

- 薬剤師による服薬指導が全く行われていない、または極めて少ない場合は「c」と判定する。
- 服薬管理指導は医師の「同意」があれば実施できるが、医師の「同意」が確認できることが求められる。この場合医師の署名があれば確実であるが、医師の署名がなくても何らかの方法で記録に残ればよい。
- 「医師が同意しない場合を除いて服薬管理指導を実施する」という方針の場合は、その内容を確認して評価する。
(副作用情報の収集について)
- 副作用情報を収集する手順書があることを確認する。

(10. 症状緩和と疼痛緩和)

- 疼痛緩和は緩和ケア病棟以外の病棟においても評価対象となる。また、疼痛緩和は症状緩和の一部である。
- 患者の訴える不快な症状や苦痛な症状にどのように対応しているのか、看護基準・手順等で確認する。
- 疼痛緩和マニュアルなどを確認する。

(11. 情報管理機能)

- ここでいう情報管理機能とは、病歴管理情報と保険請求情報を統合的に管理することをさす。
- 患者の診療情報を一元的に管理する部署・担当者を確認する。

この検討の経過において、当該病院が地域において期待されている救急医療機能の水準について、判断基準を明確にする必要性が見出された。評価項目では救急医療の機能水準を、水準1～水準4に区分しているが、評価調査者の判断と受審病院の判断に齟齬が見られるケースがあることから、妥当でかつ明確な区分方法の検討を行った。

その結果、「救命救急センターの有無(救命救急入院料の取得状況)」「救急告示の

有無」「救急専用病床の有無」「1日あたり救急入院患者数」「1日あたり時間外・救急患者数」という5つの指標をもとに区分する方法を考案した。具体的には以下の手順に沿って区分する。

- ① 救命救急センターを有しているか。有している場合、水準1とする。有していない場合②に進む。
- ② 救急告示をしているか。救急告示病院の場合は③以下の手順に沿って水準2または水準3に区分する。救急告示をしていない場合、③以下の手順に沿って水準2～水準4に区分する。
- ③ 救急専用病床を有しているか。有している場合、水準2とする。有していない場合、④に進む。
- ④ 1日あたり救急入院患者が2名以上であるか。2名以上の場合、水準2とする。2名未満の場合、⑤に進む。
- ⑤ 1日あたり時間外・救急患者数が20名以上であるか。20名以上の場合、水準2とする。20名未満の場合、救急告示病院であれば水準3とする。救急告示病院でなければ⑥に進む。
- ⑥ 1日あたり救急・時間外患者数が2名以上であるか。2名以上の場合は水準3とする。2名未満の場合は水準4とする。

以上の手順を用いることによって、外形的な指標のみで水準を区分することが可能となり、水準ごとに求められる内容を理解することが容易になると思われた。

以上の成果を病院機能評価に適用することで、評価項目の内容を受審病院がより理解し易くなるとともに、審査精度の向上にも寄与するものと思われる。しかしながら評価判定指針の明確化に関しては未検討の課題が残されている。また本研究ではすべての項目について網羅的に検討しているものではないことから、本研究の検討成果を

ベースにして、さらにその他の項目についても検討を進めたうえで、運用に供することが望ましい。

F. 健康危険情報

なし

G 研究発表

1. 論文文発表

なし

2. 学会発表

なし

H 知的所有権の取得状況

1. 特許取得状況

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

病院機能評価審査データ等に基づく 認定医療機関の傾向分析業務 報告書（平成16年度）

1 研究目的

財団法人日本医療機能評価機構では、発足以来、病院機能評価を実施してきており、認定医療機関数も約 2,000 病院となっている。

この認定審査業務の実施においては、病院の基本情報、活動状況を踏まえて認定審査を行っており、膨大なデータの蓄積がなされているが、日常の認定審査において、サーベイヤーによる調査日程調整、審査会運営などの業務量が多いため、これらの蓄積データについて有効な活用が充分なされているとはいえない。

本業務は、上記の問題意識を踏まえて、日本医療機能評価機構の実施したこれまでの認定審査データの解析を行うことにより、

- ① 質の向上等にかかわる要因分析を行い、医療機関の実施すべき方向性を検討する
- ② スコアリング・ガイドラインとの関連を検討し、審査の際のサーベイヤーの判断材料になるデータを提供する
- ③ 評価結果の精度や項目間の整合を確認する

ことを目的とした調査研究として実施するものである。

2 研究方法

(1) 分析方法

分析に際しては、評価項目、調査項目を以下の 10 領域に整理し、領域ごとに作業仮説を設定した。これら作業仮説の検証を行い、仮説が棄却された場合には新たな仮説を検討し、再度検証を行った。

分析領域の設定

- 病院のガバナンスと経営管理
- 職員体制
- 院外連携
- 施設・設備
- 感染管理
- 病理
- 手術・麻酔
- 診療録管理
- 薬剤
- 医療安全管理

第 1 段階として、サーベイヤーの議論を踏まえて作業仮説を設定した。この作業仮説に従い、変数間の相関係数を算出することで関係性の強弱について検討した。

図表 1 サーベイヤーの議論を踏まえて設定された作業仮説

領域	作業仮説	分析に用いるデータ (上段：被説明変数、下段：説明変数)
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とめて質向上に活用している	4.31.1 (診療実績の取りまとめ)
		1.3.3.1 (質向上に関する管理者の指導力)
	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) の評点は高い	1.7.1
		1.7.2 (院外研修の活用)
		4.2.3 (医師の教育研修)
	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	医業収益 100 対研修費 (昨年度)
4.2.3		
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 (パスのバリエーション評価) も実施されている	1.7.1	
	1.7.2	
	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 (パスのバリエーション評価) も実施されている	5.11.2.4
		1.7.1

領域	作業仮説	分析に用いるデータ (上段：被説明変数、下段：説明変数)	
	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)	
	バスのバリエーション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 (バスのバリエーション分析)	
	医師の能力評価・貢献度評価が行われていれば、医師の収益性は高い	医師一人当たり診療単価 (室料差額を除いた医業収益÷医師数) 4.2.2 (医師の能力評価・貢献度評価の実施)	
	経営管理が適切に行われていれば収支はよい	医業収支率 6.2.4 (適切な経営管理)	
	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	医業収支率 材料費率 6.4.1 (適切な物品購入手続き) 6.4.2 (適切な在庫管理)	
	人事考課が適切に行われていれば収支はよい	医業収支率 6.1.3 (適切な人事考課)	
	人材が確保されていれば収益性は高い (どの職種を確保すれば収益が高まるか)	医業収支率 6.1.2 (人材の確保と就業状況の適切性) 病床 100 対麻酔医数 病床 100 対病理医数 病床 100 対診療情報管理士数 病床 100 対 MSW 数	
	苦情対応が適切であれば待ち時間は少ない	待ち時間 3.3.3 (苦情対応の適切性)	
	臨床検査の外部サーベイに参加して精密度管理が適切に行われている	4.5.2.4 (適切な精度管理) 外部サーベイ参加の有無 日本医師会サーベイ参加と点数 日本臨床衛生検査技師会サーベイ参加 その他	
	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) 4.22.1.3 (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) キンキュウ (分)	
	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) 5.1.3 (看護組織の整備)	
	病床管理が適切であればベッドの回転率は高い	病床利用率÷平均在院日数 6.2.6 (適切な病床管理)	
	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	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	
	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 (高額医療機器検査受託) 放射線専門医数 (常勤専任・兼任、非常勤)
		院外処方が進んでいれば薬剤師数は少ない	薬剤師数 (常勤、非常勤) 院外処方割合 (外来院外処方箋枚数 / (外来院外+外来院内))
		薬剤師が病棟業務を行ってれば薬剤師数は	薬剤師数 (常勤、非常勤)

領域	作業仮説	分析に用いるデータ (上段：被説明変数、下段：説明変数)
	多い	病棟担当薬剤師の有無 服薬管理指導・薬剤管理指導
	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
	栄養士が多いほど栄養管理が適切に行われている	4.13.2（適切な栄養管理） 4.13.2.2（適切な栄養指導） 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
	PT、OT、ST が多いほどリハが適切に行われている	4.14.2（適切なりハ運営） 100 床あたり PT 数 100 床あたり OT 数 100 床あたり ST 数
	正看護師が多いほど看護が適切に行われている	5.1.3（看護の組織整備） 正看比率
	看護基準が活用されていれば退職率は低い	看護職員退職率 5.10.2（看護基準の活用）
	看護管理が適切であれば退職率は低い	看護職員退職率 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）
	救急体制を整えるために各職種の当直体制が必要	救急体制 4.12.2.2（各職種の当直体制） 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）
	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できる	注射薬個別取り揃え率 5.2.2.1（他職種との連携）
	③院外連携	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
	退院時要約を作成していれば、紹介・逆紹介率は高い	紹介率 逆紹介率 退院時要約作成率 4.20.4.4（医師） 5.10.5.3（看護）

領域	作業仮説	分析に用いるデータ (上段：被説明変数、下段：説明変数)
	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の提供) の評価が高ければ、紹介・逆紹介率は高い	紹介率 逆紹介率 1.9.2 1.9.4 4.21.2.3 4.30.2.3
④施設・設備	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) 1床あたり病棟面積 1床あたり病室面積
	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
	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
	病院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
⑤感染管理	—	—
⑥病理	病理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) の評価は高い	4.1.1.1 4.6.1.1 (病理医) 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)
	設置主体、病院属性により病理部門の充足率 は異なる	病床 100 対麻酔医、病理医、診療情報管理士、ケ スワーカー人数 開設主体、規模、種別、臨床研修別
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) の評価は高 い	4.1.1.1 4.6.1.1 (病理医) 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)
	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	病床 100 対麻酔医、病理医、診療情報管理士、ケ スワーカー人数 開設主体、規模、種別、臨床研修別
⑧診療録管理	—	—
⑨薬剤	院外処方が進んでいれば薬剤師数は少ない	薬剤師数 (常勤、非常勤) 院外処方割合 (外来院外処方箋枚数 / (外来院外 + 外来院内))
	薬剤師が病棟業務を行っていれば薬剤師数は 多い	薬剤師数 (常勤、非常勤) 病棟担当薬剤師の有無 服薬管理指導・薬剤管理指導
	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
⑩医療安全	—	—

仮説の妥当性が確認されなかった場合には新たな仮説を検討し検証を行うというプロセス

スを繰り返し行い、探索的、試行錯誤的な分析を行った。

なお、分析に際しては審査項目の小項目 a, b, c を 1, 2, 3 (a = 1 がよい評価) と置き換えて数量的な分析をしている部分がある。中項目の評価 5, 4, 3, 2, 1 (5 がよい評価) とは評価の順序が異なることに留意されたい。

(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。

3 研究結果

(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	分析結果
		上段：被説明変数 下段：説明変数	
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とめて質向上に活用している	4.31.1 (診療実績の取りまとめ)	相関係数は-0.22 と弱い相関
		1.3.3.1 (質向上に関する管理者の指導力)	
	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)の評点は高い	1.7.1	いずれも相関は見られない (それぞれ-0.004、0.019、0.029)
		1.7.2 (院外研修の活用)	
		4.2.3 (医師の教育研修) 医業収益 100 対研修費 (昨年度)	
	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	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 1.7.2	
	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 (パスのバリエーション評価)も実施されている	5.11.2.4	明確な相関は見られない
		1.7.1	
	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)	明確な相関は見られない
		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)	
	パスのバリエーション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	明確な相関は見られない
5.11.2.4 (パスのバリエーション分析)			
医師の能力評価・貢献度評価が行われていれば、医師の収益性は高い	医師一人当たり診療単価 (室料差額を除いた医業収益 ÷ 医師数)	相関は見られない	
	4.2.2 (医師の能力評価・貢献度評価の実施)		
経営管理が適切に行われていれば収支はよい	医業収支率	明確な相関は見られない	
	6.2.4 (適切な経営管理)		
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	医業収支率	相関は見られない	
	材料費率		
	6.4.1 (適切な物品購入手続き) 6.4.2 (適切な在庫管理)		
人事考課が適切に行われていれば収支はよい	医業収支率	相関は見られない	
	6.1.3 (適切な人事考課)		
人材が確保されていれば収益性は高	医業収支率	相関は見られない	

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
	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) 病床 100 対麻酔医数 病床 100 対病理医数 病床 100 対診療情報管理士数 病床 100 対 MSW 数	
	苦情対応が適切であれば待ち時間は少ない?	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
	臨床検査の外部サーベイに参加していれば精度管理が適切に行われている	4.5.2.4 (適切な精度管理) 外部サーベイ参加の有無 日本医師会サーベイ参加と点数 日本臨床衛生検査技師会サーベイ参加 その他	4.5.2.4 (適切な精度管理) は日本医師会検査サーベイ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) 4.22.1.3 (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) キンキュウ (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) 5.1.3 (看護組織の整備)	明確な相関は見られない
	病床管理が適切であればベッドの回転率は高い	病床利用率÷平均在院日数 6.2.6 (適切な病床管理)	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	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	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 (高額医療機器検査受託) 放射線専門医数 (常勤専任・兼任、非常勤)	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	薬剤師数 (常勤、非常勤) 院外処方割合 (外来院外処方箋枚数 / (外来院外+外来院内))	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)
	薬剤師が病棟業務を行っていれば薬剤師数は多い	薬剤師数 (常勤、非常勤) 病棟担当薬剤師の有無 服薬管理指導・薬剤管理指導	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)
	栄養士が多いほど栄養管理が適切に行われている	4.13.2 (適切な栄養管理) 4.13.2.2 (適切な栄養指導)	特に相関は見られない

領域	作業仮説	使用データ	分析結果
		上段：被説明変数 下段：説明変数	
		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	
	PT、OT、STが多いほどリハが適切に行われている	4.14.2(適切なリハ運営) 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
	正看護師が多いほど看護が適切に行われている	5.1.3(看護の組織整備) 正看比率	特に相関は見られない
	看護基準が活用されていれば退職率は低い	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 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)	特に関連は見られない
	救急体制を整えるために各職種の当直体制が必要	救急体制 4.12.2.2(各職種の当直体制) 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できる	注射薬個別取り揃え率 5.2.2.1(他職種との連携)	特に関連はみられない
	病理、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)の評価は高い	4.1.1.1 4.6.1.1(病理医) 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(病理医)、4.10.1.2(麻酔医)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。 1.10.1.1(手術・麻酔部門の組織体制の明確さ)とはより弱い相関
	設置主体、病院属性により病理、麻酔、手術部門の充足率は異なる	病床100対麻酔医、病理医、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。
③院外連携	ここでは紹介率 ¹ =紹介数/新入院数、逆紹介率=逆紹介数/新入院数とした。		

¹診療報酬上の紹介率の定義

領域	作業仮説	使用データ		分析結果
		上段：被説明変数	下段：説明変数	
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	1.9.2 1.9.4	相関は見られない
		逆紹介率		
		退院時要約を作成していれば、紹介・逆紹介率は高い		
	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の提供)の評価が高ければ、紹介・逆紹介率は高い	紹介率	1.9.2 1.9.4 4.21.2.3 4.30.2.3	相関は見られない
		逆紹介率		
		床面積が大きければ、アメニティスペースが確保できる		
	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		
	病院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、保育所の有無とともに看護職員の退職率とは相関がなかった(それぞれ-0.03、-0.01)
⑤感染管理	—	—	—	
⑥病理	病理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)の評価は高い(再掲)	4.1.1.1	4.6.1.1 (病理医)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。	
		4.6.1.1 (病理医)		
	4.10.1.1 (手術・麻酔部門の組織体制の明確さ)	4.1.1.1 (手術・麻酔部門の組織体制の明確さ)		
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対麻酔医、病理医、診療情報管理士、ケースワーカー人数	病床100対診療情報管理士数は開設主体と相関あり。		
	開設主体、規模、種別、臨床研修別			
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)の評価は高い(再掲)	4.1.1.1	4.10.1.2 (麻酔医)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。	
		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)		

= { 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6歳未満の初診患者) }

領域	作業仮説	使用データ		分析結果
		上段：被説明変数	下段：説明変数	
	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 対麻酔医、病理医、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。
⑧診療録管理	—	—	—	—
⑨薬剤	院外処方が進んでいけ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（外来院外処方箋枚数／（外来院外＋外来院内））	常勤薬剤師数と院外処方割合にはやや負の相関あり（ $r=0.26$ ）
	薬剤師が病棟業務を行っていれば薬剤師数は多い（再掲）	薬剤師数（常勤、非常勤）	病棟担当薬剤師の有無 服薬管理指導・薬剤管理指導	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（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

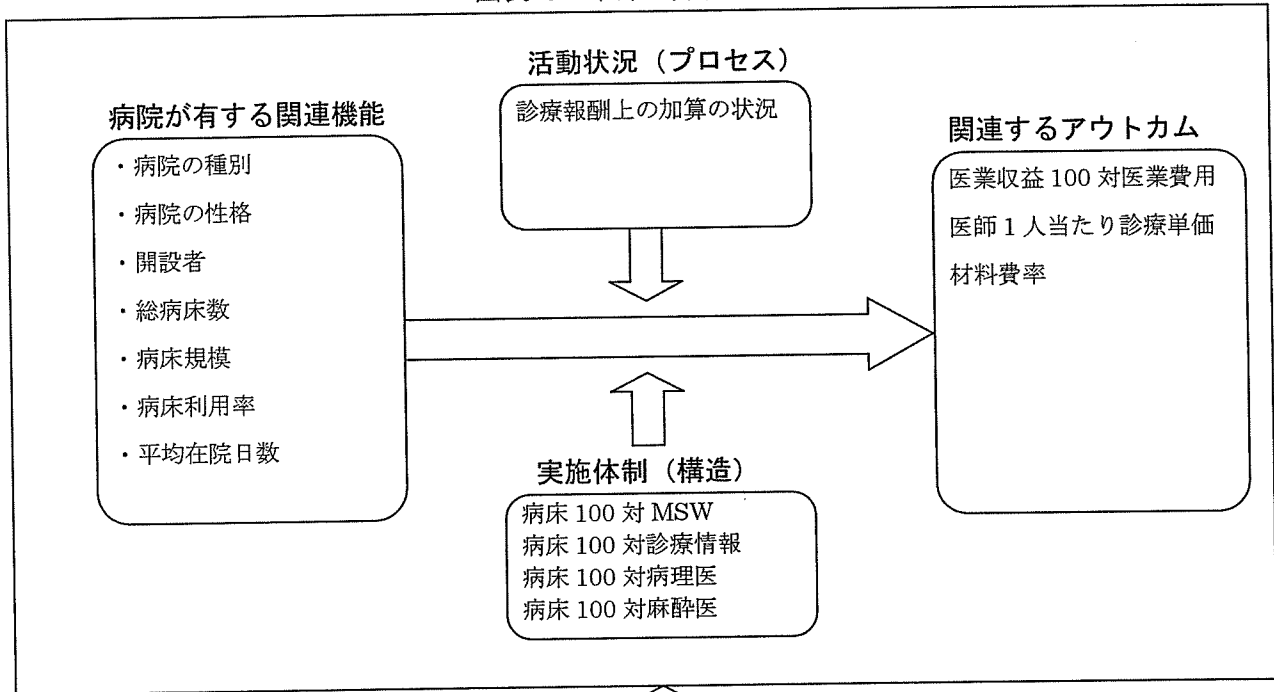
【分析結果の概要】

- リーダーシップに関するどの項目も、医業収益 100 対医業費用、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、医業収益 100 対医業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、医業収益 100 対医業費用を基に、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



- | | |
|--|--|
| <p><中心となる項目></p> <ul style="list-style-type: none"> 1.3.1 (基本方針・計画策定の指導力) 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) 1.3.1.3 (事業計画策定・予算編成の指導力) 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) 1.3.3 (質向上・業務効率化の指導力) 1.3.3.1 (質向上に関する管理者の指導力) 1.3.3.2 (経営改善の指導力) 1.3.3.3 (取り組みの評価と活性化) | <p><関連する項目></p> <ul style="list-style-type: none"> 1.7.1 (院内研修の実施) 1.7.2 (院外研修の活用) 2.2.1 (患者の権利方針の周知) 3.5.1 (外来患者のプライバシー) 3.5.2 (入院患者のプライバシー) 4.2.2 (医師の能力評価・貢献度評価) 4.2.3 (医師の教育研修) 4.31.1 (診療実績の取りまとめ) 5.11.2.4 (パスのバリエーション分析) 6.1.2 (人材の確保と就業状況の適切性) 6.1.3 (適切な人事考課) 6.2.1 (適切な財務会計) 6.2.2 (適切な予算管理) 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) 領域ごとの得点の合計 全項目の得点の合計 |
|--|--|

審査項目

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どの項目も、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—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 0.0	9 0.9	505 53.2	436 45.9	0 0.0	0 0.0	950 100.0	3.4
国・独立行政法人	0 0.0	0 0.0	14 34.1	27 65.9	0 0.0	0 0.0	41 100.0	3.7
地方自治体	0 0.0	1 0.6	84 49.1	86 50.3	0 0.0	0 0.0	171 100.0	3.5
日赤、済生会、厚生連	0 0.0	0 0.0	35 53.0	31 47.0	0 0.0	0 0.0	66 100.0	3.5
保険者	0 0.0	0 0.0	13 59.1	9 40.9	0 0.0	0 0.0	22 100.0	3.4
社福法人	0 0.0	1 1.1	41 44.6	50 54.3	0 0.0	0 0.0	92 100.0	3.5
医療法人	0 0.0	6 1.2	282 57.1	206 41.7	0 0.0	0 0.0	494 100.0	3.4
学校法人	0 0.0	0 0.0	16 66.7	8 33.3	0 0.0	0 0.0	24 100.0	3.3
その他の法人	0 0.0	0 0.0	14 60.9	9 39.1	0 0.0	0 0.0	23 100.0	3.4
個人	0 0.0	1 5.9	6 35.3	10 58.8	0 0.0	0 0.0	17 100.0	3.5
無回答	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－開設主体別

(上段:件数 下段:%)

	1	2	3	4	5	無回答	合計	平均
合計	0 0.0	5 0.5	451 47.5	492 51.8	2 0.2	0 0.0	950 100.0	3.5
国・独立行政 法人	0 0.0	0 0.0	14 34.1	27 65.9	0 0.0	0 0.0	41 100.0	3.7
地方自治体	0 0.0	0 0.0	73 42.7	98 57.3	0 0.0	0 0.0	171 100.0	3.6
日赤、済生会 、厚生連	0 0.0	0 0.0	27 40.9	39 59.1	0 0.0	0 0.0	66 100.0	3.6
保険者	0 0.0	0 0.0	9 40.9	13 59.1	0 0.0	0 0.0	22 100.0	3.6
社福法人	0 0.0	1 1.1	41 44.6	50 54.3	0 0.0	0 0.0	92 100.0	3.5
医療法人	0 0.0	4 0.8	255 51.6	233 47.2	2 0.4	0 0.0	494 100.0	3.5
学校法人	0 0.0	0 0.0	12 50.0	12 50.0	0 0.0	0 0.0	24 100.0	3.5
その他の法 人	0 0.0	0 0.0	10 43.5	13 56.5	0 0.0	0 0.0	23 100.0	3.6
個人	0 0.0	0 0.0	10 58.8	7 41.2	0 0.0	0 0.0	17 100.0	3.4
無回答	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－開設主体別

(上段:件数 下段:%)

	1	2	3	4	5	無回答	合計	平均
合計	0 0.0	5 0.5	632 66.5	313 32.9	0 0.0	0 0.0	950 100.0	3.3
国・独立行政 法人	0 0.0	0 0.0	25 61.0	16 39.0	0 0.0	0 0.0	41 100.0	3.4
地方自治体	0 0.0	1 0.6	130 76.0	40 23.4	0 0.0	0 0.0	171 100.0	3.2
日赤、済生会 、厚生連	0 0.0	0 0.0	46 69.7	20 30.3	0 0.0	0 0.0	66 100.0	3.3
保険者	0 0.0	0 0.0	14 63.6	8 36.4	0 0.0	0 0.0	22 100.0	3.4
社福法人	0 0.0	1 1.1	59 64.1	32 34.8	0 0.0	0 0.0	92 100.0	3.3
医療法人	0 0.0	2 0.4	318 64.4	174 35.2	0 0.0	0 0.0	494 100.0	3.3
学校法人	0 0.0	0 0.0	17 70.8	7 29.2	0 0.0	0 0.0	24 100.0	3.3
その他の法 人	0 0.0	1 4.3	12 52.2	10 43.5	0 0.0	0 0.0	23 100.0	3.4
個人	0 0.0	0 0.0	11 64.7	6 35.3	0 0.0	0 0.0	17 100.0	3.4
無回答	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	- -	-

- ・ 審査項目内ではリー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、ほぼ同じ視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」			
	2	3	4	総計
2	77.78	11.11	11.11	100.0
3	3.78	52.75	43.47	100.0
4	0.00	22.42	77.58	100.0
5	0.00	0.00	100.00	100.0
総計	2.65	38.41	58.94	100.0