

6) 施設・設備の整備および管理体制について

- 200床以上では、6.3.2.4「医療機器の管理の中央化がなされている」と病床数に弱い負の相関があった(-0.22)。規模の大きい病院ほど、中央管理化が進んでいるといえる。しかしながら、評価aの病院は、全体の45%(577病院中260病院)であり、他の評価項目に比べて少ないことから、医療機器の中央管理化はあまり浸透していないという現状がうかがえる。

7) 急性期入院加算病院について

200床以上の病院では、急性期加算が153病院、急性期特定加算が26病院ある。これらの174病院(うち5病院が重複)について、1床あたりの病棟面積・病室面積および施設設備に関連する代表的な評価項目を、他の病院と比較した結果、すべての項目について充実度がやや高い傾向が見られた。(200床未満では34病院と少数であったため、200床以上についてのみ分析した)。急性期医療を提供するための高い機能を持つ病院として、施設・設備の充実度がやや高くなっているものと解釈できる。

図表 55 急性期入院加算による施設・設備の充実度の比較

データ	急性期加算	その他	総計
データの個数 / ID	174	476	650
平均 / 1床あたり病棟面積	24.26	22.61	23.05
標本標準偏差 / 1床あたり病棟面積	8.84	6.64	7.32
平均 / 1床あたり病室面積	9.00	8.32	8.50
標本標準偏差 / 1床あたり病室面積	2.61	1.97	2.18
平均 / コンピュータ利用状況	5.78	4.86	5.11
標本標準偏差 / コンピュータ利用状況	1.66	1.57	1.65
平均 / 2.4.1.3 安全のための事前対策	1.39	1.45	1.43
標本標準偏差 / 2.4.1.3/ 安全のための事前対策	0.55	0.53	0.53
平均 / 3.7.1.4 患者がくつろげるスペース	1.36	1.36	1.36
標本標準偏差 / 3.7.1.4 患者がくつろげるスペース	0.48	0.50	0.49
平均 / 3.7.2.4 快適空間の確保	1.41	1.48	1.46
標本標準偏差 / 3.7.2.4 快適空間の確保	0.49	0.52	0.51
平均 / 3.6.1 療養環境の整備体制	3.60	3.55	3.56
標本標準偏差 / 3.6.1 療養環境の整備体制	0.50	0.51	0.51
平均 / 6.1.5.3 働きやすい職場環境	1.29	1.32	1.31
標本標準偏差 / 6.1.5.3 働きやすい職場環境	0.47	0.47	0.47
平均 / 6.3.2.4 医療機器の集中管理	1.44	1.73	1.64
標本標準偏差 / 6.3.2.4 医療機器の集中管理	0.58	0.65	0.64

## 8) 平均在院日数について

急性期型の一般病院のうち、急性期入院加算・急性期特定入院加算となっている病院 164 病院を対象として、施設・設備の充実度と平均在院日数の関係について分析した。平均在院日数の短いグループ（15 日未満、42 病院：全体の上位 25.6%）を抽出し、施設・設備の充実度を他の病院群と比較することにより、平均在院日数に影響する項目を見出すことが目的である。病床数、1 床あたりの病棟・病室面積、コンピュータ利用状況など施設・設備のプロフィールと、施設・設備の充実度に関連する主要な評価項目について比較を行った結果を図表 56 に示す。

平均在院日数が短いグループは、他と比較して、病床数が少ないが、1 床あたりの病棟・病室面積、高さ／傾斜調節ベッドの整備状況、コンピュータ利用状況には差がみられなかった。評価項目については、全体的にやや充実度が高いもののあまり大きな差は見られないが、3.7.1.4「患者がくつろげるスペース」および 3.7.2.4「快適空間の確保」について評価が高い傾向が見られた。これらの充実度が直接的に在院日数に影響することは考えにくいですが、間接的に効果がある可能性もある。

さらに、コンピュータ利用状況については、業務内容別に導入している病院の割合を比較した。医療システムはすべての病院に導入されているのに対し、電子カルテは平均在院日数が短いグループのほうが導入率が低かった。画像診断のデジタル化、院内 LAN、ケアのプロセス管理、EBM はほぼ同程度であり、診療アウトカムの管理については、平均在院日数が短いグループのほうが導入率が高いという結果になった。コンピュータの導入による業務の効率化が期待されるものの、在院日数の短縮には直結していないと考えられる。

なお、コンピュータ利用状況については、院内 LAN やインターネット、人事・給与管理などの部分は全体として導入率が高いが、電子カルテ、ケアのプロセス管理、EBM など医療そのものに関連する部分については、コンピュータを導入している病院は現状では少数であることがうかがえる。

図表 56 施設・設備の整備状況の比較－平均在院日数区分別

データ	平均在院日数 15日未満	その他	総計
データ数	42	122	164
平均在院日数の平均	13.72	16.89	16.08
標準偏差	1.26	1.53	2.02
病床数(総数)の平均	404.57	501.89	476.97
標準偏差	149.93	190.02	185.13
1床あたり病棟面積の平均	24.80	24.57	24.63
標準偏差	6.92	9.10	8.57
1床あたり病室面積の平均	9.13	8.97	9.01
標準偏差	19.34	39.06	35.27
1床あたり高さ調節ベッド数の平均	0.88	0.87	0.87
標準偏差	0.21	0.21	0.21
1床あたり傾斜調節ベッド数の平均	0.95	0.95	0.95
標準偏差	0.08	0.09	0.09
コンピュータ利用状況の平均	5.69	5.87	5.82
標準偏差	1.73	1.68	1.69
2.4.1.3 安全のための事前対策の平均	1.32	1.34	1.33
標準偏差	0.53	0.50	0.50
3.7.1.4 患者がくつろげるスペースの平均	1.26	1.39	1.35
標準偏差	0.45	0.49	0.48
3.7.2.4 快適空間の確保の平均	1.32	1.44	1.40
標準偏差	0.47	0.50	0.49
1.3.3.1 質向上への意欲の平均	1.21	1.28	1.26
標準偏差	0.41	0.45	0.44
3.6.1 療養環境の整備体制の平均	3.63	3.63	3.63
標準偏差	0.49	0.50	0.50
3.6.2 患者用設備の整備の平均	3.55	3.56	3.56
標準偏差	0.50	0.52	0.51
6.1.5.3 働きやすい職場環境の平均	1.18	1.27	1.24
標準偏差	0.46	0.44	0.45
6.3.2.4 医療機器の集中管理の平均	1.50	1.42	1.44
標準偏差	0.56	0.57	0.57

図表 57 コンピュータ導入率の比較

	平均在院日数が 短いグループ	その他	総計
医療システム	100.0%	100.0%	100.0%
電子カルテ	5.0%	18.2%	14.7%
レセプトの電子ファイル提出	12.5%	17.3%	16.0%
画像診断のデジタル化・PACS	62.5%	58.2%	59.3%
院内 LAN・イントラネット	85.0%	88.2%	87.3%
インターネット	100.0%	97.3%	98.0%
ケアのプロセス管理	22.5%	23.6%	23.3%
医療安全管理	47.5%	52.7%	51.3%
EBM	10.0%	9.1%	9.3%
診療アウトカムの管理	20.0%	13.6%	15.3%
人事・給与管理	92.5%	93.6%	93.3%

## (5) 薬剤

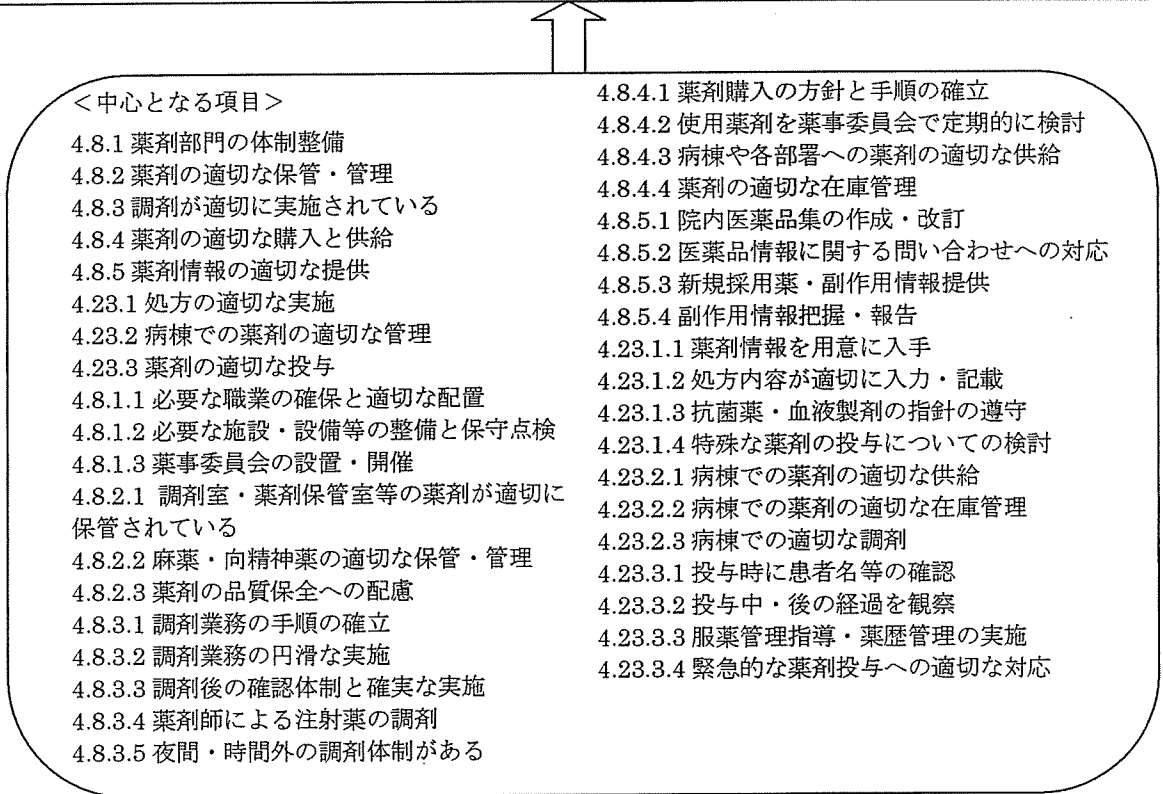
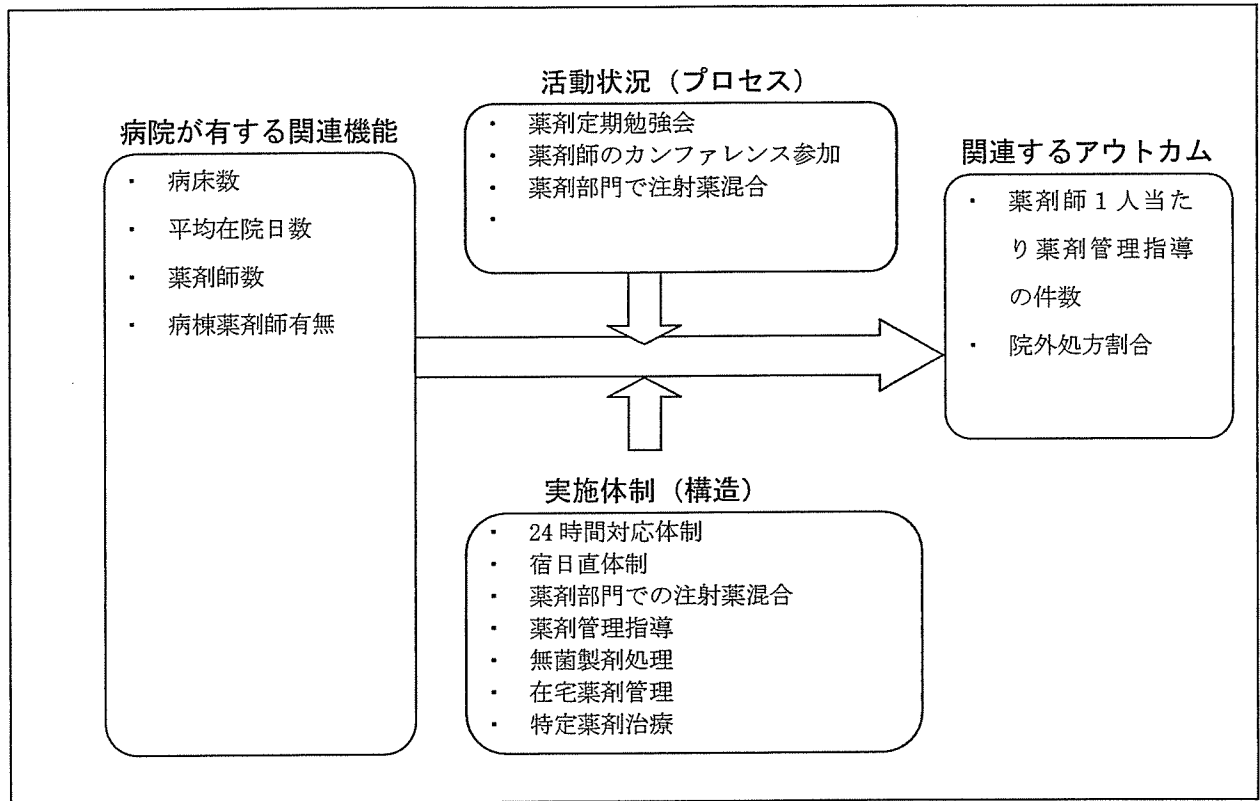
### 【分析結果の概要】

- 薬剤師数と薬剤関連項目との相関を分析した結果、やや関連が見られたものが少なからず存在したが、病床 100 床あたり薬剤師数との関連を分析すると、「宿日直体制」のみ関連が見られていた。これより、宿日直体制については、病院薬剤師数が多く、さらに病床あたり薬剤師数も多いことが必要であり、病床規模に関わらずマンパワーが必要であることが示唆された。
- 薬剤部門について病床規模別に見ると、多くの項目で 200 床以上の病院ほど評価が高い結果となった。ただし、院外処方割合、調剤の適切な実施については 200 床未満の方が良い結果となっていた。
- 薬剤部門で定期的な勉強会を開催しているほど院内医薬品集の作成・改訂などが適切に行われており、積極的な知識吸収が業務に良い影響を及ぼしていることが示唆された。さらに、病棟担当薬剤師がいること、病棟の薬剤在庫管理を薬剤部門が行っていることが病棟の適切な薬剤管理につながることを示唆された。
- 業務量を考慮した薬剤師数と薬剤関連項目との関係を検討するため、薬剤師の人員配置基準の充足率と薬剤関連項目との関連を分析したところ、人員配置基準を満たしていない病院よりも人員配置基準を満たしている病院の方が適切な処方、投与がなされていることが示唆された。人員配置基準を満たしており薬剤師の充足率が 200%を超えている病院では、適切な薬剤保管・管理にも効果があることが示唆された。

### ア 分析の前提

- ・ 施設基本票、部門別調査票および審査データのうち薬剤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。

図表 58 本節の分析の視点



審査項目

## イ 分析結果

### 1) 薬剤関連項目の相関分析

常勤換算後の薬剤師数と各項目の関連をみると、病床数、宿日直体制、無菌製剤処理の有無、薬剤部門での注射薬混合、薬剤部門における定期的な勉強会の開催、4.8.1「薬剤部門の適切な体制整備」、4.8.3.5「夜間・時間外の調剤体制がある」、4.23.3.4「緊急的な薬剤投与への適切な対応」など、さまざまな項目との相関が見られた。しかし、病床 100 対薬剤師数とこれらさまざまな項目との相関を見ると、やや相関が見られたのは宿日直体制のみであった。これより、病床あたりの薬剤師数の多寡は、薬剤部門の体制整備、適切な運営にあまり影響を及ぼしていないことが示唆された。一方、宿日直体制については、薬剤師数全体が多く、さらに病床あたり薬剤師数も多いほど充実していることが明らかになった。宿日直体制の充実のためには、病床規模に関わらずマンパワーが必要であることが示唆された。

また、薬剤師の業務量と薬剤関連項目との関連をみるため、薬剤師の人員配置基準の充足率と薬剤関連項目との相関をみると、院外処方率や 4.8.1「薬剤部門の適切な体制整備」、4.8.1.1「必要な職業の確保と適切な配置などと緩やかな相関が見られた。

### 2) 病床規模による薬剤関連項目について

病床規模 200 床未満の病院と 200 床以上の病院について、薬剤関連項目の比較を行った。全 1,096 病院のうち、200 床未満は 446、200 床以上は 649 であった（無回答が 1）。

施設基本票の薬剤関連項目については、院外処方割合は 200 床未満の方が 64.0%と高くなっていった。また、薬剤定期勉強会を実施している率、薬剤師が診療科カンファレンスに参加している率は 200 床以上の病院が高くなっており、それぞれ 91.7%、83.5%となっている。薬剤に関する積極的な知識習得、そして臨床への積極的な関与については大病院の方が高いことがわかった。

図表 59 病床 200 床未満／以上と各項目の比較

	200床未満 (n=446)	200床以上 (n=649)
院外処方割合	64.0	50.0
24時間体制あり	0.2	13.2
病棟在庫管理：薬剤部門が実施	41.9	34.6
薬剤定期勉強会をしている	73.8	91.7
薬剤師が診療科カンファレンスに参加（一部を含む）	67.3	83.5
4.8.1 薬剤部門の体制が整備されている	3.36	3.46
4.8.2 薬剤の適切な保管・管理	3.47	3.58
4.8.3 調剤が適切に実施	3.51	3.06
4.8.4 薬剤の適切な購入と供給	3.43	3.46
4.8.5 薬剤情報の適切な提供	3.57	3.51
	200床未満 (n=445)	200床以上 (n=570)
宿日直体制整っている	1.8	39.6

次に、審査データの薬剤関連項目について、200 床未満／以上で平均点の比較を行った。薬剤部門の体制の整備、薬剤の適切な保管・管理については、200 床以上の病院の方が高い点数であったのに対し、調剤が適切に実施されているとの回答は 200 床未満の病院の方が高い点数であった。

また、24 時間対応体制を実施している病院は 87 病院にとどまったが、それ以外の病院においては、200 床未満で宿日直体制が整っている病院は 1.8%、200 床以上の病院では 39.6% となり、大病院ではより体制が整備されていることがわかった。

### 3) 緊急的対応について

薬剤師の 24 時間対応体制をとっている病院と、それ以外の病院において調剤体制、緊急薬剤投与の適切性について平均点を比較した。その結果、24 時間体制がある病院については、双方ともに平均が優れており、そうでない病院と比較して緊急時対応が適切に行われていた。

さらに、24 時間体制ではない病院において、分散分析により日直・宿直体制の違いによる緊急時対応の比較を行った。その結果、4.23.3.4「緊急的な薬剤投与に適切に対応している」、4.8.3.5「夜間・時間外の調剤体制があり適切に対応している」とともに、他の体制と比較して日直・宿直体制が整っている病院において優れている結果となった。なお、「休日・夜間ともオンコール」の病院においては、両方の項目で日直・宿直体制が整っている病院に次いで平均点が高くなっていた。

なお、24 時間体制の有無と病床 100 対薬剤師数、院外処方率は関連が認められなかった。



図表 60 薬剤師の24時間体制と緊急的対応

	24時間体制あり (n=87)	24時間体制なし (n=492)
4.8.3.5 夜間・時間外の調剤体制がある	1.05	1.57
4.23.3.4 緊急的な薬剤投与への適切な対応	1.11	1.39

図表 61 宿直・日直体制と緊急的対応

	4.23.3.4 緊急的な薬剤投与への適切な対応がある	4.8.3.5 夜間・時間外の調剤体制がある
日直・宿直体制が整っている (n=226)	1.08	1.04
日直・オンコール(n=156)	1.69	2.10
休日・夜間ともオンコール(n=96)	1.56	1.81
整っていない(n=20)	1.86	2.25

4) 薬剤部門の積極性について

薬剤部門内での定期的な勉強会を開催している病院は 925 (84.4%)、定期的な勉強会を開催していない病院は 171 (15.6%) であった。定期的な勉強会を実施している病院においては、4.8.5.1「院内医薬品集が作成され定期的に改訂・増補されている」、4.8.5.2「医薬品情報に関する問い合わせに適切に対応している」、4.8.5.3「新規採用薬や副作用に関する情報提供を行っている」において、勉強会を実施していない病院よりも評価が高くなっていた。

図表 62 薬剤定期勉強会の有無と関連項目の比較

	薬剤定期勉強会あり (n=925)	薬剤定期勉強会なし (n=171)
4.8.5 薬剤情報の適切な提供	3.55	3.47
4.8.5.1 院内医薬品集の作成・改訂	1.22	1.35
4.8.5.2 医薬品情報に関する問い合わせへの対応	1.12	1.28
4.8.5.3 新規採用薬・副作用情報提供	1.16	1.35
4.8.5.4 副作用情報把握・報告	1.38	1.39

5) 病棟と薬剤部門の関連について

病棟担当薬剤師がいる病院は 651 (59.4%)、いない病院は 275 (25.1% : 残りは無回答) であった。病棟担当薬剤師がいる病院では、4.23.2.1「病棟に薬剤が適切に供給されている」、4.23.2.2「病棟における薬剤の在庫が適切に管理されている」が病棟担当薬剤師がいない病院と比較して評価が高かった。ただし、4.23.2.3「病棟における調剤が適切に行われている」に関しては、特に差は認められなかった。4.23.2.1～3 の上位項目である 4.23.2「病棟における薬剤が適切に管理されている」においてもあまり差は認められなかったことから、全体としては病棟担当薬剤師の有無は病棟における薬剤の適切な管理にあまり影響を与えていないことが示唆された。

図表 63 病棟担当薬剤師の有無と病棟での薬剤管理関連項目の比較

	病棟担当薬剤師いる (n=651)	病棟担当薬剤師いない (n=275)
4.23.2 病棟での薬剤の適切な管理	3.20	3.24
4.23.2.1 病棟での薬剤の適切な供給	1.24	1.32
4.23.2.2 病棟での薬剤の適切な在庫管理	1.46	1.58
4.23.2.3 病棟での適切な調剤	1.92	2.00

一方、病棟での薬剤在庫管理を薬剤部門が行っているか、看護師が行っているかで比較したところ、4.23.2「病棟での薬剤の適切な管理」について、薬剤部門が管理を行っている方が評価が高くなっていた。下位項目である 4.23.2.1「病棟での薬剤の適切な供給」、4.23.2.2「病棟での薬剤の適切な在庫管理」においても同様の傾向が見られ、病棟の薬剤在庫管理は薬剤部門が行うことが望ましいことが示唆された。

図表 64 病棟における薬剤の在庫管理について

	病棟薬剤在庫管理を 薬剤部門がしている (n=412)	病棟薬剤在庫管理を 看護師がしている (n=172)
4.23.2 病棟での薬剤の適切な管理	3.26	3.08
4.23.2.1 病棟での薬剤の適切な供給	1.22	1.38
4.23.2.2 病棟での薬剤の適切な在庫管理	1.45	1.66

#### 6) 薬剤師の人員配置基準について

薬剤師の業務量と各項目の関連をみるために、薬剤師の人員配置基準を満たしているか否かと薬剤関連項目との関係を検討した。医療法では、①対入院患者数では70で除した数（精神病床・療養病床では150で除した数）、②対外来患者取り扱い処方箋については75で除した数を加えた数の薬剤師を配置することとしている。よって、今回は人員配置基準より多く薬剤師を配置している病院と基準より少なく配置している病院で薬剤関連項目を検討した。

基準薬剤師数を算出するに当たっては、精神科病院および精神病棟を含む一般病院を除いた一般病院882を対象とし、小数点以下は切り上げて基準数を算出した。その結果、薬剤師数が基準未満であった病院は125（14.2%）、基準以上であった病院は757（85.8%）であった。人員が基準以上に配置されていた病院のうち、充足率（常勤換算薬剤師数／基準薬剤師数×100）が100%～200%未満であった病院は521（59.1%）、200%以上の病院は236（26.8%）であった。なお、充足率の平均は154.3%（±71.0%）であった。

図表 65 薬剤師の人員配置基準の充足率別病院数

基準未満 (100%未満)	基準以上 (100%以上)		
		100%以上 200%未満 (再掲)	200%以上 (再掲)
125 (14.2%)	757 (85.8%)	521 (59.1%)	236 (26.8%)

薬剤師数が基準未満／基準以上の別でみると、病床 100 対薬剤師数、薬剤師一人あたり薬剤管理指導の件数、院外処方割合において、基準以上の薬剤師配置を行っている病院の方で多くなっていた。病棟担当薬剤師の有無については、薬剤師数を基準以上配置している病院の方が、「有り」の割合が高くなっていた（数値が低くなるほど「有」率が高い）。

また、4.8.1 薬剤部門の体制整備、4.8.1.1 必要な職員確保と適切な配置、4.23.1 処方の適切な実施、4.23.2 薬剤の適切な投与については、基準以上の薬剤師を配置している病院において評価が高くなっていた。薬剤師数が充足していることにより業務が効果的に行われていることが示唆される。一方、4.8.2 薬剤の適切な管理・保管、4.8.3 調剤が適切に実施、4.8.4 薬剤の適切な購入と供給、4.8.5 薬剤情報の適切な提供、4.23.2 病棟での薬剤の適切な管理においては、大きな差は認められなかった。管理業務、調達、調剤などの業務には、薬剤師数はそれほど影響を与えないものと考えられる。

図表 66 薬剤師の人員配置別の項目比較

	薬剤師数が基準未満 (n=125)	薬剤師数が基準以上 (n=757)
病床100対薬剤師数	2.12	3.46
薬剤師1人あたり薬剤管理指導の件数	205	416
院外処方割合	0.19	0.62
病棟担当薬剤師の有無	2.1	1.51
4.8.1 薬剤部門の体制が整備されている	3.16	3.44
4.8.1.1 必要な職員の確保と適切な配置	1.82	1.43
4.8.2 薬剤の適切な管理・保管	3.54	3.52
4.8.3 調剤が適切に実施	3.23	3.25
4.8.4 薬剤の適切な購入と供給	3.35	3.46
4.8.5 薬剤情報の適切な提供	3.46	3.54
4.23.1 処方の適切な実施	3.22	3.35
4.23.2 病棟での薬剤の適切な管理	3.19	3.19
4.23.3 薬剤の適切な投与	3.08	3.25

※病棟担当薬剤師の有無は1いる、2一部の病棟のみ、3いない

さらに、薬剤師充足率 100%～200%未満と 200%以上の群において、薬剤関連項目の比較を行った。その結果、病床 100 対薬剤師数、薬剤師一人あたり薬剤管理指導の件数、院外処方割合において、基準の 200%以上の薬剤師配置を行っている病院の方で多くなっていた。病棟担当薬剤師の有無についても、薬剤師数を基準の 200%以上配置している病院の方が、「有」の割合が高くなっていた（数値が低くなるほど「有」率が高い）。

また、4.8.1 薬剤部門の体制整備、4.8.1.1 必要な職員確保と適切な配置、4.8.2 薬剤の適切な管理・保管、4.8.4 薬剤の適切な購入と供給、4.23.2 薬剤の適切な投与については、基準以上の薬剤師を配置している病院において評価が高くなっていた。前述のように人員配置基準未滿／以上で比較した場合には管理業務については有意な差が見られなかったが、基準以上の薬剤師配置をしている病院で充足率別にみると、充足率の高い方が業務の効果的な実施に加えて病院全体の薬剤管理・購入・供給などを効果的に行っていることが示唆された。

一方、4.8.3 調剤が適切に実施、4.8.5 薬剤情報の適切な提供、4.23.1 処方の適切な実施、4.23.2 病棟での薬剤の適切な管理においては、あまり差は認められなかった。

図表 67 薬剤師充足度別の薬剤関連項目との比較

	充足率100%～200% 未滿 (n=521)	充足率200%以上 (n=236)
病床100対薬剤師数	3.18	4.08
薬剤師1人あたり薬剤管理指導の件数	403	444
院外処方割合	0.54	0.83
病棟担当薬剤師の有無	1.59	1.35
4.8.1 薬剤部門の体制が整備されている	3.40	3.54
4.8.1.1 必要な職員の確保と適切な配置	1.47	1.34
4.8.2 薬剤の適切な管理・保管	3.49	3.60
4.8.3 調剤が適切に実施	3.24	3.29
4.8.4 薬剤の適切な購入と供給	3.43	3.52
4.8.5 薬剤情報の適切な提供	3.55	3.54
4.23.1 処方の適切な実施	3.35	3.36
4.23.2 病棟での薬剤の適切な管理	3.17	3.23
4.23.3 薬剤の適切な投与	3.22	3.34

## (6) 手術・麻酔

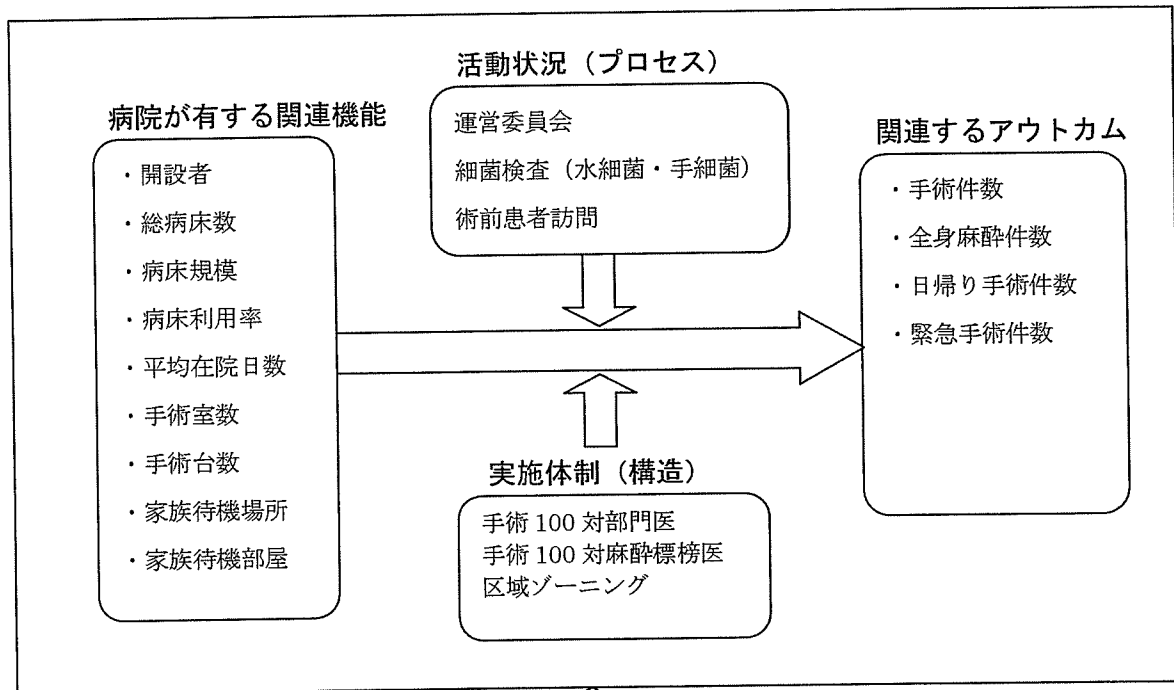
### 【分析結果の概要】

- 手術・麻酔部門は、全麻率が高くなるほど特定機能病院や単科専門病院の割合が増える傾向にある。当該部門の評価が高い病院では、全麻件数が150件以上で常勤専任医師の平均が1名以上となった。また、全麻件数が1,000件までは200件～250件/人であり、1,000件以上は300件/人という配置状況である。
- 手術100対麻酔標榜医の分布を見ると、手厚い体制となっている病院はほとんどが一般病院であった。麻酔医の偏在および特定機能病院や単科専門病院での麻酔医の不足が懸念される。
- 手術・麻酔に関連する中心的な審査項目間では相関が見られ整合性がある。また診療の質の保証にかかる審査項目における手術・麻酔関連項目とも相関が見られた。
- ただし、医療安全にかかる手順の確立に関連する審査項目の評点が低い場合でも、中心的な審査項目の評価が高い場合があり、不整合となっていないかどうか確認する必要がある。
- 4.10.1.2（必要な麻酔医の確保）の評点と全身麻酔件数に着目したところ、手術麻酔部門の医師の配置基準は、①常勤換算医師数は4名より多く、全身麻酔件数3,000件までは“常勤換算医師数=0.0028×全身麻酔件数+0.7759”、②常勤専任医師数は3名以上で、全身麻酔件数3,000件までは“常勤専任医師数=0.0025×全身麻酔件数+0.6276”が目安となった。

### 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手術・麻酔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。
- ・ 手術・麻酔は、一般病院において高い機能を求められる機能である。そこで、一般病院を分析対象と限定した（精神病院を除外した）。その結果、973件が分析対象となった。
- ・ 手術・麻酔に係る指標として、全麻率=全身麻酔件数/手術件数、日帰手術率=日帰り手術件数/手術件数、入院患者の手術率=手術件数/新入院患者数（昨年度）を設定した。

図表 68 本節の分析の視点



- |  |   |
|--|---|
| <p>&lt;中心となる項目&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>4.10.1(手術・麻酔部門の運営体制整備)</li> <li>4.10.1.1(手術・麻酔部門の組織体制と責任者)</li> <li>4.10.1.2(必要な麻酔医確保)</li> <li>4.10.1.3(手術室運営のための運営委員会設置・開催)</li> <li>4.10.2(手術・麻酔部門の施設・設備・機器の管理)</li> <li>4.10.2.1(機能に見合った施設・設備・機器の整備)</li> <li>4.10.2.2(施設・設備・機器の保守・点検と安全管理)</li> <li>4.10.2.3(施設・設備の清潔保持のための管理)</li> <li>4.10.3(手術・麻酔部門の適切な運営)</li> <li>4.10.3.1(手術のスケジュール管理)</li> <li>4.10.3.2(緊急手術の対応)</li> <li>4.10.3.3(手術症例の情報管理)</li> </ul> | <p>&lt;関連する項目&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>2.7.2.5(手術前の体毛処置の手順)</li> <li>4.6.2.2(手術検体の病理診断)</li> <li>4.12.3.2(役割に応じた緊急検査・診断、入院、緊急手術)</li> <li>4.20.4.2(同意書・検査結果・手術記録などの必要な記録作成)</li> <li>4.22.2.3(術中の迅速病理診断)</li> <li>4.24.1(手術・麻酔・処置の計画)</li> <li>4.24.1.1(手術・麻酔・処置の適応検討と術前評価・手術計画)</li> <li>4.24.1.2(麻酔医の術前訪問と麻酔計画)</li> <li>4.24.1.3(手術・麻酔・処置について説明・同意)</li> <li>4.24.2.1(手術室の入退室基準と手順の整備)</li> <li>4.24.2.2(麻酔記録・手術記録)</li> <li>4.24.2.3(術後の覚醒過程の管理)</li> <li>4.24.2.4(術後の集中治療室・ハイケア室などの使用基準と手順)</li> <li>5.14.1.1(周手術期の看護基準・手順の整備)</li> <li>5.14.1.2(看護師による術前訪問)</li> <li>5.14.1.3(周手術期の看護記録)</li> </ul> |
|--|---|

審査項目

## イ 分析結果

### 1) 手術・麻酔件数関連

- 全麻率、日帰り手術率、入院患者の手術率といったアウトカムに関連する項目は、審査結果と相関を示すものと思われたが、相関分析結果によると項目間に明確な相関が見られなかった。そこでアウトカムと関連機能間で相関のあるいくつかの項目についてクロス集計を行なった。
- 全麻率と関連機能とのクロス集計結果を図表 69 と図表 70 に示す。全麻率が高くなるほど、特定機能病院や単科専門病院の割合が増える傾向にある。また、全麻率が高いほど常勤専任医師数が増えており、平均医師数が 1 名を超えるのは、全麻率が 0.3 以上のときであった。
- 日帰り手術率と部門非常勤医師数とのクロス集計結果を図表 71 に示す。この項目間には正の相関が見られたが ( $r=0.23$ )、クロス集計の結果では、日帰り手術率 0.3 までしか増加傾向は見られなかった。日帰り手術率 0.6-0.7 の区間における 1 病院で非常勤医師を多く抱えているために生じた結果である。
- 病院種別の手術 100 対麻酔標榜医を図表 72 に示す。頻度としては手術 100 対麻酔標榜医 0.1 までが圧倒的だが、最大値は 6 人である。0.4 人以上はほとんど一般病院であり、麻酔医の偏在、および、特定機能病院や単科専門病院での麻酔医の不足が懸念される。



図表 69 全麻率－病院種別

全麻率	病院種別	合計
0～0.1	1特定機能病院	1
	3(単科) 専門病院	25
	4その他の一般病院	154
0.1～0.2	2地域支援病院	1
	3(単科) 専門病院	4
	4その他の一般病院	49
0.2～0.3	1特定機能病院	2
	3(単科) 専門病院	1
	4その他の一般病院	101
0.3～0.4	2地域支援病院	2
	3(単科) 専門病院	5
	4その他の一般病院	175
0.4～0.5	1特定機能病院	1
	2地域支援病院	6
	3(単科) 専門病院	3
	4その他の一般病院	171
0.5～0.6	1特定機能病院	8
	2地域支援病院	3
	3(単科) 専門病院	3
	4その他の一般病院	103
0.6～0.7	1特定機能病院	15
	2地域支援病院	1
	3(単科) 専門病院	4
	4その他の一般病院	56
0.7～0.8	1特定機能病院	13
	2地域支援病院	2
	3(単科) 専門病院	9
	4その他の一般病院	27
0.8～0.9	1特定機能病院	1
	3(単科) 専門病院	3
	4その他の一般病院	11
0.9～1.0	2地域支援病院	1
	3(単科) 専門病院	6
	4その他の一般病院	6
総計		973

図表 70 全麻率—部門医師常勤専任数別

上段：全麻率  
 中段：平均値（部門医師常勤専任数：人）  
 下段：標本標準偏差

全麻率	合計
0-0.1	180.00 0.19 2.09
0.1-0.2	54.00 0.22 0.57
0.2-0.3	104.00 0.94 2.55
0.3-0.4	182.00 1.47 2.01
0.4-0.5	181.00 2.43 2.49
0.5-0.6	117.00 3.56 3.91
0.6-0.7	76.00 5.08 5.78
0.7-0.8	51.00 4.84 5.58
0.8-0.9	15.00 3.67 5.33
0.9-1	13.00 1.77 2.01
全体の個数	973.00
全体の平均 / 部門医師常勤専任	2.03
全体の標準偏差	3.52

図表 71 日帰手術率—部門医師非常勤医師数別

上段：日帰手術率  
 中段：平均値（部門医師非常勤数：人）  
 下段：標本標準偏差

日帰手術率	合計
0-0.1	807.00 0.35 1.00
0.1-0.2	94.00 0.39 1.38
0.2-0.3	33.00 0.80 1.99
0.3-0.4	16.00 0.23 0.31
0.4-0.5	15.00 0.59 1.28
0.5-0.6	1.00 0.10 0.00
0.6-0.7	1.00 26.00 0.00
0.7-0.8	2.00 0.10 0.14
0.8-0.9	2.00 0.03 0.04
0.9-1	2.00 0.00 0.00
全体の個数	973.00
全体の平均 / 部門医師非常勤	0.39
全体の標準偏差	1.36

図表 72 手術 100 対麻酔標榜医数－病院種別

手術100対麻酔標榜医数（人）	病院種別	合計
0～0.2	1特定機能病院	30
	2地域支援病院	15
	3(単科) 専門病院	56
	4その他の一般病院	772
0.2～0.4	1特定機能病院	10
	2地域支援病院	1
	3(単科) 専門病院	6
	4その他の一般病院	42
0.4～0.6	1特定機能病院	1
	4その他の一般病院	19
0.6～0.8	4その他の一般病院	4
0.8～1.0	3(単科) 専門病院	1
	4その他の一般病院	5
1.0～1.2	4その他の一般病院	2
1.2～1.4	4その他の一般病院	1
1.6～1.8	4その他の一般病院	1
2.0～2.2	4その他の一般病院	3
2.6～2.8	4その他の一般病院	2
3.2～3.4	4その他の一般病院	1
4.8～5.0	4その他の一般病院	1
総計		973

2) 審査データにおける関連項目同士の相関

- 手術・麻酔部門に関連する項目同士の相関は、いくつかの項目において正の相関関係が見られた。手術・麻酔部門の中心となる項目は、4.10.1「手術・麻酔部門の運営体制が整備されている」、4.10.2「手術・麻酔部門の施設・設備・機器が適切に管理されている」、4.10.3「手術・麻酔部門が適切に運営されている」である。4.10.1「手術・麻酔部門の運営体制が整備されている」と関連審査項目との相関状況を図表 73 に示す（小項目の評点 a から c は 1 から 3 として分析しているため、中項目と小項目との相関は負の相関として表現される）。
- 4.24.1「手術・麻酔・処置が計画に基づいて行われている」は、診療の質の確保にかかるとする項目のうち手術麻酔に関連する項目であるが、これは適切な看護の提供にかかる項目である 5.14.1「周手術期の看護が適切に行われている」と弱い相関がみられた( $r=0.26$ )。このように、ごく一部の項目間では表面的に離れた位置づけにある関連項目での相関が見られた。