

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	0.183	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<sup>2</sup>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－開設者別、病床規模別

病床規模	開設者大分類										
	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	不明	総計
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－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										
	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	不明	総計
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

<sup>2</sup>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）

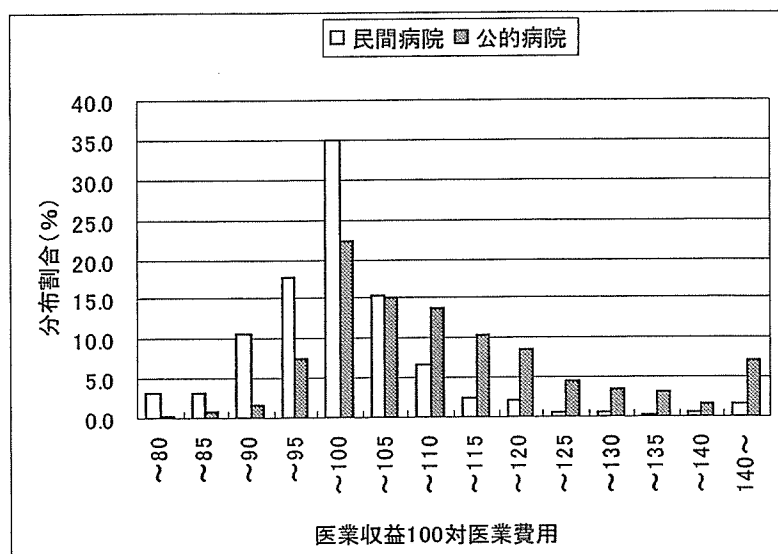
### 3) 収支の良い病院の特徴に関する探索的分析

- ・ 医業収益 100 対医業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と考えられることから、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「社福法人」「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。
- ・ 医業収益 100 対医業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 医業収益 100 対医業費用の分布—公的病院／民間病院別

医業収益 100 対 医業費用	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 医業収益 100 対医業費用の分布－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

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

- ・ 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 18 上位群、下位群の差異—公的病院 (2 / 2)

公的病院	上位群										下位群										割合		平均・標準偏差										
	人数		5 無回答		3		2		1		割合		人数		5 無回答		3		2		1		割合		平均値	標準偏差							
	1	2	3	4	5	割合	1	2	3	4	5	割合	1	2	3	4	5	割合	1	2	3	4	5	割合	平均値	標準偏差							
13.1(基本方針・計画策定の指導力)	0	1	31	22	0	0	0	0	0	0	62	0	19	57.4	40.7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100.0	3.4	0.5						
13.1.1(基本方針策定の指導力)	0	1	31	22	0	0	0	0	0	0	62	0	19	57.4	40.7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100.0	3.4	0.5						
13.1.2(計画策定の指導力)	0	1	31	22	0	0	0	0	0	0	62	0	19	57.4	40.7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100.0	3.4	0.5						
13.2(問題解決の指導力)	0	0	22	32	0	0	0	0	0	0	62	0	40.7	59.3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100.0	3.6	0.5						
13.2.1(問題点の認識)	45	9	0	0	0	0	0	0	0	0	62	83.3	16.7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100.0	1.2	0.4						
13.2.2(方針策定の指導力)	39	15	0	0	0	0	0	0	0	0	62	72.2	27.8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100.0	1.3	0.5						
13.2.3(解決策実行の指導力)	37	17	0	0	0	0	0	0	0	0	62	68.5	31.5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100.0	1.3	0.5						
13.3(質向上・業務効率化の指導力)	0	0	32	21	1	0	0	0	0	0	62	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100.0	3.4	0.5						
13.3.1(質向上に関する管理の指導力)	37	17	0	0	0	0	0	0	0	0	62	68.5	31.5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100.0	1.3	0.5						
13.3.2(経営改善の指導力)	29	25	0	0	0	0	0	0	0	0	62	33.3	24.1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100.0	1.5	0.5						
13.3.3(取り組みの評価と活性化)	18	13	0	0	0	0	0	0	0	0	62	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100.0	1.4	0.5						
17.1(院内研修の実施)	0	1	43	9	1	0	0	0	0	0	62	0	1.9	79.6	16.7	1.9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100.0	3.2	0.5					
17.2(院内研修の活用)	0	0	36	17	1	0	0	0	0	0	62	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100.0	3.4	0.5						
17.3(院内研修の推進)	0	0	35	26	1	0	0	0	0	0	62	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100.0	3.3	0.5						
3.5.1(外来患者のプライバイシー)	0	2	34	18	0	0	0	0	0	0	62	0	1.9	55.6	42.6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100.0	3.3	0.5					
3.5.2(入院患者のプライバイシー)	0	1	30	23	0	0	0	0	0	0	62	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100.0	3.4	0.5					
4.2(医師の能力開発・育成)	0	3	43	1	0	0	0	0	0	0	62	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100.0	3.1	0.5					
4.3.1(研修室の教育研修)	0	0	35	19	0	0	0	0	0	0	62	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100.0	3.4	0.5					
5.1.1.2.4(バスのバリエーション分析)	5	13	0	0	0	0	0	0	0	0	62	9.3	24.1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	66.7	12.9	33.9	0.0	0.0	53.2	100.0	1.6	0.4
6.1.2(人財の確保と就業状況の適切性)	0	6	42	6	0	0	0	0	0	0	62	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100.0	3.0	0.5					
6.1.3(適切な人事考課)	0	6	39	9	0	0	0	0	0	0	62	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100.0	3.1	0.5					
6.2.1(適切な財務会計)	0	0	16	38	0	0	0	0	0	0	62	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100.0	3.7	0.5					
6.2.2(適切な予算管理)	0	2	17	35	0	0	0	0	0	0	62	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100.0	3.6	0.6					
6.2.3(適切な労務管理)	0	1	10	15	0	0	0	0	0	0	62	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100.0	3.1	0.5					
6.2.4(適切な設備管理)	0	0	12	21	0	0	0	0	0	0	62	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100.0	3.1	0.5					
6.2.5(適切な安全管理)	0	0	14	24	0	0	0	0	0	0	62	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100.0	3.3	0.5					
6.2.6(適切な情報管理)	0	0	15	25	0	0	0	0	0	0	62	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100.0	3.3	0.5					





図表 20 上位群、下位群の差異－民間病院（2/2）

民間病院	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					上位群		下位群		標準偏差			
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	無回答	割合	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
1.3.1(基本方針・計画策定の指導力)	75	35	0	0	0	110	110	110	110	110	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0	0.0	100.0	0.0		
1.3.1.1(理念・基本方針策定の指導力)	75	35	0	0	0	110	110	110	110	110	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0	0.0	100.0	0.0		
1.3.1.2(目標設定と達成の指導力)	16	12	0	0	0	82	110	14	13	0	0	70	14.5	10.9	0.0	0	0	0	0	0	0	0	74.5	100.0	14.4	13.4		
1.3.2(問題解決の指導力)	77	33	0	0	0	110	110	110	110	110	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0	0.0	100.0	0.0		
1.3.2.1(問題点の認識)	77	33	0	0	0	110	110	110	110	110	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0	0.0	100.0	0.0		
1.3.2.2(対策検討の指導力)	64	46	0	0	0	110	53	42	2	0	0	97	58.2	41.8	0.0	0	0	0	0	0	0	0	0.0	0.0	100.0	0.0		
1.3.2.3(解決策実行の指導力)	64	45	1	0	0	110	53	42	2	0	0	97	58.2	40.9	0.9	0	0	0	0	0	0	0	0.0	0.0	100.0	0.0		
1.3.3(異文化に因る意思の伝達力)	62	48	0	0	0	110	57	39	1	0	0	97	56.4	43.6	0.0	0	0	0	0	0	0	0	0.0	0.0	100.0	0.0		
1.3.3.1(異文化に因る意思の伝達力)	62	48	0	0	0	110	57	39	1	0	0	97	56.4	43.6	0.0	0	0	0	0	0	0	0	0.0	0.0	100.0	0.0		
1.3.3.2(異文化に因る意思の伝達力)	62	48	0	0	0	110	57	39	1	0	0	97	56.4	43.6	0.0	0	0	0	0	0	0	0	0.0	0.0	100.0	0.0		
1.3.3.3(取り組みの評価と活性化)	11	17	0	0	0	82	110	11	16	0	0	70	97	10.0	15.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	74.5	100.0	11.3	16.5		
1.7.1(院内研修の実施)	0	1	81	28	0	110	110	0	0	0	0	97	97	0.0	0.0	0	0	0	0	0	0	0	0.0	0.0	100.0	0.0		
1.7.2(院外研修の活用)	0	1	64	45	0	110	0	0	0	0	0	97	0.0	0.9	73.6	25.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0		
2.2.1(患者の権利方針の周知)	0	2	66	26	0	16	110	0	4	65	22	6	97	0.0	1.8	60.0	23.6	0.0	0.0	0.0	0.0	14.5	100.0	0.0	4.1			
3.5.1(外来患者のプライバシー)	0	5	46	58	0	1	110	0	4	56	37	0	97	0.0	4.5	41.8	52.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.9	100.0	0.0	3.1			
3.5.2(入院患者のプライバシー)	0	11	50	49	0	0	110	0	3	53	41	0	97	0.0	10.0	45.5	44.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0			
4.2.2(医師の能力評価・意識調査)	0	4	86	20	0	0	110	0	12	71	14	0	97	0.0	3.6	78.2	18.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0			
4.3.1.1(研修実績の振り返り)	0	2	56	37	1	14	110	0	2	62	33	0	97	0.0	0.0	63.6	36.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0			
4.3.1.2(研修者の振り返り)	0	2	56	37	1	14	110	0	2	62	33	0	97	0.0	1.8	50.9	33.6	0.9	12.7	100.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0			
5.1.1.2(バスのバリエーション)	0	10	89	11	0	0	110	0	6	87	4	0	73	97	0.9	15.5	1.8	0.0	0.0	0.0	0.0	81.8	100.0	3.1	21.8			
5.1.2(人材の確保と業務状況の適切性)	0	13	85	12	0	0	110	0	13	74	10	0	97	0.0	11.8	77.3	10.9	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0			
6.1.3(適切な人事考課)	0	0	48	62	0	0	110	0	0	50	47	0	97	0.0	0.0	43.6	56.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0			
6.2.1(適切な財務会計)	0	0	35	52	55	0	110	0	5	45	47	0	97	0.0	2.7	47.3	50.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0			
6.2.3(適切な資金・投資計画)	0	0	35	73	0	2	110	0	37	58	0	2	97	0.0	0.0	31.8	66.4	0.0	1.8	100.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0			
6.4.1(適切な物品購入手続き)	0	1	46	63	0	0	110	0	2	49	46	0	97	0.0	0.9	41.8	57.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0			
6.4.2(適切な在庫管理)	0	3	56	51	0	0	110	0	6	59	32	0	97	0.0	2.7	50.9	46.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0			

## (2) 職員体制

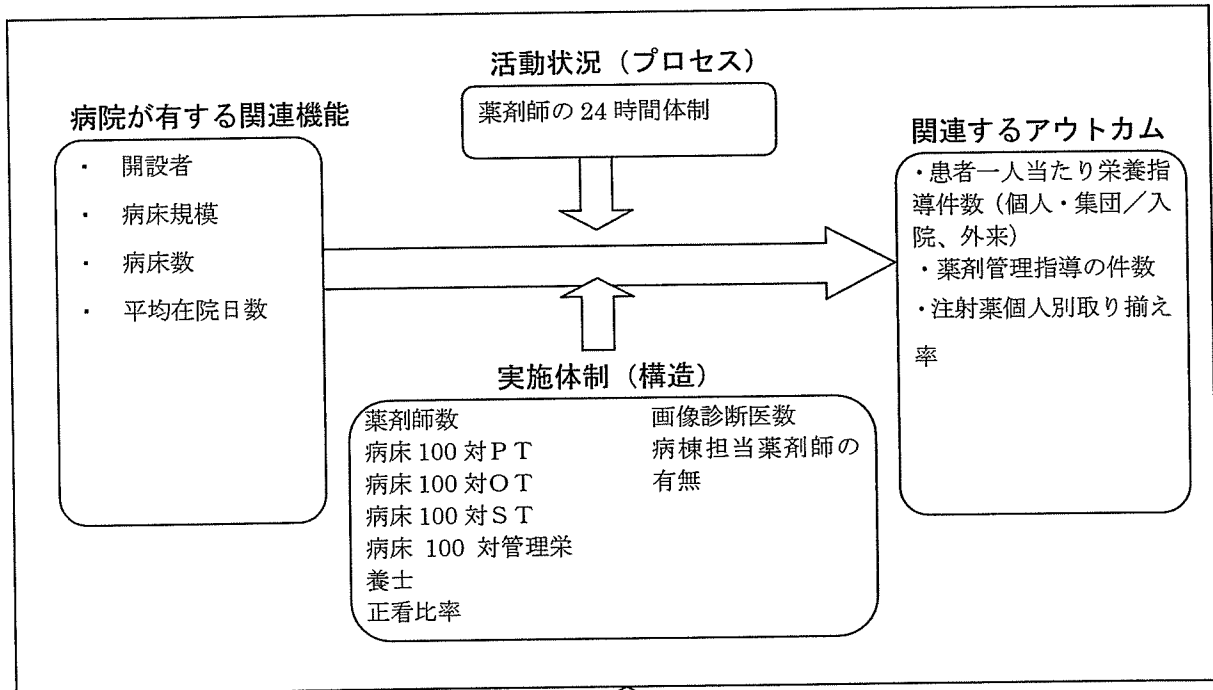
### 【分析結果の概要】

- 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、看護関連審査項目とはやや負の相関を示しており、かつ正看比率が高い方が看護関連審査項目の平均値も高くなっていったことから、正看護師が多い方が、看護体制が整い、看護ケア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手厚い配置を行っている傾向が見られたが、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



- < 関連する項目 >
- |                        |                          |
|------------------------|--------------------------|
| 1.9.3（高額医療機器検査受託）      | 4.14.1（適切なリハ体制）          |
| 4.5.2.3（緊急時の支援体制）      | 4.14.2（適切なリハ運営）          |
| 4.7.2.1（画像の搬送・所見報告の手順） | 5.1.3（看護の組織整備）           |
| 4.7.2.3（緊急時の放射線支援体制）   | 5.2.1（働きやすさに配慮した組織づくり）   |
| 4.8.3.5（夜間・時間外の調剤体制）   | 5.2.2（効果的な看護提供のための組織づくり） |
| 4.9.1.2（夜間・時間外の輸血対応体制） | 5.2.2.1（他職種との連携）         |
| 4.10.3.2（緊急手術の対応）      | 5.3.1（看護職員の能力評価）         |
| 4.12.2.2（各職種の当直体制）     | 5.3.2（看護職員の能力開発）         |
| 4.12.2.3（診療各科への救急支援体制） | 5.3.3（看護の専門知識）           |
| 4.12.3（救急部門の適切な運営）     | 5.10.2（看護基準の活用）          |
| 4.13.2（適切な栄養管理）        | 5.20.1（看護ケア改善の取組）        |
| 4.13.2.2（適切な栄養指導）      | 5.20.2（改善の成果を生かしたケアの向上）  |

審査項目

## イ 分析結果

### 1) 職員数と医療の質

職員の充実度と、医療の質に関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 (**)
看護師退職者率	-.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／（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

	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、画像診断関連審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、栄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相関が認められ、個人に対しての栄養指導件数が多い病院については、比較的栄養管理が適切

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審査データ項目

項目	@4.13.2 適切な栄養管理	@4.13.2.2 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の数が多いほど、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ど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 各職種の当直体制	4.12.2.3 診療各科への救急への支援体制	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(**)	.416(**)	.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 各職種の当直体制	.440(**)	.121(**)	.416(**)	.748(**)	.326(**)	.169(**)	1	.276(**)	-.343(**)
4.12.2.3 診療各科への救急への支援体制	.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

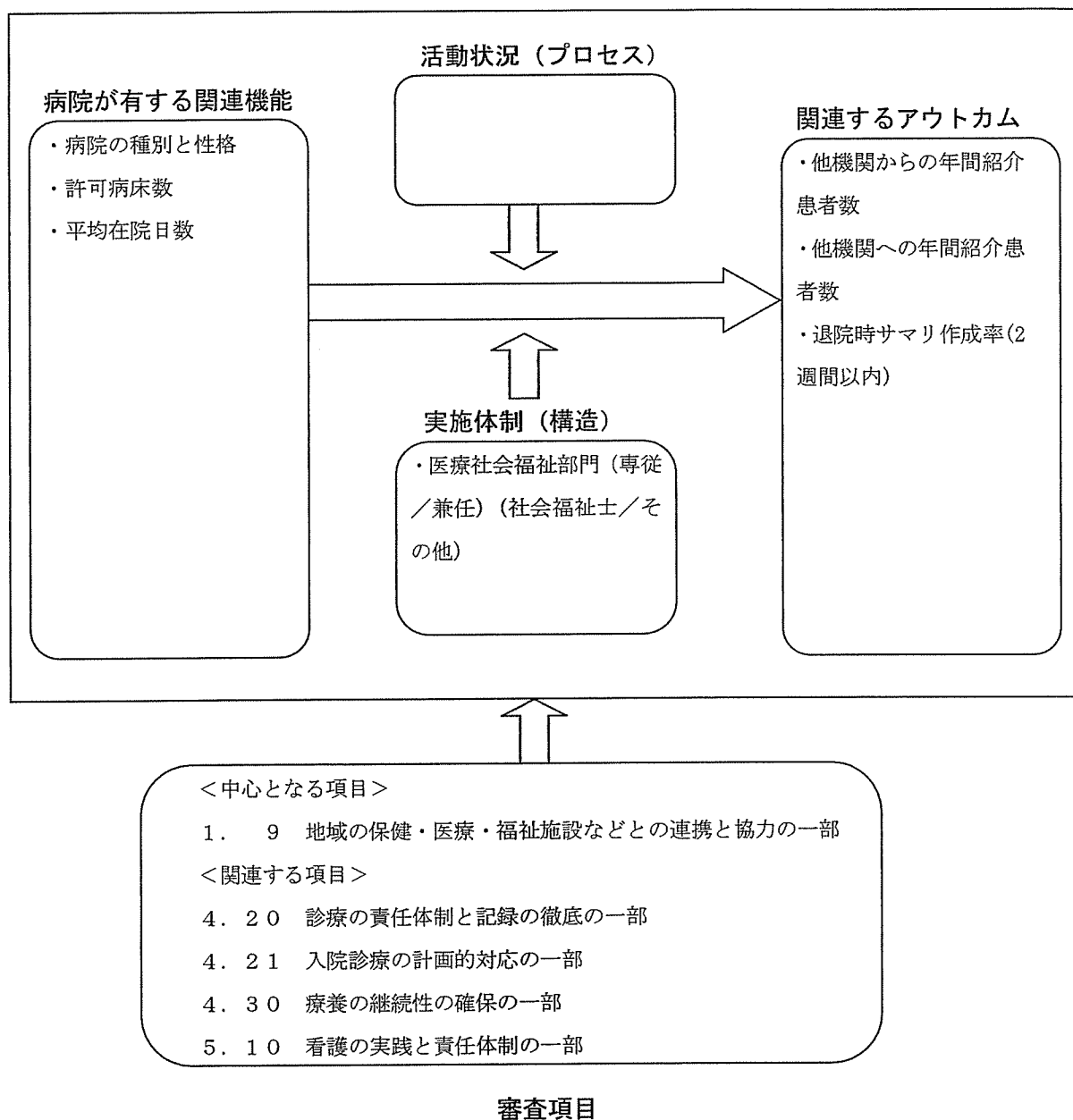
#### 【分析結果の概要】

- 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病連携・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ごく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）状況把握のためには、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—許可病床数別

上段：頻度、中段：平均値（許可病床総数：床）、下段：標本標準偏差

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