

3 研究結果

(2) データセット

分析に用いたデータは以下のとおり。自己評価票 Ver.4.0 のデータ 1,096 件を分析の母集団とし、分析内容に応じて絞り込みを行った。
データ項目の詳細は添付資料参照のこと。

図表 2 分析に用いたデータの項目数及びサンプル数

項目	項目数	サンプル数
施設基本票	173	1,377
部門別調査票	427	1,377
診療機能調査票	22	1,377
経営調査票	50	1,377
自己評価票中項目	526	1,096
自己評価票小項目	1,706	1,096

図表 3 領域ごとの分析に用いたデータ及びサンプル数

領域	分析に用いたデータ/除外したデータ	サンプル数
病院のガバナンスと経営管理	・除外したデータはない	1,096 件
職員体制	・除外したデータはない	1,096 件
院外連携	・精神病院を除外し、急性期の一般病院のみを対象とした (平均在院日数 30 日以内)	835 件
施設・設備	・除外したデータはない	1,096 件
感染管理	・除外したデータはない	1,096 件
病理	・精神病院を除く	1,010 件
手術・麻酔	・精神病院および病院種別が不明なものを除外	973 件
診療録管理	・除外したデータはない	1,096 件
薬剤	・除外したデータはない	1,096 件
医療安全管理	・除外したデータはない	1,096 件

※いずれの領域でも、相関係数の算出では、回答のないケースを除外するために有効サンプル数は低下する。

(0) 第 1 段階の作業仮説の検証結果

第 1 段階の作業仮説について、項目間の相関係数により検証した結果は以下のとおり。

図表 4 第 1 段階の作業仮説の検証結果

領域	作業仮説	使用データ 上段：被説明変数 下段：説明変数	分析結果
①病院のガバナンスと経営管理	管理者のリーダーシップが高ければ診療実績を取りまわめて質向上に活用している	4.31.1 (診療実績の取りまわめ) 1.3.3.1 (質向上に関する管理者の指導力)	相関係数は-0.22 と弱い相関
	研修にお金をかけていれば 1.7.1 (全職員を対象とした教育・研修の実施)の点数は高い	1.7.1 4.2.3 (医師の教育研修) 医療収益 100 対研修費 (昨年度)	いずれも相関は見られない (それぞれ-0.004、0.019、0.028)
	1.7.1 (全職員を対象とした教育・研修)が実施されていれば、4.2.3 (医師の教育・研修)も実施されている	4.2.3 1.7.1 1.7.2	医師の教育・研修は院内研修 (R=0.24)、院外研修の実施状況と (R=-0.30) 弱い相関
	1.7.1 (全職員を対象とした教育・研修)が実施されていれば、5.11.2.4 (バスのパリアンス評価)も実施されている	5.11.2.4 1.7.1	明確な相関は見られない
	患者の権利に関する方針が周知されていれば、患者のプライバシーも確保されている	3.5.1 (外来患者のプライバシーの確保) 3.5.2 (入院患者のプライバシーの確保) 2.2.1 (患者の権利に関する方針の周知)	明確な相関は見られない
	バスのパリアンス分析を行っているところは在院日数が短い	平均在院日数 5.11.2.4 (バスのパリアンス分析)	明確な相関は見られない
	医師の能力評価・貢献度評価が行われていけば、医師の収益性は高い	医師一人当たり診療報酬 (診療差額を除外した医療収益÷医師数) 4.2.3 (医師の能力評価・貢献度評価の実施) 医療収益	相関は見られない
	経営管理が適切に行われていれば収支はよい	6.2.4 (適切な経営管理) 医療収益	明確な相関は見られない
	在庫管理・物品購入管理が適切に行われていれば収支はよい	6.4.1 (適切な物品購入手続き) 6.4.2 (適切な在庫管理)	相関は見られない
	人事考課が適切に行われていれば収支はよい	6.1.3 (適切な人事考課) 医療収益	相関は見られない
	人材が確保されていれば収益性は高い	医療収益	相関は見られない

領域	作業仮説	使用ターゲット 上段：被説明変数 下段：説明変数	分析結果
	い (どの職種を確保すれば収益が高まるか)	6.1.2 (人材の確保と就業状況の適切性) 病棟 100 対麻酔医数 病棟 100 対管理医数 病棟 100 対診療情報管理士数 病棟 100 対 MSW 数 待ち時間 3.3.3 (苦情対応の適切性)	平均待ち時間 (初診受付、診察、採血、X 線撮影、計算、会計、薬局) いずれも、明確な相関は見られない
	苦情対応が適切であれば待ち時間は少ない?	4.5.2.4 (適切な精度管理) 外部サマーベイベイ参加の有無 日本医師会サマーベイベイ参加と点数 日本医療衛生検査技師会サマーベイベイ参加	日本医師会サマーベイベイ参加と点数の成績と弱い相関が見られた。(r=-0.25)
	検査報告時間が短ければ緊急時の検査への対応が可能になる	4.5.2.3 (緊急時の検査体制) 4.22.1.8 (緊急検査・時間外検査への対応) 主要な血液・生化学検査の報告時間 ルーチン検査 (分) キンキエウ (分)	明確な相関は見られない
	看護部門の組織が整備されていれば患者の声を尊重する	3.3.1 (患者の声を聞く努力) 3.3.2 (患者の声に基づく改善)	明確な相関は見られない
	病棟管理が適切であればベッドの回転率は高い	5.1.3 (看護組織の整備)	明確な相関は見られない
	退院時サマリが作成されていれば退院時サマリに関する評価が高い	6.2.6 (適切な病棟管理) 4.20.4.4 (退院時サマリを遅滞なく作成)	弱い相関が見られた (r=-0.35)
②職員体制	放射線専門医が配置されていれば画像診断が適切に行われている	画像診断管理加算算定の有無 4.7.2.1 (画像の搬送・所見報告の手順) 1.9.3 (高野医療機器検査委託)	画像の搬送・所見報告手順と画像診断常勤専任医師数は相関あり (r=0.39)
	院外処方が進んでいれば薬剤師数は少ない	放射線専門医数 (常勤専任・兼任、非常勤) 薬剤師数 (常勤、非常勤) 院外処方割合 (外来院外処方数/院内処方数)	常勤薬剤師数と院外処方割合にはやや負の相関あり (r=0.26)
	薬剤師が病棟業務を行ってはいれば薬剤師数は多い	病棟担当薬剤師の有無 病棟管理指導・薬剤管理指導 薬剤師数 (常勤、非常勤) 24 時間体制	常勤薬剤師数と薬剤管理指導件数には相関あり (r=0.39)
	時間外の薬剤師の対応と薬剤師数	薬剤師数 (常勤、非常勤) 24 時間体制	常勤薬剤師数と 24 時間体制には負の相関あり (r=-0.25)
	薬剤士が多いほど業務管理が適切に行われている	4.13.2 (適切な業務管理) 4.13.2.2 (適切な業務指導)	特に相関は見られない

領域	作業仮説	使用ターゲット 上段：被説明変数 下段：説明変数	分析結果
		患者 1 人当たり栄養指導件数 (個人/集団、外来/入院) 管理栄養士 1 人当たり栄養指導件数 (個人/集団、外来/入院) 100 床あたり管理栄養士数 4.14.2 (適切なリハ運営)	特に相関は見られない
		100 床あたり PT 数 100 床あたり OT 数 100 床あたり ST 数	特に相関は見られない
		5.1.3 (看護の温度空間) 正歪比率 看護職員退職率 5.10.2 (看護基準の活用)	特に相関は見られない
		看護管理が適切であれば退職率は低い	看護職員退職率は低い
		5.2.1 (働きやすさに配慮した組織づくり) 5.2.2 (効果的な看護提供のための組織づくり) 5.3.1 (看護職員の能力評価) 5.3.2 (看護職員の能力開発) 5.3.3 (看護の専門的知識) 5.20.1 (看護ケア改善の取り組み) 5.20.2 (改善の成果を活かしたケアの向上)	特に相関は見られない
		救急体制 4.12.2.2 (各職種) 当直体制 4.12.2.3 (診療各科の救急への支援体制) 4.5.2.3 (緊急時の検査体制) 4.7.2.3 (緊急時の放射線診断体制) 4.8.3.5 (夜間・時間外の調剤体制) 4.9.1.2 (夜間・時間外の輸血対応体制) 4.10.3.2 (緊急手術の対応)	4.12.3 救急体制と 4.12.2.2、4.12.2.3、4.5.2.3、4.7.2.3、4.8.3.5 にはそれぞれ相関あり (順に r=-0.31, r=-0.22, r=-0.33, r=-0.24, r=-0.26)
		看護と多職種との役割分担・連携により注射薬を個別取り揃えさせる	特に相関はみられない
		5.2.2.1 (他職種との連携) 4.11.1 4.6.1.1 (病棟医) 4.10.1.1 (手術・麻酔部門の組織体制の明確さ) 4.10.1.2 (麻酔医)	4.6.1.1 (病棟医)、4.10.1.2 (麻酔医) と 4.11.1 (機能) に合わせた医師・職員の採用は弱い相関が見られる。 1.10.1.1 (手術・麻酔部門の組織体制の明確さ) とはよ
		設置主体、病院属性により病棟、麻酔、手術部門の充足率は異なる	病棟 100 対麻酔 医、病棟医、診療情報管理士、ケースワーカー人数 開設主体、種類、臨床研修医
③院外連携		ここでは紹介率=紹介数/新入院院数、逆紹介率=逆紹介数/新入院院数とした。	

1 診療報酬上の紹介率の定義

領域	作業仮説	使用アンケート 上段：被説明変数 下段：説明変数	分析結果	
④施設・設備	1.9.2 (紹介患者受け入れの適切性) 1.9.4 (患者の他施設への紹介・転院の適切性)の評価が高ければ、紹介・逆紹介率は高い	紹介率 逆紹介率 1.9.2 1.9.4 紹介率 逆紹介率	相関は見られない	
	退院時要件を作成していれば、紹介・逆紹介率は高い	退院時要件作成率 4.20.4.4 (医師) 5.10.5.3 (看護)	相関は見られない	
	4.21.2.3 (退院後の療養方針と計画の検討)、4.30.2.3 (療養継続のための診療情報提供)の評価が高ければ、紹介・逆紹介率は高い	紹介率 逆紹介率 1.9.4 4.21.2.3 4.30.2.3	相関は見られない	
	床面積が大きければ、アメニティスペースが確保できる	3.7.1.4 (患者がくつろげるスペース) 3.7.2.4 (快適空間の確保)	200床以上の病棟では、1床あたり病棟面積、病床面積ともに3.7.1.4、3.7.2.4と弱い相関が見られた(-0.8~-0.4程度)	
	高さ調節ベッドが多ければ、3.7.4.1 (患者の状態に応じたベッド調節)の評価が高い	3.7.4.1 1床あたり高さ調節ベッド数 1床あたり傾斜調節ベッド数	3.7.4.1と1床あたり高さ調節ベッド数とは相関が見られたが(0.48)、1床あたり傾斜調節ベッド数との相関は、低かった(-0.27)	
	高さ調節ベッドが多ければ、2.4.1.3 (安全のための事前対策)の評価が高い	2.4.1.3 1床あたり高さ調節ベッド数 1床あたり傾斜調節ベッド数	1床あたり高さ調節ベッド数、1床あたり傾斜調節ベッド数は、2.4.1.3と相関が見られなかった(ともに-0.11)	
	病棟の築年数や保育所の有無が看護職員の退職率に影響する	看護職員退職率 病院築年数 保育所の有無	病院築年数、保育所の有無は相関がなかった(それぞれ-0.08、-0.01)	
	⑤感染管理	病理解部門が充足していれば、4.1.1.1 (機能に見合った医師・職員の採用)の評価が高い(再掲)	4.1.1.1 4.6.1.1 (病棟区) 4.10.1.1 (手術・麻酔部門の組織体制の明確さ)	4.6.1.1 (病棟区)と4.1.1.1 (機能に見合った医師・職員の採用)は弱い相関が見られる。
	⑥病理	設置主体、病院属性により病理部門の充足率は異なる(再掲)	病床100対診療情報管理士 報管理士、ケースワーカー人数 開設主体、規模、種別、臨床研修別	病床100対診療情報管理士数は開設主体と相関あり。
	⑦手術・麻酔	麻酔、手術部門が充足していれば、4.1.1.1 (機能に見合った医師・職員の採用)の評価が高い(再掲)	4.1.1.1 4.10.1.1 (手術・麻酔部門の組織体制の明確さ) 4.10.1.2 (麻酔区)	4.10.1.2 (麻酔区)と4.1.1.1 (機能に見合った医師・職員の採用)は弱い相関が見られる。

= { 文書による紹介患者数 + 救急車搬送患者数 (初診・再診) } / { 初診患者数 (初診料算定患者) - (時間外、休日又は深夜に受診したら歳未満の初診患者) }

領域	作業仮説	使用アンケート 上段：被説明変数 下段：説明変数	分析結果
⑧診療録管理	設置主体、病院属性により麻酔、手術部門の充足率は異なる(再掲)	病床100対麻酔区、病理区、診療情報管理士、ケースワーカー人数 開設主体、規模、種別、臨床研修別	病床100対診療情報管理士数は開設主体と相関あり。
	院外処方が増えれば、薬剤師数は少ない(再掲)	薬剤師数(常勤、非常勤) 院外処方割合(外来院外処方数/院内処方数(外来院外+院内))	常勤薬剤師数と院外処方割合にはやや負の相関あり(r=-0.26)
⑨薬剤	薬剤師が精練業務を行っていれば、薬剤師数は多い(再掲)	薬剤担当薬剤師の有無 麻薬管理指導、薬剤管理指導	常勤薬剤師数と薬剤管理指導(r=-0.38)
	時間外の薬剤師の対応と薬剤師数(再掲)	薬剤師数(常勤、非常勤) 24時間体制	常勤薬剤師数と24時間体制には負の相関あり(r=-0.25)
⑩医療安全			

(1) 病院のガバナンスと経営管理

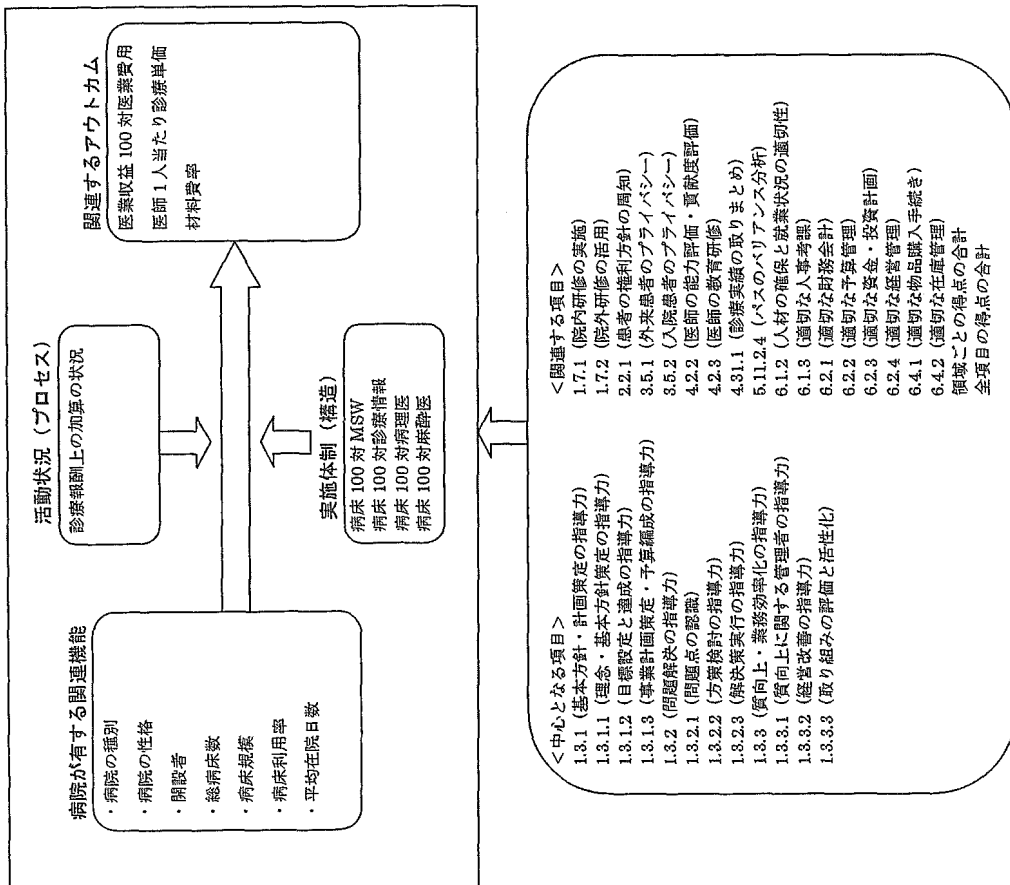
【分析結果の概要】

- リーダーシップに関するどの項目も、医療収益 100 対医療費用、医師一人当たり診療単価等との相関は明確ではなく、管理者のリーダーシップが直接経営状況に影響するかどうかについては、今回の分析からは把握されなかった。
- 200 床未満の医療機関では 200 床以上の医療機関に比べて、「適切な人事考課」、「適切な予算管理」、「適切な資金・投資回収計画」、「適切な経営管理」、「適切な在庫管理」等の項目でリーダーシップと相関がより強く見られた。
- 公的病院、民間病院それぞれについて、医療収益 100 対医療費用の高低により上位群、下位群を抽出し、収支状況の良い病院の特徴について分析したところ、公的病院では、上位群には「その他一般病院」「ケアミックス」が比較的多く、病床規模は比較的小さかった。評価項目の分野別の合計点には両者の間であまり差が見られなかったが、合計得点は平均で 25 点程度の差があり、基本方針策定や事業計画策定・予算編成の指導力や、適切な経営管理に関する評価が上位群で高く、医師の能力評価に取り組んだり、患者の権利に関する意識も高いことが示された。
- 民間病院では、上位群には「療養型病床」や「ケアミックス」が比較的多く、病床規模は比較的大きかった。評価項目の合計点には両者の間であまり差が見られないが、上位群では、事業計画策定・予算編成、質向上・業務効率化、経営改善に関する指導力や、適切な経営管理に関する評価が高かった。
- これらの要素が病院の収支状況の差を生じさせている要因であることが示唆される。ただし、今回の分析の区分を用いた場合、特に公的病院では経営や管理の内容・質が異なる病院が混在していることも考えられ、今後詳細な検討が必要である

ア 分析の視点

- ・ 施設基本票、部門別調査票及び審査データのうち病院のガバナンスおよび経営管理に関する項目につき下記のように構造を整理し、その関連を分析した。
- ・ 管理者の指導力に関する評価項目 1.3.1、1.3.2、1.3.3 の評点の合計を「指導力指数」と定義して分析に用いた。
- ・ 公的病院、民間病院それぞれについて、医療収益 100 対医療費用を基に、収支の良い群（上位群）と悪い群（下位群）とに区分した。区分に当たっては、公的病院、民間病院それぞれの分布を考慮して、公的病院については 96 以下を収支のよい病院（上位群：54 病院）とし、125 以上を収支の悪い病院（下位群：62 病院）とした。民間病院については、90 以下を収支のよい病院（上位群：110 病院）とし、105 以上を収支の悪い病院（下位群：97 病院）とした。

図表 5 本節の分析の視点



イ 分析結果

- 1) 管理者のリーダーシップ
- ・ 1.3.1 「病院管理者・幹部は病院運営の基本方針や将来計画の策定に指導力を発揮している」、1.3.2 「病院管理者・幹部は病院運営上の諸問題の解決に指導力を発揮している」、1.3.3 「病院管理者・幹部は医療の質の向上や業務の効率化に向けた取り組みに指導力を発揮している」の各項目が管理者のリーダーシップ (指導力) に関する項目である。
- ・ いずれの項目も、評価点は 3 または 4 が大部分を占めており、平均すると 3.3~3.5 程度であった。
- ・ 開設主体別に見ると、「国・独立行政法人」が高い傾向が見られる。
- ・ これらリーダーシップに関する項目も、総病床数、医療収支率、医師一人当たり診療単価等との相関は明確ではなかった。

図表 6 1.3.1 「基本方針・計画策定の指導力」の評価点数一開設主体別

	1	2	3	4	5	無回答	合計	平均
合計	0	9	505	436	0	0	950	3.4
国・独立行政法人	0	0.9	53.2	45.9	0.0	0.0	100.0	3.7
地方自治体	0	0.0	14	27	0	0	41	3.5
日赤、済生会、厚生連	0	0.0	34.1	65.9	0.0	0.0	100.0	3.5
保険者	0	0.6	84	86	0	0	171	3.5
社団法人	0	0.0	49.1	50.3	0.0	0.0	100.0	3.5
医療法人	0	0.0	35	31	0	0	66	3.5
学校法人	0	0.0	53.0	47.0	0.0	0.0	100.0	3.4
その他の法人	0	0.0	13	9	0	0	22	3.4
個人	0	0.0	58.1	40.9	0.0	0.0	100.0	3.5
無回答	0	0.0	41	50	0	0	92	3.5
	0	1.1	44.6	54.3	0.0	0.0	100.0	3.4
	0	6	282	206	0	0	494	3.4
	0	1.2	57.1	41.7	0.0	0.0	100.0	3.3
	0	0	16	8	0	0	24	3.3
	0	0.0	66.7	33.3	0.0	0.0	100.0	3.4
	0	0.0	14	9	0	0	23	3.4
	0	0.0	60.9	39.1	0.0	0.0	100.0	3.5
	0	1	6	10	0	0	17	3.5
	0	5.9	35.3	58.8	0.0	0.0	100.0	3.5
	0	0	0	0	0	0	0	-
	0	0	0	0	0	0	0	-

図表 7 1.3.2「問題解決の指導力」の評価点数一開設主体別

	(上段:件数 下段:%) 合計						平均	
	1	2	3	4	5	無回答		
合計	0	5	451	482	2	0	960	3.5
国・独立行政 法人	0.0	0.5	47.5	51.8	0.2	0.0	100.0	3.7
地方自治体 法人	0.0	0.0	14	27	0.0	0.0	41	3.6
日赤・済生会 、厚生連 保険者	0.0	0.0	34.1	65.9	0.0	0.0	100.0	3.6
社団法人	0.0	0.0	73	98	0.0	0.0	171	3.6
医療法人	0.0	0.0	42.7	57.3	0.0	0.0	100.0	3.6
学校法人	0.0	0.0	27	39	0.0	0.0	66	3.6
その他の法 人	0.0	0.0	40.9	59.1	0.0	0.0	100.0	3.6
個人	0.0	0.0	9	13	0.0	0.0	22	3.5
無回答	0.0	0.0	41	50	0.0	0.0	92	3.5
合計	0.0	1.1	44.6	54.3	0.0	0.0	100.0	3.5
国・独立行政 法人	0.0	0.4	25.9	29.3	0.2	0.0	49.4	3.5
地方自治体 法人	0.0	0.0	12	12	0.0	0.0	24	3.5
日赤・済生会 、厚生連 保険者	0.0	0.0	50.0	50.0	0.0	0.0	100.0	3.8
社団法人	0.0	0.0	10	13	0.0	0.0	23	3.4
医療法人	0.0	0.0	43.5	56.5	0.0	0.0	100.0	3.4
学校法人	0.0	0.0	10	7	0.0	0.0	17	3.4
その他の法 人	0.0	0.0	58.8	41.2	0.0	0.0	100.0	3.4
個人	0.0	0.0	0	0	0.0	0.0	0	-
無回答	0.0	0.0	0	0	0.0	0.0	0	-

図表 8 1.3.3「質向上・業務効率化の指導力」の評価点数一開設主体別

	(上段:件数 下段:%) 合計						平均	
	1	2	3	4	5	無回答		
合計	0	5	632	313	0	0	960	3.3
国・独立行政 法人	0.0	0.5	66.5	32.9	0.0	0.0	100.0	3.4
地方自治体 法人	0.0	0.0	25	16	0.0	0.0	41	3.2
日赤・済生会 、厚生連 保険者	0.0	0.0	61.0	39.0	0.0	0.0	100.0	3.2
社団法人	0.0	0.0	130	40	0.0	0.0	171	3.3
医療法人	0.0	0.0	76.0	23.4	0.0	0.0	100.0	3.4
学校法人	0.0	0.0	46	20	0.0	0.0	66	3.3
その他の法 人	0.0	0.0	69.7	30.3	0.0	0.0	100.0	3.4
個人	0.0	0.0	14	8	0.0	0.0	22	3.3
無回答	0.0	0.0	63.6	36.4	0.0	0.0	100.0	3.3
合計	0.0	1.1	64.1	34.8	0.0	0.0	100.0	3.3
国・独立行政 法人	0.0	0.4	31.8	17.4	0.0	0.0	49.4	3.3
地方自治体 法人	0.0	0.0	17	7	0.0	0.0	24	3.3
日赤・済生会 、厚生連 保険者	0.0	0.0	70.8	29.2	0.0	0.0	100.0	3.4
社団法人	0.0	0.0	52.2	43.5	0.0	0.0	95.7	3.4
医療法人	0.0	0.0	12	10	0.0	0.0	22	3.4
学校法人	0.0	0.0	64.7	35.3	0.0	0.0	100.0	3.4
その他の法 人	0.0	0.0	11	6	0.0	0.0	17	3.4
個人	0.0	0.0	64.7	35.3	0.0	0.0	100.0	3.4
無回答	0.0	0.0	0	0	0.0	0.0	0	-

審査項目内ではよりダーシップに関する項目間で相関は高く、相関係数0.8を示すものもあり、ほぼ同じ観点で評価されているのではないかと考えられる。

それ以外の評価項目では6.2.2「予算管理が適切に行われている」との相関がやや高い(相関係数0.34)。

また、管理者の指導力(ここでは、1.3.1、1.3.2、1.3.3の評点の合計を指導力指数と考えて分析に用いた)と管理関係の評点の相関係数を見ると、200床未満の医療機関では200床以上の医療機関に比べて、「適切な人事考課」、「適切な予算管理」、「適切な資金・投資回収計画」、「適切な経営管理」、「適切な在庫管理」等の項目との相関が高い。

図表 9 1.3.2「問題解決の指導力」とその下位項目の相関係数

	1.3.2「問題解決の指導力」	1.3.2.1「問題 点の認識」	1.3.2.2「方策 検討の指導 力」	1.3.2.3「解決 策実行の指 導力」
1.3.2「問題解決の指導力」	1	-0.6	-0.74	-0.82
1.3.2.1「問題点の認識」	-0.6	1	0.503	0.359
1.3.2.2「方策検討の指導力」	-0.74	0.503	1	0.713
1.3.2.3「解決策実行の指導力」	-0.82	0.359	0.713	1

図表 10 1.3.1「基本方針・計画策定の指導力」と6.2.2「適切な予算管理」

1.3.1「基本方針・計画策定の指導力」	6.2.2「適切な予算管理」				総計
	2	3	4	5	
2	77.78	11.11	11.11	100.0	100.0
3	3.78	52.75	43.47	100.0	100.0
4	0.00	22.42	77.58	100.0	100.0
5	0.00	0.00	100.00	100.0	100.0
総計	2.65	38.41	58.94	100.0	100.0

図表 11 指導力指数 (1.3.1、1.3.2、1.3.3 の評点の合計) と管理関係の評点の相関係数

	200床未満	200床以上	全体
4.2.3「医師の教育研修」	0.265	0.226	0.231
4.31.1「診療実績の取りまとめ」	0.327	0.201	0.201
6.1.2「人材の確保と就業状況の適切性」	0.234	0.175	0.186
6.1.3「適切な人事考課」	0.301	0.136	0.135
6.2.1「適切な財務会計」	0.251	0.147	0.154
6.2.2「適切な予算管理」	0.520	0.331	0.336
6.2.3「適切な資金・投資計画」	0.444	0.172	0.180
6.2.4「適切な経営管理」	0.455	0.203	0.207
6.4.1「適切な物品購入手続き」	0.247	0.163	0.174
6.4.2「適切な在庫管理」	0.305	0.094	0.091

※網掛けは 200 床未満と 200 床以上との差が大きいもの。

2) 適切な経営管理と収支

- ・ 医業収益 100 対医業費用²⁾は、開設者によって、また病床規模によって異なっている。
- ・ 6.2.4 「経営管理が適切に行われている」の項目が高く評価されている場合、医業収益 100 対医業費用がよい傾向がある。ただし、医業収益 100 対医業費用が高い病院が 6.2.4 が高い評価を受けているケースも見られている (例えば、医業収益 100 対医業費用が 120 以上で 6.2.4 の評点 4 のケースは 17 件)。

図表 12 医業収益 100 対医業費用一開設者別、病床規模別

病床規模	開設者大分類											不明	総計
	国・独立行政法人	地方自治体	日赤、済生会、厚生連	保険者	社福法人	医療法人	学校法人	その他の法人	個人				
200床未満	136.9	120.1	105.9	100.0	99.4	99.6	—	112.3	93.6	98.9	101.8		
200～500床	103.6	114.2	100.9	99.9	105.0	96.1	97.2	98.9	85.2	106.6	102.8		
500～1000床	119.9	117.6	101.0	98.7	96.2	93.7	101.6	99.7	—	108.4	108.3		
1000床以上	142.6	130.1	96.2	—	96.6	93.8	99.3	96.8	—	121.4	107.9		
総計	118.1	116.5	101.5	99.7	102.2	98.1	100.2	105.9	92.1	105.7	103.4		

図表 13 医業収益 100 対医業費用一開設者別、6.2.4 「適切な経営管理」別

6.2.4 (適切な経営管理)	開設者大分類											不明	総計
	国・独立行政法人	地方自治体	日赤、済生会、厚生連	保険者	社福法人	医療法人	学校法人	その他の法人	個人				
2	131.6	161.3	—	—	—	98.0	110.4	136.5	—	166.2	117.0		
3	124.2	116.6	101.0	99.2	104.5	98.3	100.9	102.9	92.6	107.0	104.6		
4	108.1	114.5	103.3	101.5	97.1	97.9	98.3	103.0	91.3	98.4	100.1		
5	—	—	—	—	—	92.7	—	—	—	—	92.7		
総計	118.1	116.5	101.5	99.7	102.2	98.1	100.2	105.9	92.1	105.7	103.4		

²⁾医業収益 100 対医業費用の計算に当たっては、明らかな外れ値は除外している (医業収益 62,388 円、医業費用 275,918 円のケース)

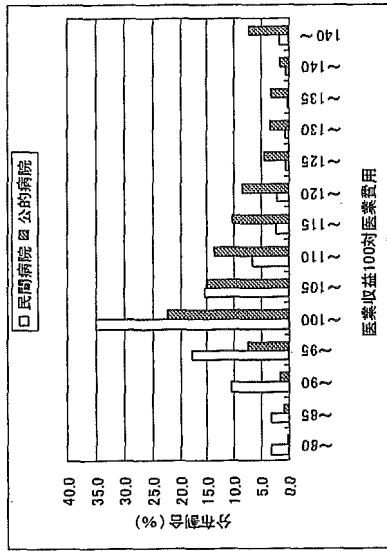
3) 収支の良い病院の特徴に関する探索的分析

- ・ 医療収益100対医療費用の高い群と低い群の比較により、収支状況の良い病院の特徴に
関して分析を行った。
- ・ 公的病院と私的(民間)病院とは収支構造が異なることから、分析に当た
っては両者を区分して、それぞれのグループについて分析した。
- ・ 「公的病院」としては開設者が「国・独立行政法人」「地方自治体」「日赤、済生会、
厚生連」「保険者」のいずれかであるもの(399病院)とし、「民間病院」としては開設
者が「社団法人」「医療法人」「学校法人」「その他の法人」「個人」のいずれかであるも
の(650病院)とした。
- ・ 医療収益100対医療費用の分布を公的病院と民間病院とで比較すると、分布のピークは
両者とも100~105の区分であるが、公的病院の方が民間病院に比べて上側に偏ってい
る。平均値は、公的病院が110.9(標準偏差20.1)、民間病院が98.9(標準偏差20.8)
であった。

図表 14 医療収益100対医療費用の分布—公的病院／民間病院別

医療収益100対 医療費用	公的病院		民間病院	
	病院数	割合	病院数	割合
~80	1	0.3	20	3.1
~85	3	0.8	21	3.2
~90	6	1.5	69	10.6
~95	30	7.5	116	17.8
~100	89	22.3	227	34.9
~105	60	15.0	100	15.4
~110	55	13.8	43	6.6
~115	41	10.3	16	2.5
~120	34	8.5	14	2.2
~125	18	4.5	4	0.6
~130	14	3.5	4	0.6
~135	13	3.3	2	0.3
~140	6	1.5	3	0.5
140~	29	7.3	11	1.7
合計	399	100.0	650	100.0

図表 15 医療収益100対医療費用の分布—公的病院／民間病院別



- ・ 上記の分布を考慮して、公的病院については96以下を収支のよい病院(上位群)とし
125以上を収支の悪い病院(下位群)とした。民間病院については、90以下を収支のよ
い病院(上位群)とし105以上を収支の悪い病院(下位群)とした。これら上位群、下
位群の比較をそれぞれ行った。
- ・ なお、公的病院の下位群には、「日赤、済生会、厚生連」は1件のみ該当し、「保険者」
は該当する病院がなかった。上位群はそれぞれ6件、7件が該当した。

図表 16 上位群、下位群の判別条件と該当件数—公的病院／民間病院別

条件(医療収益100 対医療費用)	公的病院		民間病院	
	上位群	下位群	上位群	下位群
該当病院数	96以下	125以上	90以下	105以上
全体に占める割合	上位13.5%	下位15.5%	上位17.0%	下位15.0%
	54	62	110	97

- ・ 上位群、下位群の評価項目等の分布の差異を次ページの表に示す。
- ・ 公的病院では、病院種別、病院の性格、総病床数、病床規模、全評価項目の合計得点、1.3.1.1 (理念・基本方針策定の指導力)、1.3.1.2 (目標設定と達成の指導力)、2.2.1 (患者の権利方針の周知)、4.2.2 (医師の能力評価・貢献度評価)、6.2.3 (適切な資金・投資計画)、6.2.4 (適切な経営管理)、6.4.1 (適切な物品購入手続き)、6.4.2 (適切な在庫管理)などで差が見られた。
- ・ 具体的には、公的病院の上位群では「その他一般病院」「ケアミックス」が下位群と比較して多く、病床規模は小さい。評価項目の分野別の合計点には、あまり差が見られないが、合計得点は平均で25点程度の差がある。上位群では、適切な経営管理に関する評価が高く、医師の能力評価にも取り組んでいる。また、患者の権利に関する意識も高い。
- ・ ただし、基本方針策定や事業計画策定・予算編成の指導力、適切な物品購入手続きに関しては、下位群のほうが評価が高い傾向が見られた。
- ・ 民間病院では、病院の性格、病床規模、1.3.1.3 (事業計画策定・予算編成の指導力)、1.3.3 (質向上・業務効率化の指導力)、1.3.3.2 (経営改善の指導力)、6.2.4 (適切な経営管理)などで差が見られた。
- ・ 具体的には、民間病院の上位群では「療養型病床」や「ケアミックス」が下位群と比較して多く、病床規模は大きい。評価項目の合計点にはあまり差が見られないが、上位群では、事業計画策定・予算編成、質向上・業務効率化、経営改善に関する指導力や、適切な経営管理に関する評価が高い。公的病院と異なり、医師の能力評価や患者の権利に関する評価との関連は見られなかった。

図表 17 上位群、下位群の差異—公的病院（1/2）

公的病院	上位群					下位群					割合					平均・標準偏差													
	上位群					下位群					上位群					下位群													
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	平均	標準偏差							
病室数	0	0	0	0	54	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	92.5	29.1	84.2	9.2
病室利用率	0	0	0	0	54	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	44.3	79.8	42.8	56.1
病室外床利用率	9	0	0	0	45	19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.7	0.5	1.0	0.0
紹介外来特別加算	15	0	0	0	39	54	37	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.8	0.4	1.0	0.0
急性期病室加算	5	0	0	0	49	54	14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.6	0.5	1.0	0.0
急性期病室特別加算	10	0	0	0	44	54	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.7	0.5	1.0	0.0
慢性期病室特別加算	2	0	0	0	52	54	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.3	0.5	1.0	0.0
救急医療特別加算	0	0	0	0	54	54	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0	0.0	1.0	0.0
診療科管理体制作加算	18	0	0	0	36	54	14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.8	0.4	1.0	0.0
療養病棟管理体制作加算	27	0	0	0	27	54	28	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.9	0.3	1.0	0.0
療養病棟管理体制作加算2	4	0	0	0	50	54	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.5	0.5	1.0	0.0
療養病棟管理体制作加算3	3	0	0	0	51	54	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.4	0.5	1.0	0.0
療養病棟管理体制作加算4	0	0	0	0	54	54	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0	0.0	1.0	0.0
回復期リハビリテーション病棟入院	1	0	0	0	53	54	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.2	0.4	—	—
回復期リハビリテーション病棟基本	8	0	0	0	46	54	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.7	0.5	1.0	0.0
回復期リハビリテーション病棟基本2	0	0	0	0	54	54	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0	0.0	1.0	0.0
回復期リハビリテーション病棟基本3	0	0	0	0	54	54	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0	0.0	1.0	0.0
入院後療養加算	50	0	0	0	4	54	62	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.9	0.3	1.0	0.0
院内感染対策加算	50	0	0	0	4	54	62	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.9	0.3	1.0	0.0
医療安全管理体制作加算	50	0	0	0	4	54	62	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.9	0.3	1.0	0.0
治療加算	48	2	0	0	4	54	59	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1.0	0.3	1.0	0.2
病室100%稼働率	0	0	0	0	54	54	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0	0.0	1.0	0.0
病室100%稼働率2	0	0	0	0	54	54	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0	0.0	1.0	0.0
病室100%稼働率3	0	0	0	0	54	54	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0	0.0	1.0	0.0
病室100%稼働率4	0	0	0	0	54	54	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0	0.0	1.0	0.0
病室100%稼働率5	0	0	0	0	54	54	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0	0.0	1.0	0.0
病室100%稼働率6	0	0	0	0	54	54	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0	0.0	1.0	0.0
病室100%稼働率7	0	0	0	0	54	54	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0	0.0	1.0	0.0
病室100%稼働率8	0	0	0	0	54	54	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0	0.0	1.0	0.0
病室100%稼働率9	0	0	0	0	54	54	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0	0.0	1.0	0.0
病室100%稼働率10	0	0	0	0	54	54	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0	0.0	1.0	0.0
病室100%稼働率11	0	0	0	0	54	54	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0	0.0	1.0	0.0
病室100%稼働率12	0	0	0	0	54	54	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0	0.0	1.0	0.0
病室100%稼働率13	0	0	0	0	54	54	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0	0.0	1.0	0.0
病室100%稼働率14	0	0	0	0	54	54	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0	0.0	1.0	0.0
病室100%稼働率15	0	0	0	0	54	54	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0	0.0	1.0	0.0
病室100%稼働率16	0	0	0	0	54	54	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0	0.0	1.0	0.0
病室100%稼働率17	0	0	0	0	54	54	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0	0.0	1.0	0.0
病室100%稼働率18	0	0	0	0	54	54	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0	0.0	1.0	0.0
病室100%稼働率19	0	0	0	0	54	54	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0	0.0	1.0	0.0
病室100%稼働率20	0	0	0	0	54	54	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0	0.0	1.0	0.0
病室100%稼働率21	0	0	0	0	54	54	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0	0.0	1.0	0.0
病室100%稼働率22	0	0	0	0	54	54	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0	0.0	1.0	0.0
病室100%稼働率23	0	0	0	0	54	54	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0	0.0	1.0	0.0
病室100%稼働率24	0	0	0	0	54	54	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0	0.0	1.0	0.0
病室100%稼働率25	0	0	0	0	54	54	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0	0.0	1.0	0.0
病室100%稼働率26	0	0	0	0	54	54	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0	0.0	1.0	0.0
病室100%稼働率27	0	0	0	0	54	54	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0	0.0	1.0	0.0
病室100%稼働率28	0	0	0	0	54	54	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0	0.0	1.0	0.0
病室100%稼働率29	0	0	0	0	54	54	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0	0.0	1.0	0.0
病室100%稼働率30	0	0	0	0	54	54	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0	0.0	1.0	0.0
病室100%稼働率31	0	0	0	0	54	54	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0	0.0	1.0	0.0
病室100%稼働率32	0	0	0	0	54	54	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0	0.0	1.0	0.0
病室100%稼働率33	0	0	0	0	54	54	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0	0.0	1.0	0.0
病室100%稼働率34	0	0	0	0	54	54	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0	0.0	1.0	0.0
病室100%稼働率35	0	0	0	0	54	54	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0	0.0	1.0	0.0
病室100%稼働率36	0	0	0	0	54	54	0</																						

(2) 職員体制

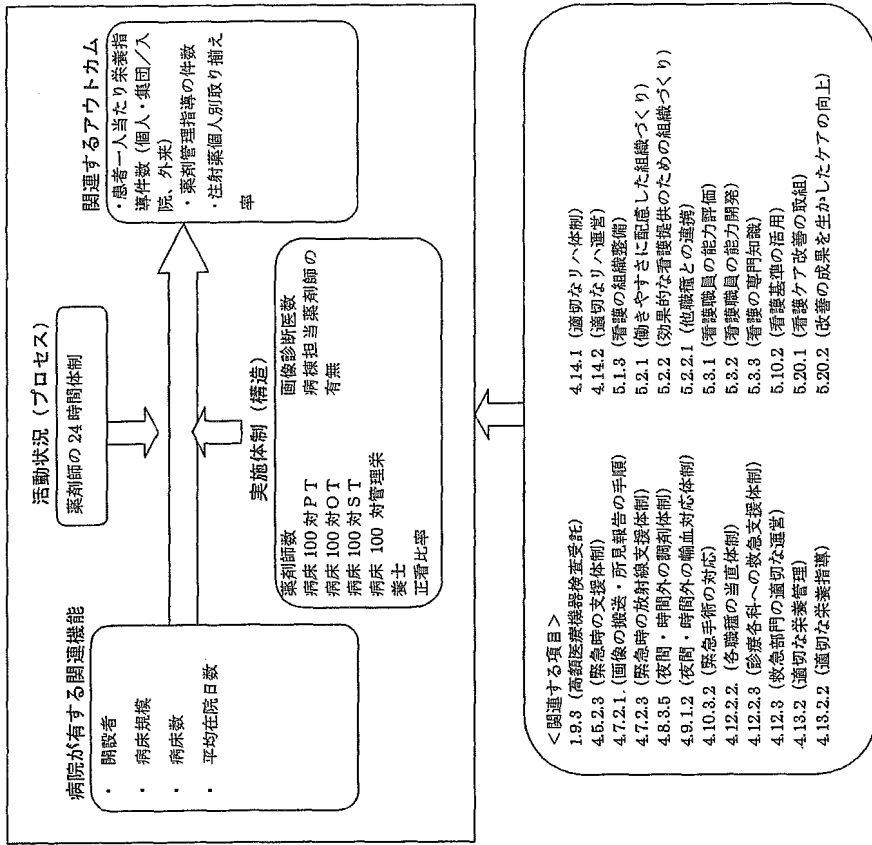
【分析結果の概要】

- 看護師数と看護の能力開発プログラムの実施、専門知識に基づいた判断による看護ケアの実施などの看護関連審査項目とは、やや関連が見られていたが、病床 100 対看護師数との関連はほとんど見られなかった。これらの看護関連審査項目に影響を及ぼす要因としては、病床数・病床規模である可能性が高いことを示唆している。
- また、准看護師数/病床 100 床あたり准看護師数と、看護関連審査項目の平均値も高くなって相関を示しており、かつ正相比率が高い方が看護関連審査項目が適切に提供されていることを示唆していると考えられる。
- 薬剤師については、時間外対応をするためには薬剤師数の多寡とは関連が認められなかった。なお、院外処方割合、病棟業務については薬剤師数の多寡とは関連が認められなかった。なお、P.T、O.T、S.Tの厚い配置は、リハビリ体制の適切な管理および運営と相関が見られ、リハ関連職員体制が整っている病院ではリハが適切に供給されていることが示唆された。

ア 分析の前提

- ・施設基本票、部門別調査票及び審査データのうち職員体制に関する項目につき下記のよ
- うに構造を整理し、その関連を分析した。項目の選定にあたっては、サーベイヤーの仮説を参考とした。

図表 21 本節の分析の視点



イ 分析結果

1) 職員数と医療の質

職員数の充実度と、医療の質に關わる分野の相関を検討した。

①看護職員について

看護師数・准看護師数と審査データの関連項目との相関を分析した。その結果、看護師数と5.3.2「看護部門の職員の能力開発プログラムが実施されている」、5.3.3「専門知識に基づいた判断により看護ケアが行われている」、5.10.2「看護基準、看護手順が看護ケアに活用されている」、5.20.2「改善活動の成果を取りまとめて看護ケアの向上に反映している」について、緩やかな正の相関が認められた。一方、准看護師数と上記項目とは、いずれも負の相関となった。ところが、病床100対看護師数とした場合には、上記の項目での相関がほぼ認められず無かった。よって、上記結果は看護師数との相関ではなく、病床数、病床規模がかなり関与しているものと推定される。

なお、准看護師については、数および100床対数のいずれも弱い負の相関が見られた。

図表 22 看護師数/准看護師数と審査データの相関

	看護師数	准看護師数	病床100対看護師数	病床100対准看護師数
病床規模(2段階)	.566 (**)	.205 (**)	0.057	-.480 (**)
正看比率	.630 (**)	-.512 (**)	.275 (**)	-.823 (**)
看護師退職率	-.338 (**)	.119 (**)	-.122 (**)	.401 (**)
5.1.3 看護の組織整備	.186 (**)	-.113 (**)	0.048	-.221 (**)
5.2.1 働きやすさに配慮した組織づくり	.129 (**)	-.154 (**)	0.029	-.182 (**)
5.2.2 効果的な看護提供のための組織づくり	-.065 (*)	-0.048	-0.016	0.011
5.2.2.1 他職種との連携	-0.030	0.019	0.007	.072 (*)
5.3.1 看護職員の能力評価	.118 (**)	-.128 (**)	0.037454	-.162 (**)
5.3.2 看護職員の能力開発	.246 (**)	-.201 (**)	.122 (**)	-.293 (**)
5.3.3 看護の専門知識	.334 (**)	-.192 (**)	0.011397	-.267 (**)
5.10.2 看護基準の活用	.244 (**)	-.132 (**)	.111 (**)	-.188 (**)
5.20.1 看護ケア改善の取り組み	.093 (**)	-.118 (**)	0.007	-.193 (**)
5.20.2 改善の成果を生かしたケアの向上	.240 (**)	-.213 (**)	0.014	-.280 (**)

正看護師と准看護師の割合と、看護関連審査データ項目との関連を検討するため、正看比率(正看護師数/准看護師数)を求め、各項目との関連を検討した。

その結果、5.2.2「効果的・効率的な看護ケア提供のための環境整備がなされている」、5.2.2.1「他の部門・職種との業務分担と連携が適切に行われている」を除く項目で、正の弱い相関が見られた。これと、前述の結果(准看護師数と看護関連審査データ項目との負の相関)により、正看護師が多いほど看護体制が整い、看護が適切に行われていることが示唆された。

図表 23 正看比率と看護関連審査データ項目

項目	正看比率
5.1.3 看護の組織整備	.256 (**)
5.2.1 働きやすさに配慮した組織づくり	.218 (**)
5.2.2 効果的な看護提供のための組織づくり	0.002
5.2.2.1 他職種との連携	-.071 (*)
5.3.1 看護職員の能力評価	.199 (**)
5.3.2 看護職員の能力開発	.325 (**)
5.3.3 看護の専門知識	.244 (**)
5.10.2 看護基準の活用	.272 (**)
5.20.1 看護ケア改善の取り組み	.172 (**)
5.20.2 改善の成果を生かしたケアの向上	.286 (**)

なお、職場環境の観点から、看護職員退職率と看護関連審査データ項目(上記項目)との相関を検討したが、あまり関連は認められなかった。

②薬剤師について

薬剤師数と、時間外対応の関連を検討するため、平均値を比較した。その結果、薬剤師数/病床100対薬剤師数のいずれにおいても、24時間体制「あり」の方が平均人数が多くなっており、手厚く配置されていることが示唆された。

図表 24 24時間体制別の薬剤師数平均値

項目	24時間体制	N	平均値	標準偏差
薬剤師数(常勤換算)	あり	87	22.2	13.1
	なし	1005	8.7	8.6
病床100対薬剤師数	あり	87	5.3	12.0
	なし	1005	3.0	1.5

次に、薬剤師数と院外処方割合、病棟業務との関連を分析するため、薬剤師数と院外処方割合、薬剤管理指導件数、病棟担当薬剤師の有無について相関をみた。その結果、院外処方割合は薬剤師数/病床 100 対薬剤師数とはあまり関連が見られず、院外処方が進んでいるも薬剤師数にはあまり影響を与えないことが示唆された。一方、病棟業務と薬剤師数との関連においては、薬剤師数と薬剤管理指導の件数、病棟担当薬剤師の有無について相関が見られたが、病床 100 対薬剤師数で比較すると、特に薬剤管理指導の件数においてはほとんど関連は見られず、病床あたりの薬剤師数の多寡は院外処方割合、薬剤管理指導件数、病棟担当薬剤師の有無に対してあまり影響を及ぼしていないことが分かった。

図表 25 薬剤師数と院外処方/病棟業務との関連

項目	院外処方割合	薬剤管理指導の件数	病棟担当薬剤師の有無 (1=いる、2=一部、3=いない)
薬剤師数 (常勤換算)	- .141 (**)	.480 (**)	-.227 (**)
病床 100 対薬剤師数	-0.041	.094 (**)	-.150 (**)

③その他職種
放射線専門医 (画像診断医) の配置と、画像診断関連調査データ項目との関連を分析した。その結果、画像診断医数と 4.7.2.1 「画像の搬送・所見報告の手順」および 4.7.2.3 「緊急時の放射線支援体制」については、やや相関が見られ、画像診断医数が多いほど手順や体制が整っていることが明らかとなった。

図表 26 画像診断医数と放射線関連項目

項目	1.9.3 高 額医療 機器検 査受託	4.7.2.1 画像の搬 送・所見報 告の手順	4.7.2.3 緊急時の 放射線支 援体制
画像診断医数	-0.033	-.227 (**)	-.214 (**)

次に、養士と栄養管理との関連を見るため、病床 100 床対管理栄養士数、および患者一人当たり/管理栄養士一人当たり栄養指導件数の相関を分析した。その結果、4.13.2 「栄養管理が適切に行われている」、4.13.2.2 「栄養士が適切な栄養指導を行っている」との相関は、全体としてはあまり認められなかった。ただし、個人への指導についてはやや関連が認められ、個人に対しての栄養指導件数が多い病院については、比較的营养管理が適切

に行われていることが示唆された。

図表 27 栄養士数、栄養指導件数と栄養管理関連調査データ項目

項目	04.13.2 適切な栄養管理	04.13.2.2 適切な栄養指導
病床 100 床対管理栄養士数	.086 (**)	-.076 (**)
患者一人当たり栄養指導件数 (個人/外来)	.141 (**)	-.212 (**)
患者一人当たり栄養指導件数 (個人/入院)	.085 (**)	-.098 (**)
患者一人当たり栄養指導件数 (集団/外来)	.0426	-.095 (**)
患者一人当たり栄養指導件数 (集団/入院)	.078 (**)	-.108 (**)
管理栄養士一人当たり栄養指導件数 (個人/外来)	.082 (**)	-.196 (**)
管理栄養士一人当たり栄養指導件数 (個人/入院)	.196 (**)	-.271 (**)
管理栄養士一人当たり栄養指導件数 (集団/外来)	.021	-.084 (**)
管理栄養士一人当たり栄養指導件数 (集団/入院)	.057	-.101 (**)

また、PT、OT、STの体制と、リハの適切な実施との関連を分析するため、100床あたりPT/OT/ST数と、4.14.1「リハビリテーション部門の体制が整備されている」、4.14.2「リハビリテーション部門が適切に運営されている」との相関を算出した。

その結果、4.14.1、4.14.2ともに、やや正の相関が認められ、病床あたりのPT、OT、STの数が多ければ、リハ体制の適切な管理と運営がなされていることが示唆された。

図表 28 PT、OT、ST数とリハ関連項目

項目	4.14.1 適切なリハ 体制	4.14.2 適切なリハ 運営
病床 100 床対PT数	.223 (**)	.203 (**)
病床 100 床対OT	.270 (**)	.219 (**)
病床 100 床対ST	.235 (**)	.185 (**)

2) 他職種間との役割分担
他職種との役割分担として、救急体制を取り上げ、審査データ項目間でのような関連があるかを分析した。

図表 29 救急関連項目の相関

	4.5.2.3 緊急時の検査支援体制	4.7.2.1 画像の搬送・所見報告の手順	4.7.2.3 緊急時の放射線支援体制	4.8.3.5 夜間・時間外の調剤体制	4.9.1.2 夜間・時間外の輸血対応体制	4.10.3.2 緊急手術の対応	4.12.2.2 各職種各職種の当番体制	4.12.2.3 診療各科への救急への対応	4.12.3 救急部門の適切な運営
4.5.2.3 緊急時の検査支援体制	1	.152(**)	.493(**)	.468(**)	.437(**)	.249(**)	.440(**)	.277(**)	-.282(**)
4.7.2.1 画像の搬送・所見報告の手順	.152(**)	1	.233(**)	.110(**)	.116(**)	.099(**)	.121(**)	.131(**)	-.188(**)
4.7.2.3 緊急時の放射線支援体制	.493(**)	.233(**)	1	.333(**)	.404(**)	.249(**)	.415(**)	.240(**)	-.299(**)
4.8.3.5 夜間・時間外の調剤体制	.468(**)	.110(**)	.333(**)	1	.342(**)	.182(**)	.748(**)	.244(**)	-.293(**)
4.9.1.2 夜間・時間外の輸血対応体制	.437(**)	.116(**)	.404(**)	.342(**)	1	.238(**)	.326(**)	.212(**)	-.214(**)
4.10.3.2 緊急手術の対応	.249(**)	.099(**)	.249(**)	.182(**)	.238(**)	1	.169(**)	.222(**)	-.207(**)
4.12.2.2 各職種の当番体制	.440(**)	.121(**)	.415(**)	.748(**)	.326(**)	.169(**)	1	.276(**)	-.343(**)
4.12.2.3 診療各科への救急への対応	.277(**)	.131(**)	.240(**)	.244(**)	.212(**)	.222(**)	.276(**)	1	-.254(**)
4.12.3 救急部門の適切な運営	-.282(**)	-.188(**)	-.299(**)	-.293(**)	-.214(**)	-.207(**)	-.343(**)	-.254(**)	1

これより、当直体制と緊急時の検査、画像診断（放射線）、調剤の体制が整備されていることとの相関が高く、特に緊急時の検査体制が整っている病院においては、画像診断（放射線）、調剤、輸血のすべてにおいて高い相関が認められていた。

また、看護職と他の職種との役割分担および連携により、注射薬を個別に取り揃えることが可能ではないかという観点から、看護師と他職種との役割分担と注射薬の個別取り揃えの関係を分析したところ、特に相関は認められなかった。

(3) 院外連携

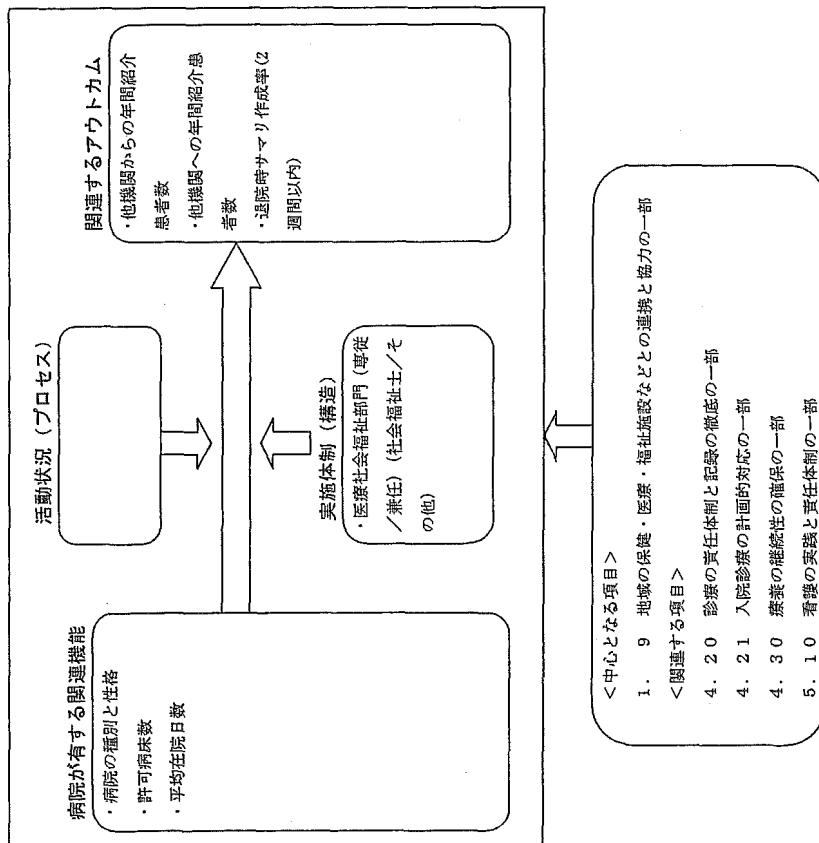
【分析結果の概要】

- 院外連携の指標となる年間紹介患者数（他機関から/他機関へ）を用いて分析を試みたが、特筆すべき相関や傾向は見られなかった。ただし、受審病院において現在の施設基本票で収集している年間紹介患者数（他機関から/他機関へ）の正しい解釈がなされていない可能性があり、調査項目の補足説明や項目の細分化などにより正確な紹介患者数を把握することが望ましい。
- 院外連携を病院内で取り扱うのは医療社会福祉部門であるが、病床 100 対医療社会福祉部門職員数は病床規模が小さいほど職員が多い傾向にある。部門内職員数が相対的に充実しているのは単科専門病院や一般病院であり、特定機能病院では不足気味であることが推察される。
- 院外連携に関連する審査項目間では相関が見られ整合性がある。また退院後の療養継続のための適切な連携・調整に関する審査項目との相関が見られた。
- 退院時サマリに係る審査項目と退院時サマリ作成率との間には正の相関があるが、当該審査項目と院外連携に係る審査項目との間には明確な相関がない。

ア 分析の視点

- ・ 施設基本票、部門別調査票および審査データのうち院外連携に関連する項目を次のように構造を整理し、その関連を分析した。項目の選定にあたっては、サーベイヤーの仮説を参考とした。
- ・ 院外連携は機能分化と病棟連携・病診連携にまつわる項目であり、一般的に、一般病院と精神病院、急性期病院と慢性期病院では院外連携として求められる機能に違いがある。そこで、ここでは急性期の一般病院を分析対象と限定した（精神病院を除外し、平均在院日数 30 日以内を対象とした）。その結果、835 件が分析対象となった。
- ・ 紹介患者に係る指標として、他機関からの紹介受入率＝他機関からの年間紹介患者数／外来新患者数、他機関への紹介率＝他機関への年間紹介患者数／退院患者数、紹介比率＝他機関からの年間紹介患者数／他機関への年間紹介患者数を設定した。

図表 30 本節の分析の視点



イ 分析結果

1) 紹介患者数

- ・ 院外連携においてまず重要なのが他機関からの紹介患者数と、他機関への紹介患者数である。これを前述の①他機関からの紹介受入率、②他機関への紹介率に置き換えて分析を行なった。
- ・ 別表の相関分析結果では、①と②との間に相関が見られた ($r=0.24$)。つまり院外連携が積極的に実施されている病院では、他機関からの紹介受入も他機関への紹介も推進していることが伺える。また、①は病床規模との正の弱い相関が見られたが5%有意ではない。
- ・ 他機関からの紹介受入率について、許可病床数別、医療社会福祉部門職員数別に集計したものを図表 31 と図表 32 に示す。各種別による特筆すべき傾向はみられない。紹介受入率で頻度が高いのは0.1から0.2であった。つまり外来患者数の1割から2割程度が紹介状による来院となっている。受入率が1を超える病院が3件出現していることから、施設基本票で記載を求めている「紹介患者数」の記載方法が病院によっては正確に認識されていない可能性がある。
- ・ 他機関への紹介率について、許可病床数別、医療社会福祉部門職員数別に集計したものを図表 33 と図表 34 に示す。各種別による特筆すべき傾向はみられない。他機関への紹介率で頻度が高いのは0.2から0.6であった。つまり退院患者数の2割から6割程度が紹介状による退院となっている。紹介率の最大値が3.4となっていることから、施設基本票で記載を求めている「紹介患者数」の記載方法が病院によっては正確に認識されていない可能性がある。例えば、「他院への紹介」には退院患者だけではなく高次病院への紹介などの意味合いも含まれていることが考えられる。
- ・ 紹介数は、院外連携に関する審査項目の参考指標と位置づけられており、院外連携（患者紹介数）状況把握のために、病床規模や病院機能別に記載を細分化するなどの改善検討が望ましい。

図表 31 他機関からの紹介受入率一許可病床数別

他機関からの紹介受入率	上段：病床 中段：平均値 (許可病床総数：床) 下段：標準偏差	
	他機関からの紹介受入率	合計
0～0.10	281	281
	222	222
	161	161
0.10～0.20	252	252
	351	351
	233	233
0.20～0.30	156	156
	457	457
	258	258
0.30～0.40	75	75
	452	452
	269	269
0.40～0.50	34	34
	459	459
	301	301
0.50～0.60	14	14
	602	602
	423	423
0.60～0.70	12	12
	464	464
	152	152
0.70～0.80	5	5
	254	254
	135	135
0.80～0.90	3	3
	262	262
	132	132
1.30～1.40	1	1
	58	58
	0	0
1.40～1.50	1	1
	248	248
	0	0
1.90～2.00	1	1
	200	200
	0	0
全体個数	835	835
全体の平均/許可病床総数	345	345
全体の標準偏差	247	247

図表 32 他機関からの紹介受入率一医療社会福祉部門職員数別

他機関からの紹介受入率	上段：病院 下段：平均値 (医療社会福祉部門職員数：人) 下段：標準偏差	
	他機関からの紹介受入率	合計
0～0.10	281	281
	1	1
	2	2
0.10～0.20	252	252
	1	1
	2	2
0.20～0.30	156	156
	2	2
	2	2
0.30～0.40	75	75
	2	2
	2	2
0.40～0.50	34	34
	2	2
	2	2
0.50～0.60	14	14
	3	3
	3	3
0.60～0.70	12	12
	1	1
	1	1
0.70～0.80	5	5
	3	3
	3	3
0.80～0.90	3	3
	2	2
	2	2
1.30～1.40	1	1
	0	0
	0	0
1.40～1.50	1	1
	0	0
	0	0
1.90～2.00	1	1
	0	0
	0	0
全体個数	835	835
全体の平均/医療社会福祉 (計)	1	1
全体の標準偏差	2	2

図表 33 他機関への紹介率—許可病床数別

他機関への紹介率	上段：頻度、下段：平均値（許可病床総数：床）、下段：標準偏差	
	合計	
0～0.20	57	292
	1	240
0.20～0.40	201	343
	221	250
0.40～0.60	250	396
	249	149
0.60～0.80	149	370
	277	79
0.80～1.00	79	336
	254	42
1.00～1.20	42	248
	207	23
1.20～1.40	23	181
	141	8
1.40～1.60	8	312
	401	10
1.60～1.80	10	225
	87	3
1.80～2.00	3	230
	170	2
2.00～2.20	2	116
	118	3
2.20～2.40	3	238
	5	218
2.40～2.60	5	114
	51	2
2.80～3.00	2	67
	10	1
3.40～3.60	1	240
	0	835
全体個数	835	345
全体の平均/許可病床総数	345	247
全体の標準偏差	247	

図表 34 他機関への紹介率—医療社会福祉部門職員数別

他機関への紹介率	上段：頻度、下段：平均値（医療社会福祉部門職員数：人）、下段：標準偏差	
	合計	
0～0.20	57	1
	1	2
0.20～0.40	201	1
	2	250
0.40～0.60	250	1
	2	149
0.60～0.80	149	2
	2	79
0.80～1.00	79	1
	2	42
1.00～1.20	42	2
	2	23
1.20～1.40	23	1
	1	1
1.40～1.60	1	8
	1	10
1.60～1.80	10	1
	1	3
1.80～2.00	3	1
	1	2
2.00～2.20	2	0
	0	0
2.20～2.40	0	3
	3	2
2.40～2.60	2	5
	2	2
2.80～3.00	2	1
	1	0
3.40～3.60	0	1
	0	0
全体個数	835	1
全体の平均/医療社会福祉（計）	1	2
全体の標準偏差	2	

2) 退院時サマリ作成

- ・ 4.20.4.4 「退院時要約が滞りなく作成されている」と2週間以内の退院時サマリ作成率には相関が見られた($r=0.32$)。すなわち審査データの評点が良いほど、退院時サマリ作成率が高い傾向にある。実際の分布を図表に示す。
- ・ 一方、5.10.5.3 「提供された看護ケアについてサマリが作成されている」と2週間以内の退院時サマリ作成率には相関が見られなかった。実際の分布を図表 36 に示す。
- ・ 部門別調査票における退院時サマリ作成率には、医師・看護の区別はない。このことから退院時サマリ作成に関する審査項目は、対象が医師の場合には作成率が重視され、看護師の場合にはレポートの形式や取り組み姿勢等によって総合的に評価されていることが示唆される。

図表 35 4.20.4.4 「退院時サマリを遅滞なく作成」×退院時サマリ作成率

4.20.4.4	退院時サマリ作成率 (%)										総計
	0~9	10~19	20~29	30~39	40~49	50~59	60~69	70~79	80~89	90~100	
0~1.50	5		6	9	5	25	26	42	157	182	457
1.51~2.00	6	2	1	6	5	14	17	33	54	44	182
2.01~3.00	4	1	2	8	5	10	6	15	3	5	59
NA	1		1	2	2	9	8	12	47	55	137
総計	16	3	10	25	17	58	57	102	261	286	835

図表 36 5.10.5.3 「提供された看護ケアについてのサマリ作成」×退院時サマリ作成率

5.10.5.3	退院時サマリ作成率 (%)										総計
	0~9	10~19	20~29	30~39	40~49	50~59	60~69	70~79	80~89	90~100	
0~1.50	9	2	7	21	14	40	36	71	175	173	548
1.51~2.00	6	1	2	2	1	9	13	18	39	57	148
2.01~3.00								1		1	2
NA	1		1	2	2	9	8	12	47	55	137
総計	16	3	10	25	17	58	57	102	261	286	835