほど年齢のばらつきが大きい《統計表第2表》。

##### (2) 看護部長としての経験年数

他病院での経験も含めた看護部長（総婦長）としての経験年数、および今の病院での看護部長（総婦長）としての経験年数は、表3の通りである。平均は、前者6.3年、後者4.7年である。

今の病院での看護部長（総婦長）としての経験

性別	割合
女性	89.6%
男性	2.1
無回答	8.3
計	100.0

年齢	割合
39歳以下	3.1%
40～49歳	20.8
50～59歳	51.5
60歳以上	17.1
無回答	7.5
計	100.0

表3 看護部長としての経験年数

	看護部長としての経験年数	今の病院での看護部長としての経験年数
1年以下	16.5%	21.9%
2～3年	20.3	26.2
4～5年	16.4	15.9
6～7年	9.8	8.8
8～9年	8.8	7.5
10年以上	20.5	12.8
無回答	7.7	6.9
計	100.0	100.0

年数を所属病院の設置主体別に見ると、「国」は3年以下に集中している（79.6%）のに対し、それ以外ではばらつきが大きい《統計表第4表》。

#### 2) 回答者所属病院の概要

##### (1) 設置主体

「国」7.4%、「自治体」19.5%、「公的（日赤・済生会など）」6.8%、「社会保険団体」3.6%と、公的な性格の病院が合わせて37.3%。「医療法人」41.9%、「個人」7.9%と、いわゆる民間病院が49.8%を占める。「学校法人・その他」が11.2%である《統計表第7表》。

##### (2) 病床規模

「99床以下」が23.4%、「100～199床」が30.6%、「200～499床」が35.8%、「500床以上」が10.1%である《統計表第9表》。

##### (3) 病床の種類

一般病床を有する病院は85.4%、療養型病床群

を有する病院は6.8%、精神病床を有する病院は15.3%、結核病床を有する病院は8.2%、老人病床を有する病院は12.8%である《統計表第14表》。

#### (4) 対象患者から見た病院種別

「精神病院」が8.0%、「結核またはらい療養所」が0.7%、「主に老人を対象とする病院」が11.0%、「主に障害児（者）や難病患者を対象とする病院」が1.2%、「その他の特定患者を主な対象とする病院」が6.1%、残る72.6%は対象患者を限定しない「一般病院」である。なおこの分類は、本調査独自のものである《統計表第5表》。

#### (5) 病院機能の種別

「単科を中心とした専門病院」が27.2%、「高度・専門医療を目的とした病院」が6.6%、「総合病院」が29.7%、「在宅療養者支援を中心に行っている病院」が4.1%、「リハビリ専門病院」が2.6%、「大学病院、もしくは特定機能病院」が3.1%、以上のどれにも分類できない「その他」が24.1%である。なおこの分類は、本調査独自のものである《統計表第6表》。

## 2. 病院が目指す方向と看護部の課題

### 1) 病院が目指す方向

医療提供体制の変革期にあたって、各病院は様々な課題を抱えている。病院が目指す方向（課題）を9項目あげ、自病院に該当すると思うものすべてを選んでもらった（表4）。

第1位が「入院期間の短縮」で60.9%の看護部長が○をつけた。次に「在宅支援機能（往診、訪問看護など）の充実」56.5%、「外来機能の拡充」47.3%、「高度医療の拡充」「診療所との連携推進」ともに33.2%と続いている。多くの病院が入院期

表4 病院が目指す方向（複数回答）

入院期間の短縮	60.9%
在宅支援機能（往診、訪問看護など）の充実	56.5
外来機能の拡充	47.3
高度医療の拡充	33.2
診療所との連携推進	33.2
複合的な医療福祉サービスの提供（老健、介護支援センターの併設など）	27.7
療養型病床群への転換、拡充	15.0
入院医療管理料（包括制料金）の導入	11.8
付添看護の解消	9.7
その他	6.2
特に方向性はない	1.5
わからない	0.9
無回答	2.0

\*回答病院 2,977（100%）に対する割合。

間の短縮に向けて、「在宅支援機能の充実」「外来機能の拡充」「診療所との連携推進」を目指しているといえる。

病院の機能分化が迫られているが、その方向としては、一方で33.2%が「高度医療の拡充」としているのに対し、他方で「在宅支援機能の充実」56.5%、「複合的な医療福祉サービスの提供」27.7%、「療養型病床群への転換、拡充」15.0%と、慢性期医療への対応体制の整備を課題と見ている看護部長は多い。

所属病院の設置主体別に見ると、「高度医療の拡充」は、「国」「公的」が各々53.4%、53.2%に対し、「医療法人・個人」は21.6%と比率が低い。逆に、「療養型病床群への転換、拡充」および「複合的な医療福祉サービスの提供」は、「医療法人・個人」が最も比率が高い。「在宅支援機能の充実」は、「公的」「社会保険団体」「医療法人・個人」の順に関心が高い。「診療所との連携推進」は「社会保険団体」「学校法人・その他」が各々48.6%、48.2%に対し、「医療法人・個人」は26.6%と関心が低い《統計表第16表》。

所属病院の種別で見ると、「高度医療の拡充」

は「大学病院、もしくは特定機能病院」で91.2%、「高度・専門医療を目的とした病院」で78.1%と比率が高い。「療養型病床群への転換、拡充」は「主に老人を対象とする病院」が45.6%で最も比率が高い。「在宅支援機能の充実」および「複合的な医療福祉サービスの提供」は「在宅療養者支援を中心に行っている病院」「主に老人を対象とする病院」「精神病院」の関心が高い。「診療所との連携推進」は「総合病院」「高度・専門医療を目的とした病院」の関心が高い。「外来機能の拡充」は、「大学病院、もしくは特定機能病院」の関心が高い《統計表第17, 18表》。

## 2) 看護部が抱えている課題

看護部が抱えている課題を24項目あげ、自病院に該当すると思うものすべてを選んでもらった(表5)。回答率の高い項目は、「看護業務の見直し」69.6%、「看護管理者の育成」67.2%、「看護職の能力開発」60.1%、「看護要員の確保・定着促進」51.1%、「入院期間の短縮」44.5%、「他部門、他職種との連携推進」43.3%、「訪問看護の実施・拡充」42.2%、「退院計画作成、退院指導の実施・拡充」41.6%などである。

「看護業務の見直し」が第1位にあがっているのは、病院を取り巻く環境の変化や、業務の効率化が求められていることを反映しているといえよう。「看護管理者の育成」や「看護職の能力開発」が上位にあがっているのは、変化に対応できる管理者やスタッフの必要性を感じている看護部長が多いということであろう。

「看護要員の確保・定着促進」は、看護部長にとって過去長期にわたり最も頭を悩ます問題であったと思われるが、半数の看護部長は今も課題としている。

前述したように、60.9%が「入院期間の短縮」

表5 看護部の抱えている課題(複数回答)

看護業務の見直し	69.6%
看護管理者の育成	67.2
看護職の能力開発	60.1
看護要員の確保・定着促進	51.1
入院期間の短縮	44.5
他部門、他職種との連携推進	43.3
訪問看護の実施・拡充	42.2
退院計画作成、退院指導の実施・拡充	41.6
勤務体制の見直し	40.7
プライマリナーシング、受け持ち看護の導入・定着化	40.3
インフォームド・コンセントへの看護婦の関与促進	39.4
外来看護における療養相談の実施・拡充	38.6
看護職員定数を増やす	37.0
看護職の能力評価	36.4
看護補助者(介護職員)の活用	33.7
看護関連の診療報酬の獲得	33.5
経営面で看護部の発現力を高めること	29.6
患者の退院先との連携強化	29.1
労働条件の改善	28.7
ターミナルケアの充実	26.2
診療部門との調整	22.1
福利厚生の拡充	21.4
能力給の導入	9.3
専門看護師、認定看護婦(士)の活用	5.8
その他	2.1
特にない	0.2
無回答	0.7

\*回答病院 2,977 (100%) に対する割合。

を病院全体としての課題と回答しているが、看護部としても「入院期間の短縮」を課題としているのは44.5%である。また、入院期間の短縮につながる「訪問看護の実施・拡充」「退院計画作成、退院指導の実施・拡充」「外来看護における療養相談の実施・拡充」を、各々4割前後が課題にあげている。

病院の属性による、看護部が抱える課題の違いを見てみよう。

設置主体別に回答率の高い項目を見ると、「国」は1位が「看護業務の見直し」、ついで「勤務体制の見直し」である。「自治体」「公的」「社会保

険団体」は、1位が「看護業務の見直し」、2位が「看護管理者の育成」である。「学校法人・その他」は「看護業務の見直し」と「看護管理者の育成」が同率で1位である。「医療法人・個人」は1位が「看護管理者の育成」、2位が「看護要員の確保・定着促進」である。

設置主体別で回答差が大きい項目をあげると、「看護要員の確保・定着促進」は「医療法人・個人」の回答率が高く、「勤務体制の見直し」は「国」の回答率が高い。「外来看護における療養相談の実施・拡充」「ターミナルケアの充実」「インフォームド・コンセントへの看護婦の関与促進」「プライマリーナーシング、受け持ち看護の導入・定着化」については「社会保険団体」「公的」の比率が高い《統計表第19表》。

病床規模別に回答率の差を見ると、看護要員確保と労働条件改善に関する項目（「看護要員の確保・定着促進」「労働条件の改善」「福利厚生への拡充」「看護補助者（介護職員）の活用」）および「訪問看護の実施・拡充」を除くすべての項目（看護管理や看護サービスの向上に関する項目）で、規模が大きいほど回答率が高い。特に規模別の回答差が大きい項目は、「他部門、他職種との連携推進」「診療部門との調整」「経営面での看護部の発言力を高めること」「外来看護における療養相談の実施・拡充」「ターミナルケアの充実」「インフォームド・コンセントへの看護婦の関与促進」「プライマリーナーシング、受け持ち看護の導入・定着化」「看護職の能力評価」などである《統計表第20表》。

算定している看護料による回答率の差を見ると、看護要員確保と労働条件改善に関する項目および「入院期間の短縮」「訪問看護の実施・拡充」を除くすべての項目で、看護職員配置基準が高いほど回答率が高い。逆に、看護要員確保と労働条件改

善に関する項目は、算定看護料の看護職員配置基準が低いほど回答率が高い。特に「看護要員の確保・定着促進」「看護補助者（介護職員）の活用」の回答差が大きい《統計表第23表》。

看護職員配置基準が低い看護料を算定している病院では看護要員確保が課題であり、基準が高いほど看護管理や看護サービスの向上に意欲的であることがわかる。

病院の種類で回答率の高い項目を見ると、ほとんどのタイプで1位が「看護業務の見直し」、2位が「看護管理者の育成」である。しかし、「単科を中心とした専門病院」では1位は同じであるが2位が「看護要員の確保・定着促進」、主に老人を対象とする病院では1位が「看護管理者の育成」、2位が「看護要員の確保・定着促進」と、他と異なる傾向を示している《統計表第21、22表》。

### 3. ニーズの変化と看護業務

#### 1) ベッドサイドケア拡充のための取り組み

前述したように、「看護業務の見直し」を看護部の課題と考える看護部長は69.6%に上り、第1位である。その目的は、看護職員の定数を増やすことが困難な中で、看護職員がベッドサイドで患者のケアにあたる時間を増やすことにあると考え

表6 ベッドサイドケア拡充のための取り組み(複数回答)

申し送りの短縮	79.8%
記録の簡素化	72.7
看護補助者(介護職員)との業務分担の見直し	60.4
他職種との業務分担の見直し	51.8
業務の外注	20.7
その他	7.1
特に何もしていない	1.1
無回答	1.0

\*回答病院 2,977 (100%) に対する割合。

表7 インフォームド・コンセントについて、看護職の関わり

	原則として 行う(同席)	場合によっ て行う(同 席)	ほとんど行 っていない(同 席し)ない	無回答	計
医師の患者への説明に看護職も同席する	59.8%	36.3%	2.5%	1.4%	100.0%
患者への説明の前に医師、看護職、その他の 職種でカンファレンスを行う	10.5	63.6	22.0	3.9	100.0
医師の説明後、看護職が補足説明を行う	12.9	80.5	3.9	2.7	100.0
患者・家族の理解度や納得の程度を確認する	39.3	54.4	3.9	2.4	100.0

られる。

表6は、ベットサイドケア拡充のためにどのような取り組みをしているかを問うた結果である。「申し送りの短縮」79.8%、「記録の簡素化」72.7%、「看護補助者(介護職員)との業務分担の見直し」60.4%、「他職種との業務分担の見直し」51.8%、「業務の外注」20.7%の順である。「申し送りの短縮」と「記録の簡素化」は、病院の属性の違いを超えて回答率が高いが、その他の項目については、病院の属性による回答差が大きい。

「看護補助者との業務分担の見直し」の回答率が高いのは、設置主体別の「医療法人・個人」、病院機能種別の「在宅療養者支援を中心に行っている病院」「リハビリ病院」である。さらに、病床規模が小さいほど、また算定看護料の看護職員配置基準が低いほど、回答率が高い。

「他職種との業務分担の見直し」の回答率が高いのは、設置主体別の「公的」、病院機能種別の「総合病院」「大学病院、もしくは特定機能病院」である。さらに、病床規模が大きいほど、また算定看護料の看護職員配置基準が高いほど、回答率が高い。

「業務の外注」の回答率が高いのは、設置主体別の「国」、病院機能種別の「大学病院、もしくは特定機能病院」である。さらに、病床規模が大きいほど、また算定看護料の看護職員配置基準が高いほど、回答率が高い《統計表第24、25、26、

27表》。

## 2) 治療に関するインフォームド・コンセントへの看護職の関わり

治療方針の十分な説明により、患者・家族自身が医療に主体的に参加できるようにすることが、治療効果を上げる上で重要である。

表7は、治療方針に関するインフォームド・コンセントについて、看護職がどのように関わっているかを問うた結果である。「医師の患者への説明に看護職も同席する」病院は多いが(「原則として同席」59.8%、「場合によって同席」36.3%)、「患者への説明の前に医師、看護職、その他の職種でカンファレンスを行う」あるいは「医師の説明後、看護職が補足説明を行う」のは、「原則として行う」が1割程度に過ぎず、「場合によって行う」との回答が多い。「患者・家族の理解度や納得の程度を確認する」のは「原則として行う」が39.3%、「場合によって行う」が54.4%となっている。病院の属性による顕著な回答差は見られない。

1996年4月の診療報酬改定で、「治療計画を作成し、患者本人に病名または病状、推定される入院期間を説明すること」を評価する「入院治療計画加算」(入院時医学管理料の加算)が新設された(1997年4月の改定で「入院診療計画加算」と名称が変更。治療計画を含む幅広い入院診療計画を、

表8 「入院治療計画加算」算定患者の有無および計画作成への看護婦の関与

●算定患者の有無		●計画作成への看護婦の関与	
いる	59.4%	ほとんどの場合作成に協力している	36.1%
いない	20.8	医師が主に作成し、協力を求められた時のみ関わる	38.4
わからない	6.6	医師のみが作成しており、まったく関わっていない	20.9
無回答	13.2	その他	1.3
計	100.0	無回答	3.3
		計	100.0

表9 看護計画やケアプランの策定

●看護計画やケアプランの策定		●計画立案への患者・家族の参加	
すべての患者に立てている	65.4%	ほとんどの場合参加する	1.5%
一部の患者に立てている	30.1	参加することもある	41.2
立てていない	2.2	参加しない	54.9
無回答	2.3	無回答	2.4
計	100.0	計	100.0

  

●計画の患者への提示	
ほとんどの患者に見せる	2.1%
見せることもある	29.8
見せない	64.5
無回答	3.6
計	100.0

看護婦を含む関係職種が共同して策定することが要件となった)。

「入院診療計画加算」の新設から7か月後の調査日現在で、この点数を算定している患者の有無、入院治療計画作成への看護婦の関与の状況を問うたところ、結果は表8の通りであった。算定患者が「いる」のは59.4%、そのうち看護婦が「ほとんどの場合作成に協力している」のは36.1%であった。

病院の属性別に見ると、加算を算定している比率が高いのは、病院機能の種別では「総合病院」「高度・専門医療を目的とした病院」「大学病院、もしくは特定機能病院」である《統計表第31表》。また、算定看護料の看護職員配置基準が高いほど比率が高い《統計表第32表》。

### 3) 看護計画やケアプランの立案

看護計画ないしケアプランはほとんどの病院で立てており、65.4%が「すべての患者」、30.1%が「一部の患者」に立てている。

看護計画についても、患者に説明し納得してもらい、あるいは計画立案の段階から患者・家族の参加を求め希望や意見を取り入れる、いわば、看護におけるインフォームド・コンセントが、早期回復、スムーズな退院を可能にする上で重要であるという考え方が広まりつつある。しかし、立案に「ほとんどの場合参加」、計画を「ほとんどの患者に見せる」はまだごくわずかで、「参加することもある」が41.2%、「見せることもある」が29.8%と、看護におけるインフォームド・コンセントは試みの段階といえよう(表9)。

なお、算定看護料の看護職員配置基準が高いほど、看護計画やケアプランの立案、立案への患者・家族の参加、患者への計画の提示に積極的な病院が多い《統計表第33, 34, 35表》。

#### 4) 緩和ケアの特別な取り組み

医療技術の高度化、患者の高齢化、医療財源の逼迫などを背景に、延命治療の是非や安らかな死を迎えるための医療への関心が高まっている。

末期癌患者については、疼痛コントロールを中心に残された生活を充実させる緩和ケアを評価した診療報酬点数として、1990年に「緩和ケア病棟入院料」(病棟単位で算定)が新設された。しかし、これを算定している病院はまだ全国で26病院(1996年7月1日現在:厚生省調べ)、今回の調査

表10 癌患者への緩和ケアの取り組み

している	16.3%
特別なことはしていない	69.2
癌患者はいない	10.5
無回答	4.0
計	100.0

の回答病院では15病院(0.6%)に過ぎない。

しかし、「緩和ケアについて特別な取り組みをしている」と回答している病院は、486病院(16.3%)あった(表10)。「緩和ケア病棟入院料」の算定要件は満たしていないものの、緩和ケアの試みは広がっていることがわかる。その取り組みの内容は表11の通りで、「癌患者に対する在宅ケア」「緩和ケアに関する院内教育」の比率が高い。

末期患者だけを対象とした特別な病棟ではなく、

表11 癌患者への緩和ケアの取り組み(複数回答)

癌患者に対する在宅ケア(往診、訪問看護など)を行っている	63.8%
緩和ケアに関する院内教育を行っている	36.8
緩和ケアを討議する院内委員会を設置している	20.4
緩和ケア担当医がいる	18.3
一定の緩和ケアプログラムがある	13.8
多職種による緩和ケアチームを結成している	12.6
遺族へのグリーフケアを行っている	9.5
緩和ケア外来を設けている	8.2
談話室、面会室、キッチンなど緩和ケア専用の施設、設備がある	7.4
緩和ケアにボランティアが参加している	7.0
緩和ケア専用の病室がある	6.4
その他	13.0
無回答	0.6

\*取り組みをしている病院486(100%)に対する割合。

表12 ターミナル期にある老人への延命治療の行き過ぎ

●延命治療が行き過ぎであると感じること		}	●その原因はどこにあると思うか(複数回答)	
よくある	6.5%		患者が望む	6.3%
ときどきある	59.3		家族が望む	70.7
ほとんどない	29.1		医師の考え	76.2
無回答	5.1		病院の方針	2.4
計	100.0	その他	1.8	
		無回答	1.6	

\*「ある」と回答した病院1,960(100%)に対する割合。

表13 看護組織の中でセクションの枠を超えて活用可能なアドバイザー

いる	5.2%
いない	88.9
検討している	3.9
わからない・無回答	2.0
計	100.0

一般の病棟においてこのような取り組みが必要であり、そのための診療報酬上の評価が望まれる。

### 5) 延命治療について

ターミナル期にある老人への積極的な延命治療について、看護部長の目から見て行き過ぎと感じることがあるかとの問に対し、「よくある」が6.5%、「ときどきある」が59.4%であった。その原因としては、「医師の考え」「家族が望む」と見る看護部長が多く(各々、76.2%、70.7%)、「患者が望む」「病院の方針」と見る看護部長は少ない(表12)。

所属病院の属性別に見ると、病床規模が大きいほど延命治療に行き過ぎと感じ、その原因を「医師の考え」と見る看護部長が多い《統計表第38、40表》。また、「総合病院」「大学病院、もしくは特定機能病院」に、行き過ぎと感じ、その原因を「医師の考え」と見る看護部長が多い《統計表第39、41表》。

### 6) 看護スタッフのアドバイザーの活用

専門看護師、ETナース、リエゾンナースを例示し、「看護組織の中でセクションの枠を超えて活用可能なアドバイザーとしての人材がいますか」と問うたところ、「いる」が5.2%、「検討している」が3.9%であった(表13)。専門的な知識を持った看護婦から看護スタッフがアドバイスを受けられるということは、医療技術の高度化、患者ニ

表14 病院看護機能の自己評価を行い看護の質の改善に結びつけているか

結びつけている	12.7%
自己評価は行っているが、まだ看護の質の改善に結びついていない	40.3
行っていない	45.5
無回答	1.5
計	100.0

ーズの変化等に対応する上で重要と考えられるが、そのための体制作りはまだ始まったばかりといえよう。

なお、病床規模が大きいほど「いる」「検討している」の比率が高く、「500床以上」では各々19.6%、9.6%である《統計表第42表》。

### 7) 病院機能の評価

看護サービスの向上には、サービス提供体制の整備が不可欠である。本会は、病院看護機能を自己評価するための評価表を作成し、普及を図ってきた。自己評価はどの程度普及し、評価の実施が体制の改善へ、そしてサービスの改善へとつながっているであろうか。

「病院看護機能の自己評価を行い、看護の質の改善に結びつけていますか」との問に対し、「結びつけている」12.7%、「自己評価は行っているが、まだ看護の質の改善に結びついていない」40.3%、「行っていない」45.5%であった(表14)。病院の属性による違いを見ると、病床規模が大きいほど、また算定看護料の看護職員配置基準が高いほど、改善に「結びつけている」病院の比率が高い《統計表第43、44表》。

病院機能評価は、自己評価から始まり、第三者評価へと発展した。日本医療機能評価機構による第三者評価が、1996年に本格稼働に向けての運用調査という形で始まった。

表15は、日本医療機能評価機構による評価を受



表15 日本医療機能評価機構の評価を受ける用意

すでに受けた	3.2%
病院としても看護部としても用意がある	12.7
病院としてはそのつもりだが、看護部としては準備ができていない	4.5
病院としてはそのつもりはないが、看護部としては受けたい	16.1
病院としても看護部としてもそのつもりはない	4.1
検討していない	49.6
その他	5.9
無回答	3.9
計	100.0

ける用意があるかを問うた結果である。「すでに受けた」3.2%、「そのつもりはない」と「検討していない」を合わせて53.6%である。33.3%の病院が、今後評価を受けることに何らかの関心を持っているが、必ずしも病院全体として考えが一致しているわけではない。「病院としても看護部としても用意がある」12.7%、「病院としてはそのつもりはないが、看護部としては受けたい」16.1%に対し、「病院としてはそのつもりだが、看護部としては準備ができていない」は4.5%にすぎず、看護部の関心は高い。

特に、病床規模が大きい病院、看護職員配置基準の高い看護料を算定している病院において、看護部の関心が高い《統計表第45、46表》。

#### 4. 長期入院と退院に向けての看護職の取り組み

##### 1) 平均在院日数

入院長期化に伴う診療報酬の逓減制が強化されているため、今や平均在院日数の短縮が経営上不可欠となっている。前述したように「入院期間の短縮」を目指している病院は、60.9%に上る。

表16は、一般病床の平均在院日数である。これを病院の属性別に見てみよう。設置主体別では「自治体」「公的」「社会保険団体」、病床規模別で

表16 一般病床の平均在院日数

15.0日以下	5.3%
15.1～20.0日	13.3
20.1～25.0日	19.0
25.1～30.0日	16.1
30.1～35.0日	7.3
35.1～40.0日	4.5
40.1日以上	17.9
無回答	16.6
計	100.0

は300床以上の病院は、「20.1～25.0日以下」を中心に大半が30日以下であるのに対し、「国」「医療法人・個人」、300床未満の病院の平均在院日数はばらついている《統計表第47、48表》。病院機能の種別では「総合病院」が「20.1～25.0日以下」を中心に大半が30日以下であり、「在宅療養者支援を中心に行っている病院」「リハビリ専門病院」は平均在院日数が長い病院が多い。「単科を中心とした専門病院」「高度・専門医療を目的とした病院」「大学病院、もしくは特定機能病院」の平均在院日数はばらついている《統計表第49表》。

##### 2) 長期入院患者、入院長期化の理由

長期入院が問題視されるのは、特に一般病床についてである。そこで、一般病床に3か月以上入院している患者の有無と人数を聞き、一般病床の全入院患者数に対する3か月以上入院患者数の割