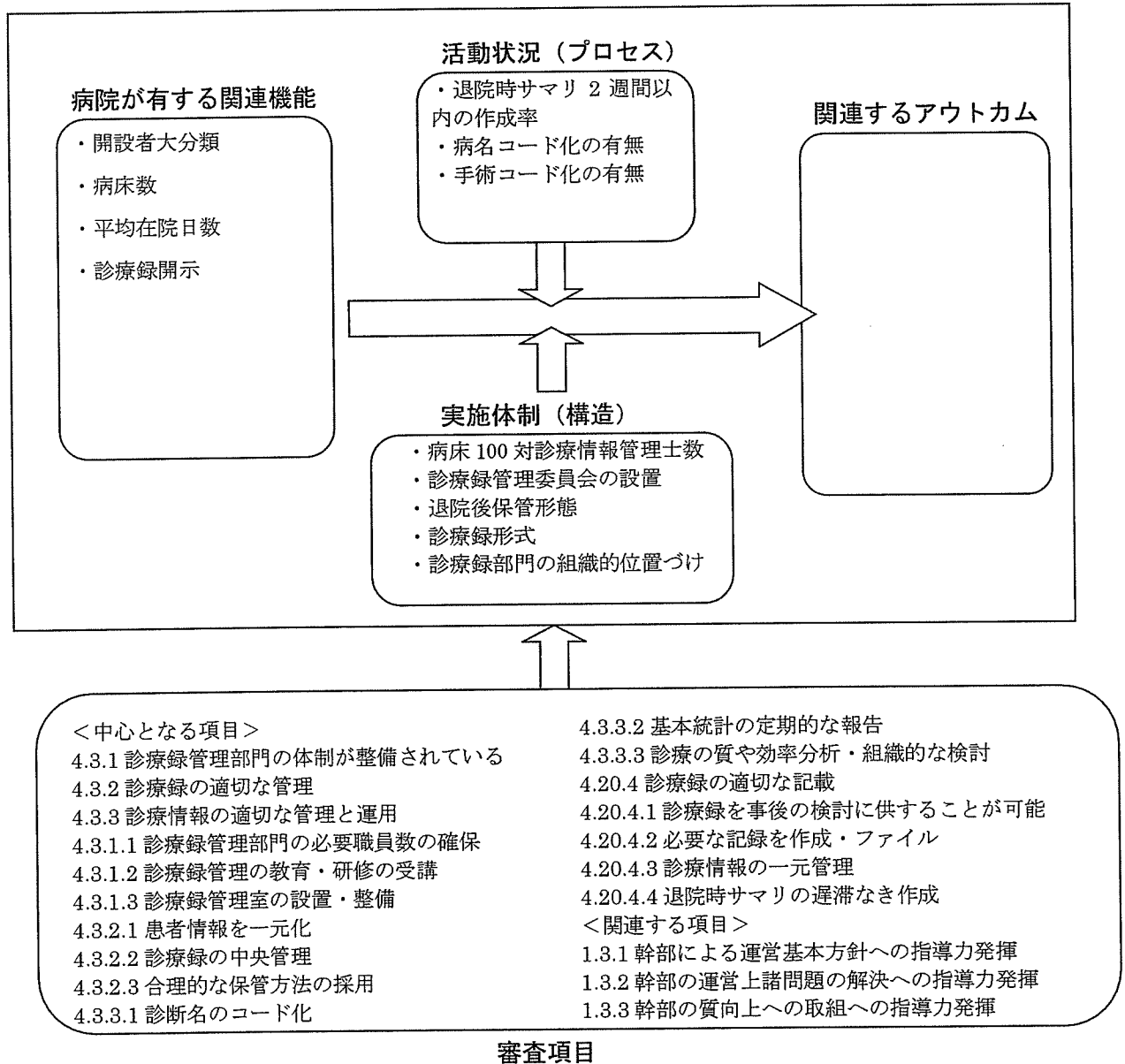


図表 110 本節の分析の視点



イ 分析結果

1) 診療情報管理士の有無について

全 1096 病院のうち、200 床未満の病院では診療情報管理士がいない病院が 347(77.8%)、いる病院は 99 (22.2%) であった。これに対し、200 床以上の病院では診療情報管理士がいない病院が 424 (65.2%)、いる病院が 226 (34.7%) となっており、診療情報管理士のいる割合が 200 床未満に比べてやや増加していた。

診療情報管理士がいる病院のうち、診療情報管理士数は 200 床未満では平均 0.99 人、200 床以上では平均 1.59 人となっていた。なお、日本医療機能評価機構の基準である、2,000 退院数あたり一人の配置を上回る配置をしていたのは 84 病院 (25.8%) であった。

図表 111 病床規模別診療情報管理士の有無

	診療情報管理士 いない	診療情報管理士 いる	合計
200床未満	347	99	446
%	77.8	22.2	100
200床以上	424	226	650
%	65.2	34.7	100
合計	771	325	1096
%	70.3	29.7	100

診療情報管理士がいる病院のうち、診療情報管理士数は 200 床未満・200 床以上の病院ともに 1～2 人未満が最も多く、それぞれ 58 (58.6%)、120 (53.1%) となっており、半数を超えた。一方、二番目に多かったのは 200 床未満の病院では 1 人未満の 28 (28.3%)、200 床以上の病院では 2～3 人未満の 65 (28.8%) となっていた。診療情報管理士数の平均は 200 床未満の病院で 0.99 人、200 床以上では平均 1.59 人となっており、大病院の方が診療情報管理士がより多く配置されていることがわかった。なお、日本医療機能評価機構の基準である、2,000 退院数あたり一人の配置を上回る配置をしていたのは 84 病院 (25.8%) であった。

図表 112 病床規模別診療情報管理士数

	診療情報管理士数				合計
	1人未満	1～2人未満	2～3人未満	3人以上	
200床未満	28	58	11	2	99
%	28.3	58.6	11.1	2.0	100
200床以上	12	120	65	29	226
%	5.3	53.1	28.8	12.8	100
合計	40	178	76	31	325
%	12.3	54.8	23.4	9.5	100

さらに、外来延べ患者数と入院延べ患者数と診療情報管理士数の関連をみると、診療情報管理士数と外来延べ患者の相関係数は 0.445、入院延べ患者数との相関係数は 0.418 となっており、比較的高い相関が認められ、外来延べ患者数・入院延べ患者数が多いほど診療情報管理士が多く配置されていることが示唆された。

図表 113 外来・入院患者数と診療情報管理士数の関連

	外来 延べ患者数	入院 延べ患者数
診療情報管理士数	0.445	0.418
有意確率（両側）	0.000	0.000
N	325	325

2) 診療情報管理士の有無と関連項目との比較

また、診療情報管理士の有無と、「4.3.1 診療録管理部門の体制が整備されている」、「4.3.2 診療録が適切に保管されている」、「4.3.3 診療情報が適切に管理され活用されている」の 3 項目について比較を行った。その結果、4.3.1 および 4.3.3 において、診療情報管理士がいる病院において評価が高くなっていた。

図表 114 診療情報管理士の有無と診療録管理関連項目との比較（1）

	診療情報管理士がい る (n=325)	診療情報管理士がい ない (n=771)
4.3.1 診療録管理部門の体制が整備	3.35	3.02
4.3.2 診療録の適切な管理	3.21	3.12
4.3.3 診療情報の適切な管理と活用	3.17	2.97

次に、4.3.1 の下位項目である 4.3.1.1 「診療録管理部門があり必要な職員が確保されている」、4.3.1.2. 「職員は診療情報管理に関する教育・研修を受けている」、4.3.1.3 「診療録管理室（診療情報管理室）が設置され収納場所や情報機器が整備されている」、および 4.3.3 の下位項目である 4.3.3.1 「各診療科の診療録から診断名・手術名などがコード化され、検索可能となっている」、4.3.3.2 「傷病別患者数や手術件数などの診療活動の基本統計が定期的に報告されている」、4.3.3.3 「診療の質や効率に関する分析や指標化が行われ組織的に検討されている」についても比較したところ、4.3.1.1、4.3.1.2、4.3.1.3、4.3.3.1 について診療情報管理士の有無が影響しており、診療情報管理士がいる病院で評価が高くなっていた。

図表 115 診療情報管理士の有無と診療録管理関連項目との比較（2）

	診療情報管理士が いる	診療情報管理士が いない
4.3.1.1 診療録管理部門の必要職員数の確保	1.52 (n=325)	1.75 (n=771)
4.3.1.2 診療録管理の教育・研修の受講	1.32 (n=318)	1.85 (n=713)
4.3.1.3 診療録管理室の設置・整備	1.31 (n=318)	1.63 (n=713)
4.3.3.1 診断名等のコード	1.42 (n=325)	1.82 (n=771)
4.3.3.2 基本統計の定期的な報告	1.50 (n=221)	1.58 (n=358)
4.3.3.3 診療の質や効率分析、組織的な検討	1.96 (n=221)	2.00 (n=358)

また、診療録の形式（一患者一カルテなど）、外来カルテ保管形態、退院後保管形態などについても相関を検討したが、特に相関は認められなかった。

これより、診療録の適切な管理においては診療情報管理士の有無はそれほど関与しないが、「診療録管理部門の体制整備」と「診療録の適切な管理と活用」についてはかかわりが深いことが示唆された。特に、体制の整備については、下位項目についてもすべて有意な差が見られており、診療情報管理士の有無は診療録部門の体制整備に多大な影響を及ぼすものと考えられる。また、4.3.3 診療情報の適切な管理と活用に有意な差が見られているにもかかわらず、その下位項目では4.3.3.1 で大きな差が認められていた。これは、診療情報の管理・活用において、適切な病名・診断名コードの付与が重要であることを示しており、診療情報管理士は、その後の分析の基礎となるコーディング作業にあたって重要な役割を果たしていることを意味すると考えられる。逆に、コード化が行われてしまえば、基本統計の報告や効率分析などは診療情報管理士以外でも可能とも考えられる。

(10) 医療安全管理

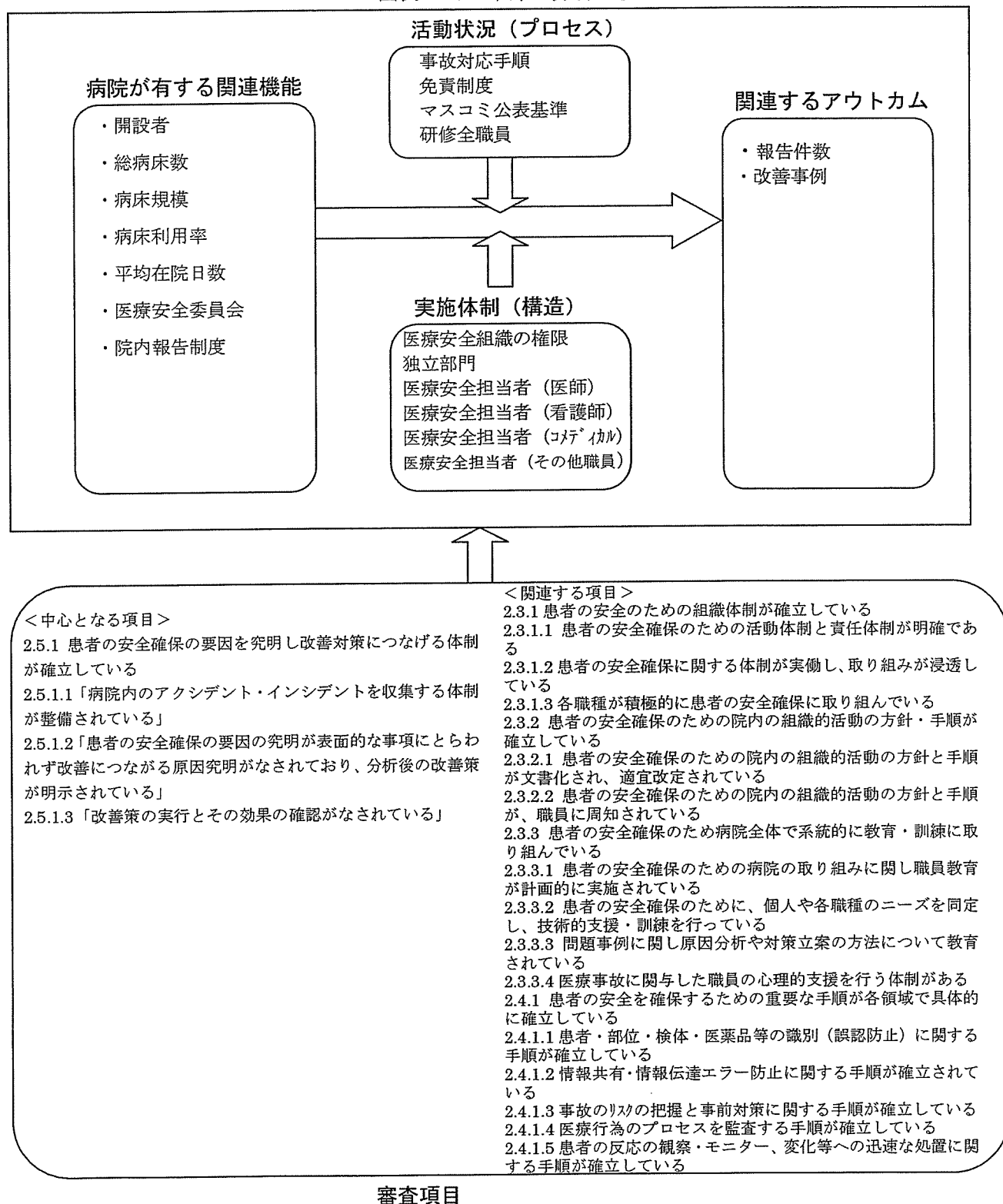
【分析結果の概要】

- インシデント・アクシデントの院内報告について、病床規模の影響を除外した場合でも、看護師、コメディカル、その他職員の医療安全担当者の配置が充実している方が報告件数が多いことが示された。医療安全担当者を配置することで、報告制度の浸透に寄与していることが伺われた。一方で、医師の医療安全担当者の配置は報告件数と関係が見られなかった。
- 医療安全のための独立部門があることや、事故を起こした職員の免責制度があることが報告件数を高めるという関係は確認されなかった。
- 院内の情報収集及び分析の体制に関しては、情報収集体制の整備だけでは改善策の立案・実行・評価に結びつきにくいことや、改善策が明示できていればその実行や評価には結びつきやすいことが示唆され、改善策の立案がひとつの障害になっている可能性が示唆された。
- さらに、改善策の立案のためには、「問題事例に関する原因分析や対策立案の方法についての教育」が寄与していることが示唆された。

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安全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。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 116 本節の分析の視点



イ 分析結果

医療安全のための委員会や、院内報告制度は分析対象とした 1,096 病院すべてで設置・構築されていた。また、事故防止マニュアルの整備は 1,091 件 (99.5%)、マニュアルに誇示発生時の対応手順が記載されているのは 1,087 件 (99.2%) であった。これらの項目は病院間で差がつかないため分析の対象としなかった。

1) 医療安全担当者 (リスクマネージャー) 人数

- 医療安全担当者数 (専任+兼任) は、1 病院あたりの平均値で医師が 7.4 人、看護師 9.0 人、コメディカル 4.8 人、その他職員 2.8 人であった。選任の医療安全担当者数は選任+兼任の 30~55 分の 1 程度であった。

図表 117 医療安全担当者数 (専任+兼任) - 職種別

職種	1病院あたり人数	病床100対
医師	7.41	2.38
看護師	8.92	3.55
コメディカル	4.79	2.40
その他職員	2.82	1.39

図表 118 医療安全担当者数 (専任) - 職種別

職種	1病院あたり人数	病床100対
医師	0.118	0.043
看護師	0.307	0.112
コメディカル	0.095	0.044
その他職員	0.103	0.036

- 医療安全担当者数は病床規模によって異なり、規模が大きいほど医療安全担当者の人数は多い。
- ただし、病床 100 対の医療安全担当者数で見ると、200 床未満の値が大きく、200~500 床、500~1,000 床では小さい。小規模医療機関の負担が大きくなっていることが伺われる。専任についても同様の傾向であった。

図表 119 医療安全担当者数（専任＋兼任）－職種別、病床規模別

病床規模	医療安全担当者職種			
	医師	看護師	コメディカル	その他職員
200床未満	2.46	5.22	4.07	2.25
200～500床	6.12	8.26	4.84	2.84
500～1000床	18.94	16.25	5.76	3.75
1000床以上	36.14	35.18	10.23	5.86
総計	7.41	8.92	4.79	2.82

図表 120 病床100対医療安全担当者数（専任＋兼任）－職種別、病床規模別

病床規模	医療安全担当者職種			
	医師	看護師	コメディカル	その他職員
200床未満	2.61	4.88	3.89	2.23
200～500床	1.88	2.66	1.60	0.93
500～1000床	2.89	2.52	0.91	0.59
1000床以上	3.22	3.12	0.92	0.52
総計	2.38	3.55	2.40	1.39

図表 121 医療安全担当者数（専任）－職種別、病床規模別

病床規模	医療安全担当者職種			
	医師	看護師	コメディカル	その他職員
200床未満	0.108	0.229	0.141	0.077
200～500床	0.064	0.212	0.056	0.084
500～1000床	0.252	0.644	0.060	0.158
1000床以上	0.250	0.762	0.211	0.500
総計	0.118	0.307	0.095	0.103

図表 122 病床 100 対医療安全担当者数（専任）－職種別、病床規模別

病床規模	医療安全担当者職種			
	医師	看護師	コメディカル	その他職員
200床未満	0.074	0.182	0.089	0.057
200～500床	0.020	0.057	0.016	0.022
500～1000床	0.023	0.079	0.006	0.019
1000床以上	0.020	0.063	0.015	0.042
総計	0.043	0.112	0.044	0.036

2) 事故・インシデント報告件数

- ・ 報告件数は病床規模によって大きく異なるため、以下の分析では病床規模 200 床未満、200～500 床、500～1000 床、1,000 床以上のグループに区分して分析した。
- ・ 100 床当りの報告件数は全体の平均が 21.6 件／月であった。200 床未満の群では平均 25.8 件／月と他と比較して多く報告されていた。

図表 123 病床 100 対 1 ヶ月あたりの報告件数－病床規模別、医療安全担当者人数別

病床規模	平均値(件/月)	件数
200床未満	25.84	446
200～500床	19.23	442
500～1000床	17.59	186
1000床以上	17.33	22
総計	21.61	1096

- ・ 報告件数と医療安全担当者数の関係について、医療安全担当者の配置人数が平均未満か平均以上かの基準で全体を 2 群に分け、病床 100 対報告件数を比較した。看護師、コメディカル、その他の職種の医療安全担当者については、平均未満／平均以上の 2 群に報告件数の差が見られた。一方、医師の医療安全担当者については明確な差は見られなかった。
- ・ また、特に病床規模の小さい病院で、医療安全担当者の充実度による報告件数の差が見られた。
- ・ なおこの分析では、病床規模による影響を排除するため、報告件数、医療安全担当者数とも病床 100 対の値を用いて分析している。

図表 124 病床 100 対 1 ヶ月あたりの報告件数－病床規模別、医療安全担当者人数別（医師、看護師）

単位:件/月

病床規模	病床 100 対医師医療安全担当者配置			病床 100 対看護師医療安全担当者配置		
	平均値未満群	平均値以上群	総計	平均値未満群	平均値以上群	総計
200 床未満	23.58	31.74	25.84	20.28	29.34	25.84
200～500 床	18.92	20.00	19.23	18.89	20.16	19.23
500～1000 床	16.06	18.72	17.59	16.56	20.74	17.59
1000 床以上	16.18	17.67	17.33	16.97	18.11	17.33
総計	20.67	23.40	21.61	18.71	25.82	21.61

図表 125 病床 100 対 1 ヶ月あたりの報告件数－病床規模別、医療安全担当者人数別（コ
メディカル、その他職種）

病床規模	病床 100 対コメディカル医療安全担当者配置			病床 100 対その他職種医療安全担当者配置		
	平均値未満群	平均値以上群	総計	平均値未満群	平均値以上群	総計
200 床未満	19.89	28.60	25.84	20.85	30.10	25.84
200～500 床	18.30	23.81	19.23	17.96	23.83	19.23
500～1000 床	17.08	33.04	17.59	17.22	21.34	17.59
1000 床以上	16.91	21.54	17.33	17.33	-	17.33
総計	18.27	27.70	21.61	18.57	27.98	21.61

- ・ 医療安全のための独立部門の有無では、事故等の院内報告の件数（病床 100 対）は大きな違いが見られず、独立部門の有無は報告件数に影響していないことが示唆される。

図表 126 病床 100 対 1 ヶ月あたりの報告件数の平均－医療安全のための独立部門の有無別

上段:平均値(件/月)、下段:標準偏差

病床規模	独立部門あり	独立部門なし	総計
200 床未満	29.16	25.50	25.84
	46.61	64.40	62.90
200～500 床	23.56	18.25	19.23
	19.55	19.49	19.59
500～1000 床	20.06	15.33	17.59
	13.54	11.82	12.86
1000 床以上	18.06	16.05	17.33
	14.12	11.21	12.89
全体	22.89	21.27	21.61
	25.02	45.99	42.50

- ・ 事故報告をした職員の免責制度の有無では、事故等の院内報告の件数（病床 100 対）は大きな違いが見られず、免責の有無は報告件数に影響していないことが示唆される。

図表 127 病床 100 対 1 ヶ月あたりの報告件数の平均－免責制度の有無別

上段:平均値(件/月)、下段:標準偏差

病床規模	免責制度あり	免責制度なし	不明	総計
200 床未満	27.56	22.37	20.78	25.84
	73.22	33.13	14.05	62.90
200～500 床	19.49	18.57	16.54	19.23
	17.55	24.51	0.33	19.59
500～1000 床	18.40	16.46	6.35	17.59
	13.80	10.94	4.88	12.86
1000 床以上	18.66	16.23	16.13	17.33
	12.48	14.34	-	12.89
全体	22.53	19.69	16.11	21.61
	48.14	26.58	10.57	42.50

3) インシデント・アクシデント情報収集・分析体制

- ・ 審査項目の2.5患者の安全確保に対する情報収集・分析・改善を構成する小項目のうち、2.5.1.2「患者の安全確保の要因の究明が表面的な事項にとらわれず改善につながる原因究明がなされており、分析後の改善策が明示されている」と2.5.1.3「改善策の実行とその効果の確認がなされている」は相関係数0.67と相関が高く、2.5.1.2と2.5.1.3のこれら2項目の評点が一致している件数の割合（2.5.1.2の評点=2.5.1.3の評点であるサンプルの割合）は81.4%であった。
- ・ 一方、2.5.1.1「病院内のアクシデント・インシデントを収集する体制が整備されている」と2.5.1.2、2.5.1.3との相関は低く、両者の評点が一致している件数の割合はそれぞれ58.3%、61.7%であった。情報収集体制の整備だけでは改善策の立案・実行・評価に結びつけるのは不十分であること、一方改善策を明示するところまで実施されていればその実行や評価には結びつきやすいことが示唆される。

図表 128 2.5.1.1「収集体制の整備」と2.5.1.2「原因究明と分析後の改善策」

件数					%				
2.5.1.1	2.5.1.2			総計	2.5.1.1	2.5.1.2			総計
	a	b	c		a	b	c		
a	497	238	2	737	a	67.44	32.29	0.27	100.0
b	167	176	10	353	b	47.31	49.86	2.83	100.0
c	1	2	3	6	c	16.67	33.33	50.00	100.0
総計	665	416	15	1096	総計	60.68	37.96	1.37	100.0

図表 129 2.5.1.1「収集体制の整備」と2.5.1.3「改善策の実行と効果確認」

件数					%				
2.5.1.1	2.5.1.3			総計	2.5.1.1	2.5.1.3			総計
	a	b	c		a	b	c		
a	449	277	11	737	a	60.92	37.58	1.49	100.00
b	157	187	9	353	b	44.48	52.97	2.55	100.00
c	2	1	3	6	c	33.33	16.67	50.00	100.00
総計	608	465	23	1096	総計	55.47	42.43	2.10	100.00

図表 130 2.5.1.2「原因究明と分析後の改善策」と2.5.1.3「改善策の実行と効果確認」

件数					%				
2.5.1.3	2.5.1.2			総計	2.5.1.3	2.5.1.2			総計
	a	b	c		a	b	c		
a	542	66		608	a	89.14	10.86	0.00	100.00
b	122	339	4	465	b	26.24	72.90	0.86	100.00
c	1	11	11	23	c	4.35	47.83	47.83	100.00
総計	665	416	15	1096	総計	60.68	37.96	1.37	100.00

- ・ なお、2.5.1.1、2.5.1.2、2.5.1.3 が評価 b でも、2.5.1 「患者の安全確保の要因を究明し改善対策につなげる体制が確立している」は 4 と評価されるケースや、2.5.1.1、2.5.1.2、2.5.1.3 が評価 c でも、2.5.1 は 3 と評価されるケースも見られている。

図表 131 2.5.1 「患者の安全確保の体制の確立」と 2.5.1.1 「収集体制の整備」

件数	2.5.1				
2.5.1.1	4	3	2	1	総計
a	410	324	3	0	737
b	2	342	9	0	353
c		1	5	0	6
総計	412	667	17	0	1096

図表 132 2.5.1 「患者の安全確保の体制の確立」と 2.5.1.2 「原因究明と分析後の改善策」

件数	2.5.1				
2.5.1.2	4	3	2	1	総計
a	411	253	1	0	665
b	1	413	2	0	416
c		1	14	0	15
総計	412	667	17	0	1096

図表 133 2.5.1 「患者の安全確保の体制の確立」と 2.5.1.3 「改善策の実行と効果確認」

件数	2.5.1				
2.5.1.3	4	3	2	1	総計
a	411	195	2	0	608
b	1	461	3	0	465
c		11	12	0	23
総計	412	667	17	0	1096

図表 134 2.5.1「患者の安全確保の体制の確立」とその下位項目 2.5.1.1、2.5.1.2、
2.5.1.3 の評価の乖離ケース一覧

区分	概要
2.5.1.1 が評価 b で 2.5.1 が 4 のケース	<ul style="list-style-type: none"> ■ 総病床数 909 床、平均在院日数 23 日 ■ 臨床研修指定病院 ■ 院内報告件数 439 件/月 ■ 2.5.1.2、2.5.1.3 とともに評点 a
	<ul style="list-style-type: none"> ■ 総病床数 732 床、平均在院日数 18 日 ■ 臨床研修指定病院 ■ 院内報告件数 120 件/月 ■ 2.5.1.2、2.5.1.3 とともに評点 a
2.5.1.2 が評価 b で 2.5.1 が 4 のケース	<ul style="list-style-type: none"> ■ 総病床数 198 床、平均在院日数 11 日 ■ 臨床研修指定病院 ■ 院内報告件数 68 件/月。 ■ 分析・改善事例の記録あり ■ 2.5.1.1、2.5.1.3 とともに評点 a
2.5.1.3 が評価 b で 2.5.1 が 4 のケース	<ul style="list-style-type: none"> ■ 総病床数 956 床、平均在院日数 20 日 ■ 臨床研修指定病院 ■ 院内報告件数 200 件/月。 ■ 分析・改善事例の記録あり ■ 2.5.1.1、2.5.1.2 とともに評点 a
2.5.1.1 が評価 c で 2.5.1 が 3 のケース	<ul style="list-style-type: none"> ■ 総病床数 148 床、平均在院日数 24 日 ■ 院内報告件数 7 件/月。 ■ 分析・改善事例の記録なし ■ 2.5.1.1、2.5.1.2 とともに評点 b
2.5.1.2 が評価 c で 2.5.1 が 3 のケース	<ul style="list-style-type: none"> ■ 総病床数 60 床、平均在院日数 66 日 ■ 院内報告件数 1 件/月。 ■ 分析・改善事例の記録あり ■ 2.5.1.1、2.5.1.2 とともに評点 b
2.5.1.3 が評価 c で 2.5.1 が 3 のケース	<ul style="list-style-type: none"> ■ 総病床数 298 床、平均在院日数 186 日 ■ 院内報告件数 3 件/月。 ■ 分析・改善事例の記録なし ■ 2.5.1.1、2.5.1.2 とともに評点 a
	<ul style="list-style-type: none"> ■ 総病床数 24 床、平均在院日数 34 日 ■ 院内報告件数 6 件/月。 ■ 分析・改善事例の記録あり ■ 2.5.1.1、2.5.1.2 とともに評点 b
	<ul style="list-style-type: none"> ■ 総病床数 78 床、平均在院日数 18 日 ■ 院内報告件数 8 件/月。 ■ 分析・改善事例の記録あり ■ 2.5.1.1 が評点 a、2.5.1.2 が評点 b
	<ul style="list-style-type: none"> ■ 総病床数 99 床、平均在院日数 25 日 ■ 院内報告件数 4 件/月。 ■ 分析・改善事例の記録あり ■ 2.5.1.1 が評点 a、2.5.1.2 が評点 b
	<ul style="list-style-type: none"> ■ 総病床数 156 床、平均在院日数 108 日 ■ 院内報告件数 18 件/月。 ■ 分析・改善事例の記録あり ■ 2.5.1.1、2.5.1.2 とともに評点 b
	<ul style="list-style-type: none"> ■ 総病床数 289 床、平均在院日数 234 日 ■ 院内報告件数 27 件/月。

<ul style="list-style-type: none"> ■ 分析・改善事例の記録あり ■ 2.5.1.1、2.5.1.2 ともに評点 b
<ul style="list-style-type: none"> ■ 総病床数 267 床、平均在院日数 14 日 ■ 院内報告件数 7 件／月。 ■ 分析・改善事例の記録あり ■ 2.5.1.1 が評点 a、2.5.1.2 が評点 b
<ul style="list-style-type: none"> ■ 総病床数 156 床、平均在院日数 69 日 ■ 院内報告件数 49 件／月。 ■ 分析・改善事例の記録あり ■ 2.5.1.1 が評点 a、2.5.1.2 が評点 b
<ul style="list-style-type: none"> ■ 総病床数 150 床、平均在院日数 31 日 ■ 院内報告件数 17 件／月。 ■ 分析・改善事例の記録あり ■ 2.5.1.1 が評点 a、2.5.1.2 が評点 b
<ul style="list-style-type: none"> ■ 総病床数 141 床、平均在院日数 21 日 ■ 院内報告件数 12 件／月。 ■ 分析・改善事例の記録あり ■ 2.5.1.1 が評点 a、2.5.1.2 が評点 b
<ul style="list-style-type: none"> ■ 総病床数 212 床、平均在院日数 108 日 ■ 院内報告件数 38 件／月。 ■ 分析・改善事例の記録あり ■ 2.5.1.1 が評点 a、2.5.1.2 が評点 b

4) 改善策の立案・実行・評価

- ・ 2.3.3.3「問題事例に関し原因分析や対策立案の方法について教育されている」の審査項目の評価が高い病院では、2.5.1.2「原因究明と分析後の改善策」、2.5.1.3「改善策の実行と効果確認」という対策立案及び実行・評価に関わる項目の評価が高かった。改善策立案や効果の確認に関しては、教育研修が安全確保のための行動に寄与しているものと推察される。
- ・ 一方で、施設基本票 24・5「医療事故防止・患者安全をテーマとした院内研修の回数」の項目について見ると、研修の実施状況と 2.5.1.2「原因究明と分析後の改善策」、2.5.1.3「改善策の実行と効果確認」の間には明確な相関は見られなかった（院内研修の回数を「院内研修の有無」として分析しても結果は同様であった）。

図表 135 2.5.1「患者の安全確保の体制の確立」及びその下位項目 2.5.1.1、2.5.1.2、2.5.1.3 と関連する他の審査項目との相関係数

	2.5.1	2.5.1.1	2.5.1.2	2.5.1.3
2.3.1患者の安全のための組織体制が確立している	0.38	-0.35	-0.29	-0.24
2.3.1.1患者の安全確保のための活動体制と責任体制が明確である	-0.21	0.24	0.23	0.18
2.3.1.2患者の安全確保に関する体制が実働し、取り組みが浸透している	-0.36	0.30	0.36	0.33
2.3.1.3各職種が積極的に患者の安全確保に取り組んでいる	-0.38	0.39	0.27	0.25
2.3.2患者の安全確保のための院内の組織的活動の方針・手順が確立している	0.41	-0.38	-0.35	-0.36
2.3.2.1患者の安全確保のための院内の組織的活動の方針と手順が文書化され、適宜改定されている	-0.32	0.36	0.33	0.27
2.3.2.2患者の安全確保のための院内の組織的活動の方針と手順が、職員に周知されている	-0.37	0.31	0.34	0.36
2.3.3患者の安全確保のため病院全体で系統的に教育・訓練に取り組んでいる	0.34	-0.23	-0.36	-0.32
2.3.3.1患者の安全確保のための病院の取り組みに関し職員教育が計画的に実施されている	-0.31	0.28	0.33	0.31
2.3.3.3問題事例に関し原因分析や対策立案の方法について教育されている	-0.49	0.31	0.50	0.46
2.4.1患者の安全を確保するための重要な手順が各領域	0.27	-0.23	-0.25	-0.23

で具体的に確立している				
2.4.1.1患者・部位・検体・医薬品等の識別(誤認防止)に関する手順が確立している	-0.28	0.18	0.28	0.31
2.4.1.2情報共有・情報伝達エラー防止に関する手順が確立されている	-0.22	0.21	0.24	0.20
2.4.1.3事故のリスクの把握と事前対策に関する手順が確立している	-0.26	0.16	0.26	0.28
2.4.1.4医療行為のプロセスを監査する手順が確立している	-0.30	0.20	0.31	0.29
2.4.1.5患者の反応の観察・モニター、変化等への迅速な処置に関する手順が確立している	-0.29	0.17	0.30	0.30

図表 136 2.5.1「患者の安全確保の体制の確立」及びその下位項目 2.5.1.1、2.5.1.2、2.5.1.3 と安全のための院内研修開催回数との相関係数

	2.5.1	2.5.1.1	2.5.1.2	2.5.1.3
全職員向けの研修回数	0.090	-0.030	-0.070	-0.078
医師部門の研修回数	0.023	-0.026	0.009	0.042
看護師部門の研修回数	0.109	-0.055	-0.079	-0.108
診療技術部門の研修回数	0.018	0.012	-0.029	-0.039
事務部門の研修回数	-0.011	0.036	0.020	0.048

図表 137 2.5.1「患者の安全確保の体制の確立」及びその下位項目 2.5.1.1、2.5.1.2、2.5.1.3 と安全のための院内研修の有無との相関係数

	2.5.1	2.5.1.1	2.5.1.2	2.5.1.3
全職員向けの研修回数	0.034	0.015	-0.068	-0.046
医師部門の研修回数	0.095	-0.087	-0.041	-0.043
看護師部門の研修回数	0.106	-0.063	-0.088	-0.107
診療技術部門の研修回数	0.043	-0.031	-0.028	-0.021
事務部門の研修回数	0.051	-0.018	-0.014	-0.013

- ・ 一方、施設基本票の「情報の分析を通じた改善事例の記録がある」は97%の施設が「あり」の項目で、施設による差がつかない項目となっている。
- ・ また、改善事例の記録がなくても2.5.1.2「原因究明と分析後の改善策」、2.5.1.3「改善策の実行と効果確認」の評価がaのケースも見られている。

図表 138 2.5.1.2「原因究明と分析後の改善策」の評点－改善事例の記録の有無別

件数	改善事例の記録			%	改善事例の記録		
	あり	なし	総計		あり	なし	総計
2.5.1.2				2.5.1.2			
a	649	16	665	a	97.59	2.41	100.0
b	395	21	416	b	94.95	5.05	100.0
c	14	1	15	c	93.33	6.67	100.0
総計	1058	38	1096	総計	96.53	3.47	100.0

図表 139 2.5.1.3「改善策の実行と効果確認」の評点－改善事例の記録の有無別

件数	改善事例の記録			%	改善事例の記録		
	あり	なし	総計		あり	なし	総計
2.5.1.3				2.5.1.3			
a	594	14	608	a	97.70	2.30	100.0
b	443	22	465	b	95.27	4.73	100.0
c	21	2	23	c	91.30	8.70	100.0
総計	1058	38	1096	総計	96.53	3.47	100.0

- ・ 報告件数は病床規模と強い相関が見られていたが、報告に基づく改善事例の記録については、その有無は病床規模によらず規模の小さい病院でも分析事例は95%以上の施設で見られていた。

件数	報告の分析事例			%	報告の分析事例		
	あり	なし	総計		あり	なし	総計
病床規模				病床規模			
200床未満	430	16	446	200床未満	96.41	3.59	100.0
200～500床	424	18	442	200～500床	95.93	4.07	100.0
500～1000床	182	4	186	500～1000床	97.85	2.15	100.0
1000床以上	22		22	1000床以上	100.00	0.00	100.0
総計	1058	38	1096	総計	96.53	3.47	100.0

4 まとめと今後の課題

本研究では初年度の研究として、仮説検証型というよりは仮説探索的な分析を中心に行った。

具体的には、麻酔医や病理医の配置が必要となる病院属性や機能水準に関する試行的な検討や、収支状況のよい病院と悪い病院を比較することによる収支改善のためのベストプラクティスの探索、アウトカムや評価の高い群と低い群との比較を通じた差異をもたらしている要因の検討、その他審査項目あるいは審査ガイドラインに関する検討などを行い、その結果以下に示すいくつかの興味深い仮説や知見を得ることができた。

【サーベイヤーの経験知から導出される仮説の検証】

- 管理者のリーダーシップと経営状況の間には明確な関係は見られなかった。ただし、病床規模の小さい病院では管理者のリーダーシップが経営管理体制等に影響を与えている傾向があることが示唆された。
- 退院時サマリの作成状況等は、院外連携の状況と関連は見られなかった。

【質向上や経営改善のための示唆】

- 公的病院では「基本方針策定の指導力」「事業計画策定・予算編成の指導力」「適切な経営管理」「医師の能力評価」等が、民間病院では「事業計画策定・予算編成の指導力」「質向上・業務効率化の指導力」「経営改善に関する指導力」「適切な経営管理」等が、それぞれ収支状況の良さにつながっていることが示唆された。
- 人員配置に関しては、看護師やOT,PT,ST、栄養士は人員配置が厚いほどケアやリハビリテーション等が適切に行われていることが示唆された。一方、薬剤師や診療情報管理士については必ずしもそうではなく、院内での役割や果たしている機能によって評価が異なることが伺われた。
- 薬剤部門では、定期的な勉強会を開催しているなどの質向上への取り組みが、院内医薬品集の作成・改訂など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。また、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や、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・管理に効果があることが示唆された。
- 感染管理については、入院基本料減算（院内感染防止対策）に該当する病院が98%に達し、ほとんどすべての病院において基本的な体制が整備されていた。今後の感染管理の取り組みにおいては、人数の確保よりも、質すなわち担当者の意識や活動レベル、担当業務の内容や活動状況などを充実させることが重要と考えられた。