

□原著論文□

看護職副院長登用病院の特徴
—赤十字グループ病院を対象とした検証—高田 由紀子¹

抄 録

目的：本研究の目的は、赤十字グループ病院において看護職副院長登用病院と非登用病院の2群について経営指標を用いて比較し、看護職副院長登用の有無による病院の特徴の違いを明らかにすることである。

方法：本研究は、赤十字グループ病院91施設のうち、2018年度赤十字医療施設経営概要にデータ掲載がある88病院を対象とした横断的調査研究である。看護職副院長と経営に関する文献レビューから選択した経営指標を用いて定量的に分析、比較を行った。

結果：88病院のうち看護職副院長登用病院は19施設、非登用病院は69施設であった。2群に $p<0.01$ の有意差の認められた経営指標は病床数、入院診療単価、三次救急医療施設認定や地域医療支援病院承認、病棟薬剤業務実施加算のほか、精神リエゾンチーム、100床当たりの医師、看護師等多職種の配置などであった。

結論：看護職副院長登用病院の特徴は、高度急性期病院として診療密度が高く多様な機能を持つ病院であった。また診療密度の高い治療に対応できる手厚い多職種の人員配置が特徴であった。

キーワード：看護職副院長、経営指標、人員配置

I. はじめに

近年の病院を取り巻く環境において、地域医療構想に基づく病床再編等の検討^{1,2)}、診療報酬・介護報酬の改定、2025年問題に伴う人口と疾病構造の変化といった切迫する課題によって、個々の病院経営は厳しさを増していることが指摘されている³⁾。病院経営に関する課題に対し医師・事務職・看護職などの多職種が副院長に登用されるようになり、登用の成果が報告されるようになった⁴⁾。看護職については1989年に看護職副院長が我が国に誕生したのち2007年には168名⁵⁾、2016年には328名⁶⁾と約2倍に増加し、看護職副院長に求められる資質や能力が議論されるようになった⁷⁾。

病院というプロフェッショナル組織において、副院長、事務長、薬局長、看護部長といったミドルは、組織理念の実現に向けた組織内コミュニケーションの円滑化、トップと現場の橋渡しという重要な役割を果たしている⁸⁾。ミドルに相当する看護職副院長登用を推

進する背景には、多様な医療ニーズに対応する看護職の能力発揮に期待するところが大きい⁹⁾。実際に看護職副院長は病院の質を評価するために財務指標のほか人員配置や教育といった複数の非財務指標を含む経営指標を用いて病院組織の改善に貢献している¹⁰⁾。わが国の病院経営における看護職副院長の役割は、2007年頃までの質的記述的研究⁷⁾や実態調査¹¹⁾のほか約20報余りの実践報告等によって明らかになってきた¹²⁾。しかし2007年以降看護職副院長登用に関する研究は4本と少なく、経営指標を用いて定量的に分析した報告は見当たらない。

病院経営分析を目的とした研究では公開される財務データが限定されることから、経営方針が統制されている同一の医療設置主体を対象とした検討が試みられている^{13,14)}。そこで本研究では、①本部組織の病院設置理念のもと全国すべての都道府県でグループ病院が運営されている、②全グループ病院情報は財務諸表、付帯施設を含む施設設備、人員配置、患者サービス、

受付日：2021年1月20日 受理日：2021年5月27日

¹ 国際医療福祉大学大学院 保健医療学専攻 医療福祉経営学分野 博士課程

Division of Health Service Management, Doctoral Program in Health and Medical Sciences, Graduate School of Health and Welfare Sciences, International University of Health and Welfare

19S3033@g.iuhw.ac.jp

チーム医療等詳細に医療施設経営概要に集約されている、③集約した施設概要はだれもが入手可能な情報として広く一般に公開している、④病院設置主体が「看護職副院長制度の設置」を整え看護職副院長の病院経営への成果が反映しやすいと推測できることから、全国的な状況かつ豊富なデータを検討できると考え日本赤十字社に焦点をあてた。

本研究の目的は、看護職副院長を登用している病院、していない病院の2群について、全赤十字グループ病院88施設について経営指標を用いて比較し、看護職副院長登用病院と登用のない病院の特徴の違いを明らかにすることである。

本研究は、看護職副院長の登用の効果について経営指標を用いて探求する新しい試みである。本研究の結果から病院経営における看護職副院長登用について示唆を得ることで、今後も増加が予測される看護職副院長をはじめ、病院の組織成長や経営改善に効果的な看護職登用の判断材料となることが期待できる。

II. 方法

1. 研究デザイン

研究デザインは、2018年度赤十字医療施設経営概要公開データを用いた横断研究である。

2. 操作的定義

1) 看護職副院長

看護職副院長とは、医療施設において副院長という職位にある看護職者⁷⁾であり、院長とともに病院組織を運営するエグゼクティブ役割⁴⁾を担うものをさす。わが国では看護職副院長はNurse executive (上級看護管理者)に相当し、副院長クラスの役割と権限を持つ看護職をさす¹⁵⁾。Nurse executiveについて、Chief nurse executive (以下CNE)と、Chief nursing officer (以下CNO)は意味を置き換えて役職名として使用する場合もある¹⁶⁾ため、本研究では同義とする。

2) 看護部長

看護部長とは、医療施設において看護職種を統括する看護管理者をさす。また看護部長は組織の一機能に

おける部門長ではなく職種を管理する点が一般企業と異なる。看護管理者とは、「看護の対象のニーズと看護職の知識・技術が合致するよう計画し、財政的・物質的・人的資源を組織化し、目標に向けて看護職を導き、目標の達成度を評価することを役割とする者の総称」¹⁷⁾と定義されているため、本研究ではこの定義に則る。

3) 経営指標

本研究で使用する経営指標とは、医療サービスが非営利である特徴から財務指標だけでなく、病院機能、人員配置などのほか、医療の質に直結する複数の非財務指標^{18,19)}を含むものとする。

3. 研究対象

赤十字グループ病院91施設のうち、2018年度(平成30年度)赤十字医療施設経営概要にデータの掲載がある88病院を対象とした。看護職副院長登用の有無については、2018年度各病院のホームページや広報誌から情報を得た。

4. 文献レビューによる調査項目の抽出

調査項目は、先行研究の文献レビューから看護職副院長の成果を表す指標ないし効果を示している行動を抽出し以下の方法で選定した。国内文献の検索ツールは医学中央雑誌 version5, J-STAGE, CiNii, 海外文献の検索ツールはPubMed, CINAHLを用いた。キーワードは、国内の文献では「看護職副院長」AND「財務」を、海外の文献では「chief nurse executive」OR「nursing administrator」AND「finance」OR「financial indicator」を用いて検索した。なお「経営」「management」は意味する範囲が広いため、用語の定義に用いた「財務」「finance」で絞り込んだ。本研究の文献選定プロセスはPRISMA声明のフロー²⁰⁾を参考に図示した(図1)。選定基準は、①2001年1月から2020年1月の近年20年で、②検索ツールのソート機能で原著・総説を条件とし、③レターや会議録を除くとした。最終的に16文献が検討対象論文となった。16文献は、定量分析と定性分析双方を用いた報告が1、横断的調査が3、

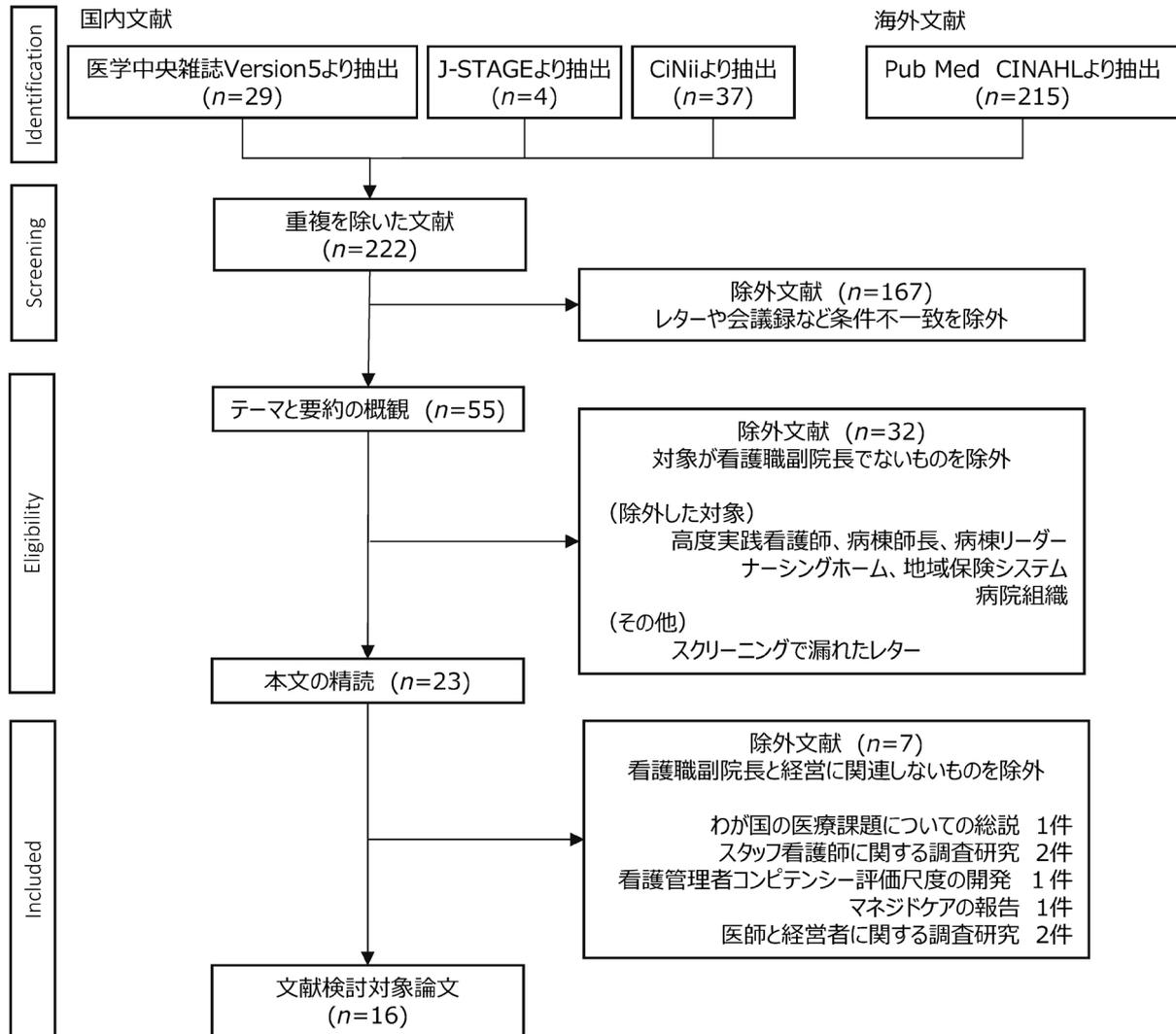


図1 文献レビュー選択プロセスのフロー

半構成的面接による質的記述的研究³、組織分析による報告⁹であった。16文献はマトリックス方式²¹⁾で整理して170の調査項目候補が抽出された。

次に、170の調査項目候補は、重複を除き経営戦略分析の枠組みであるバランス・スコアカードの4つの視点（財務の視点、患者サービス・顧客の視点、業務プロセスの視点、学習と成長の視点）の構造²²⁾を参考に分類された。分類した調査項目の候補について、医療施設経営概要の表題項目と照らし合わせ、最終的に23の調査項目が選択された。なお医療施設経営概要の該当項目は「」で表記した。

1) 財務に関する調査項目の選択

財務に関して、患者動向、人件費、診療材料、施設

設備費の指標が収集された。患者動向は平均1日当たりの患者の動向、入院状況^{10,23)}が指標として用いられていることから、医療施設経営概要に該当する項目は、「平均在院日数」「病床利用率」「病床稼働率」「患者1日当たり入院収益」「患者1日当たり外来収益」「医業利益」「修正医業利益率」とした。経営管理者のリーダーシップによって給与・賞与・夜勤手当対策²⁴⁾や残業管理は左右され²⁵⁾、コストや時間を指標として経営者の業務改善成果が評価される^{26,27)}。給与等人件費については医療施設経営概要の経営分析項目から「給与費対医業利益率」が該当するが、時間に関する該当項目はなかった。また人材育成や採用にかかる予算請求や施設設備整備は看護職副院長の役割¹⁰⁾であ

るが、医療施設経営概要に予算請求と施設設備整備に該当する項目がなかった。診療材料は「材料費対医業収益比率」を該当項目とした。医業利益は減価償却費を含むため設備投資等による影響を受ける²⁸⁾。本研究では看護職副院長登用による診療報酬¹⁰⁾や患者動向²³⁾に關与する利益に注目するため、(医業利益+減価償却費)/医業収益×100(%)で算出する「修正医業利益率」を調査項目とした。

2) 患者サービス・顧客に関する調査項目の選択

患者サービスに関して患者志向、職場環境改善、他組織・地域連携、多職種連携、労務の指標が収集された。Sredlら¹⁶⁾やSims²⁷⁾が述べるように患者志向は業務改善の成果に直接関係する貴重な情報である。医療施設経営概要では「患者満足度調査の実施状況」が該当し、職場環境改善に関連しては「職員満足度調査の実施状況」が該当した。他組織・地域連携について、患者サービスや地域との連携強化^{12, 29)}のほか広告¹⁰⁾の重要性が指摘されており、「講演会」「健康相談」「グループ組織のPR・広報」が該当した。多職種との役割分担や連携²⁹⁾については、「横断的なチーム医療の実施状況」のほか、「病棟薬剤師業務実施加算」「急性期看護補助者加算」「医師事務作業補助体制加算」の取得状況が該当した。労務の指標には夜勤体制、院内託児所の設置、福利厚生^{7, 25)}の拡充があり、医療施設経営概要では「夜間院内保育」の設置状況が該当した。

3) 業務プロセスに関する調査項目の選択

業務プロセスに関して、業務改善、経営参画、人員配置、組織体制の指標が収集された。業務改善は、医療記録文書オーデイト²⁷⁾、業務委託によるタスクシフト¹²⁾、専門家によるケアプロトコル実績³⁰⁾を用いて評価される。看護職副院長は財務管理や適切な人員配置^{7, 12, 26, 31)}のほか、経営参画として入院基本料の見直しや病床利用率改善に取り組んでいる^{7, 12)}。調査項目には「業務委託」の状況、職員配置項目の「100床当たり配置職員数(医師、看護師、薬剤師、放射線技師等)」、「急性期一般入院料1」取得状況が該当する。その他に看護職副院長は職員参加型シフトシステムの導入といった業務改善²⁶⁾、病院内のプロジェクトチー

ムの結成^{7, 32)}、病院事業の見直し^{12, 29)}、財務データの専門知識を用いた将来を見据えた戦略の立案³³⁾といった組織体制の改善に取り組んでいるが、該当する項目はなかった。

4) 学習と成長に関する調査項目の選択

学習と成長について、教育やキャリア開発、研究、資格認定の仕組みに関連する調査項目が収集された。

看護職副院長は、教育やキャリア開発において看護職の専門性の強化だけでなく、他部門の職員教育²⁹⁾についても取り組んでいる。具体的には奨学金プログラム^{24, 34)}や、多職種のトレーニングプログラム²⁴⁾の策定のほか、部署の新人オリエンテーションにかかる時間とコストの評価²³⁾といった教育の質の改善³⁰⁾を行っている。奨学金や各種トレーニングプログラムの策定、オリエンテーションの時間やコストに関するデータ、加えて研究活動の支援^{29, 34)}、病院独自の認定プログラム³⁴⁾や学会認定等資格²⁹⁾に関するデータは医療施設経営概要に該当項目がなかった。

5. 分析方法

研究対象88施設を看護職副院長の登用がある群と登用のない群に分け、帰無仮説を各変数の分布が看護職副院長登用のある病院とない病院では同じであるとして23の調査項目を分析した。看護職副院長登用の有無による差異を確認するため両側検定を選択し、有意水準は5%としてMann-WhitneyのU検定、Fisherの正確確率検定を用いて分析した。使用した統計ソフトはSPSS Version 25 for Windowsを用いた。

倫理的配慮については、本研究の対象が公開データであるため人を対象とする医学系研究に関する倫理指針には該当しないが、固有の施設名が特定されないように注意した。

III. 結果

1. 看護職副院長登用と病院機能の比較

研究対象88施設のうち、2018年度看護職副院長の登用があった病院は19施設、登用のない病院は69施設であった。急性期一般入院料1加算は、看護職副院

長登用のある病院で17施設(89.5%)、登用のない病院で50施設(72.5%)で両群に有意な差は認められなかった($p=0.22$)。地域医療支援病院承認、三次救急医療施設認定、総合入院体制加算、病棟薬剤業務実施加算1は両群で $p<0.01$ の有意差があり、臨床研修病院入院診療加算は両群で $p=0.02$ の有意差があった。二次救急医療施設の認定、地域がん診療連携拠点病院の指定、看護補助体制加算(急性期、夜間急性期)、医師事務作業補助体制加算1については、看護職副院長登用のある病院とない病院での有意な差は認められなかった(表1)。

2. 看護職副院長登用と収益の比較

看護職副院長登用病院は、病床数($p<0.01$)、病床利用率($p=0.02$)、平均在院日数($p=0.03$)に有意差を認めた。医業利益については看護職副院長登用の有無による有意差は認められなかった($p=0.38$)。修正医業利益率($p=0.04$)、患者一人1日当たりの入院・外来診療収益、職員一人1日当たりの入院・外来医業収益、材料費対医業収益率は看護職副院長登用病院が高く、それぞれ有意差が認められた。給与費対医業収益率($p<0.01$)は、看護職副院長の登用がない病院で高い割合であった(表2)。

3. 看護職副院長登用とチーム医療の比較

100床当たりの職種配置について、医師、看護職員、薬剤師、放射線技師、検査技師、臨床工学技士が $p<0.01$ と両群に有意差があり、看護職副院長登用のある病院は手厚い配置となっていた。理学療法士($p=0.04$)は看護職副院長の登用のない病院群に多く配置されていた(表2)。組織横断的な医療チームの配置について、精神科リエゾンチームが看護職副院長登用病院に多く配置されていた($p<0.01$)。緩和ケアチーム($p=0.02$)、呼吸ケアチーム($p=0.04$)、周手術期における口腔機能の管理($p=0.04$)は、いずれも看護職副院長登用病院で配置に有意な差が認められた(表3)。清掃、洗濯、医療機器保守点検等の業務委託は有意な差が認められなかった(表4)。

4. 看護職副院長登用と患者サービスの比較

患者サービスに直結する患者満足度調査の実施は、行っていない病院から年15回実施している病院と開きがあるものの、看護職副院長登用のある病院、登用のない病院の両群で有意な差は認められなかった($p=0.08$)。医療講演会のほか、健康や介護等の相談の実施について両群で有意な差は認められなかった。各病院の広報は、ビデオ、パンフレット、SNSやホームページなど複数媒体を通して実施しており、両群とも有意な差は認められなかった。内部顧客である職員に対して、病院施設に付帯する夜間院内保育の設置は看護職副院長登用のある病院で14病院(73.7%)、登用のない病院で32病院(46.4%)であり、登用のある病院に多く設置されていた($p=0.04$)。職員満足度調査は看護職副院長登用病院で89.5%、登用のない病院で66.7%と半数以上の病院が実施しており両群で $p=0.08$ 、職員向け広報 $p=0.10$ ともに有意な差は認められなかった(表4)。

IV. 考察

1. 病院の収益・機能からみた看護職副院長登用病院の特徴

看護職副院長登用病院は、病床規模が大きく三次救急、地域医療支援病院、総合入院体制加算のほか臨床研修病院入院診療加算を得ており、高度急性期病院として診療密度の高い病院であることが特徴であった。

井上³⁵⁾が述べるように、高度急性期病院は診療密度が高いことが前提であり、収益確保には高い病床利用率、平均在院日数や人件費の抑制などが必要とされる。看護職副院長登用病院は井上が述べる高度急性期病院の特徴と類似しており、看護職副院長はこれらの財務課題に直面していることが示唆される。2006年度診療報酬改定により7対1入院基本料が新設³⁶⁾された当時は、看護職副院長の職掌の特徴が「入院基本料の引き上げ」³⁷⁾であったが、本研究では急性期一般入院料1の取得について、看護職副院長登用の有無による比較で有意な差は認められなかった。近年の診療報酬改定では重症度、医療・看護必要度による患者状

表1 看護職副院長登用の有無と病院機能の比較

	看護職副院長登用の有無による比較			p-value
	登用あり (n=19)	登用なし (n=69)		
急性期一般入院料1				
	加算あり	17 (89.5)	50 (72.5)	0.22
	加算なし	2 (10.5)	19 (27.5)	
DPC 医療機関群				0.24
	特定	8 (42.1)	13 (18.8)	
	標準	11 (57.9)	38 (55.1)	
地域医療支援病院				<0.01**
	承認あり	18 (94.7)	35 (50.7)	
	承認なし	1 (5.3)	34 (49.3)	
三次救急医療施設				<0.01**
	認定あり	13 (68.4)	20 (29.0)	
	認定なし	6 (31.6)	49 (71.0)	
二次救急医療施設				0.55
	認定あり	14 (73.7)	55 (79.7)	
	認定なし	5 (26.3)	14 (20.3)	
地域がん診療連携拠点病院				0.07
	指定あり	11 (57.9)	23 (33.3)	
	指定なし	8 (42.1)	46 (66.7)	
総合入院体制加算(1, 2, 3)				<0.01**
	加算あり	18 (94.7)	31 (44.9)	
	加算なし	1 (5.3)	38 (55.1)	
臨床研修病院入院診療加算				0.02*
	基幹型	18 (94.7)	42 (60.9)	
	協力型	0 0.0	9 (13.0)	
	加算なし	1 (5.3)	18 (26.1)	
病棟薬剤業務実施加算1				<0.01**
	加算あり	18 (94.7)	36 (52.2)	
	加算なし	1 (5.3)	33 (47.8)	
急性期看護補助体制加算				0.23
	25対1加算	11 (57.9)	33 (47.8)	
	50対1加算	8 (42.1)	26 (37.7)	
	加算なし	0 0.0	10 (14.5)	
夜間急性期看護補助体制加算				0.20
	50対1加算	1 (5.3)	2 (2.9)	
	100対1加算	3 (15.8)	4 (5.8)	
	加算なし	15 (78.9)	63 (91.3)	
医師事務作業補助体制加算(1, 2)				0.06
	加算あり	19 (100.0)	56 (81.2)	
	加算なし	0 0.0	13 (18.8)	
診療録管理体制加算(1, 2)				0.62
	加算あり	18 (94.7)	64 (92.8)	
	加算なし	1 (5.3)	5 (7.2)	

n (%)

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$.

Fisher の正確確率検定

表2 看護職副院長登用の有無と収益・機能の比較

	看護職副院長登用の有無による比較			p-value
	全体 (n=88)	登用あり (n=19)	登用なし (n=69)	
病床数	379 (72-877)	504 (268-852)	312 (72-877)	<0.01**
患者一人1日当たりの診療収益				
入院	56,893 (20,033-95,917)	69,478 (54,232-95,917)	53,491 (20,033-85,068)	<0.01**
外来	16,005 (1,020-81,417)	19,320 (12,962-25,316)	15,700 (1,020-81,417)	0.01*
職員一人当たりの医業収益 (千円)				
入院	9,909 (3,901-104,653)	11,079 (8,039-14,217)	9,196 (3,901-104,653)	<0.01**
外来	3,797 (4-7,220)	3,856 (2,876-7,220)	3,686 (4-6,978)	0.04*
医業利益 (損失) (千円)	-158,476 (-4,238,635-1,045,862)	-187,496 (-1,874,96-858,761)	-138,194 (-4,238,653-1,045,862)	0.62
修正医業利益率 (%)	3.6 (-18.3-14.8)	4.6 (-5.1-9.7)	2.8 (-18.3-14.8)	0.04*
給与費対医業収益比率 (%)	56.2 (42.4-83.9)	52.6 (43.2-64.0)	57.8 (42.4-83.9)	<0.01**
材料費対医業収益比率 (%)	26.5 (7.5-44.9)	29.5 (19.9-36.7)	24.9 (7.5-44.9)	<0.01**
平均在院日数 (一般)	12.2 (8.4-63.0)	11.7 (8.4-14.0)	12.4 (8.4-63.0)	0.03*
病床利用率 (%)	88.4 (61.7-151.3)	92.0 (76.6-110.1)	87.0 (61.7-151.3)	0.02*
病床稼働率 (%)	84.6 (62.1-110.3)	87.5 (75.6-98.9)	83.4 (62.1-110.3)	0.05
100床当たり職員数				
医師	19.0 (4.1-37.8)	23.5 (16.5-35.4)	17.1 (4.1-37.8)	<0.01**
看護職員	95.7 (40.6-135.0)	107.4 (89.3-129.5)	90.3 (40.6-135.0)	<0.01**
薬剤師	4.8 (1.8-7.0)	5.5 (3.9-6.9)	4.5 (1.8-7.0)	<0.01**
放射線技師	4.4 (1.0-8.0)	4.8 (4.1-7.1)	4.1 (1.0-8.0)	<0.01**
検査技師	6.3 (1.0-9.4)	6.9 (4.8-9.4)	5.9 (1.0-9.3)	<0.01**
臨床工学士	6.0 (0.5-9.4)	6.6 (1.1-9.4)	5.6 (0.5-9.3)	<0.01**
管理栄養士・栄養士	1.6 (0.4-3.3)	1.9 (0.8-2.5)	1.6 (0.4-3.3)	0.72
理学療法士	3.0 (0.1-16.4)	2.7 (1.3-5.3)	3.2 (0.1-16.4)	0.04*
作業療法士	1.2 (0.3-6.6)	1.0 (0.4-2.1)	1.4 (0.3-6.6)	0.09
言語聴覚士	0.7 (0.1-2.9)	0.5 (0.1-1.3)	0.7 (0.2-2.9)	0.08
事務職員	20.5 (7.1-40.5)	22.2 (11.6-35.0)	20.3 (7.1-40.5)	0.45

*p<0.05, **p<0.01.

中央値 (四分位範囲)

Mann-Whitney の U 検定

表3 看護職副院長登用の有無とチーム医療の比較

		看護職副院長登用の有無による比較		p-value
		登用あり (n=19)	登用なし (n=69)	
緩和ケア	加算あり	19 (100.0)	53 (78.6)	0.02*
	加算なし	0 (0.0)	16 (23.2)	
外来緩和ケア	加算あり	13 (68.4)	32 (46.4)	0.12
	加算なし	6 (31.6)	37 (53.6)	
禁煙サポート	加算あり	6 (31.6)	18 (26.1)	0.77
	加算なし	13 (68.4)	51 (73.9)	
退院調整	加算あり	19 (100.0)	64 (92.8)	0.58
	加算なし	0 (0.0)	5 (7.2)	
呼吸ケア	加算あり	14 (73.7)	30 (43.5)	0.04*
	加算なし	5 (26.3)	39 (56.5)	
精神科リエゾン	加算あり	11 (57.9)	14 (20.3)	<0.01**
	加算なし	8 (42.1)	55 (79.7)	
臓器・造血管細胞移植	加算あり	8 (42.1)	14 (20.3)	0.07
	加算なし	11 (57.9)	55 (79.7)	
薬剤師の病棟業務	加算あり	18 (94.7)	59 (85.5)	0.44
	加算なし	1 (5.3)	10 (14.5)	
周手術期における口腔機能の管理	加算あり	15 (78.9)	34 (49.3)	0.04*
	加算なし	4 (21.1)	35 (50.7)	
嚥下・摂食機能	加算あり	18 (94.7)	52 (75.4)	0.12
	加算なし	1 (5.3)	17 (24.6)	

n (%)

*p<0.05, **p<0.01.

Fisher の正確確率検定

態や、多様な働き方に対応できる人員配置が評価される。このため急性期一般入院料に差異がなかった結果は、いずれの病院も入院基本料の獲得・維持をしている現状が反映されたためと考えられる。医療の質向上はすべての病院において重要な使命である。先行研究では地域連携の強化や業務改善に重要な患者志向^{16, 27)}と広告¹⁰⁾は看護職副院長の成果であったが、本研究において患者満足度調査や広報、各種相談、業務委託

に関連した指標に有意差は認められなかった。この点も各病院の患者サービス改善へ取り組みが反映された結果と考えられる。

看護職副院長登用病院は、総合入院体制加算や臨床研修病院入院診療加算を得ている点から、臨床研修病院として教育に十分な機能や設備を持つといえる。Talleyら²⁴⁾、山崎ら²⁹⁾が述べる職員の教育に関連して、看護職副院長登用病院は医師の教育に特徴があるとい

表4 看護職副院長登用の有無と患者サービス・施設設備・業務委託の比較

		看護職副院長登用の有無による比較				
		登用あり (n=19)	登用なし (n=69)	p-value		
職員満足度調査	実施あり	17 (89.5)	46 (66.7)	0.08		
	実施なし	2 (10.5)	23 (33.3)			
患者満足度調査	実施あり	18 (94.7)	64 (92.8)	1.00		
	実施なし	1 (5.3)	5 (7.2)			
訪問看護ステーション (付帯施設)	設置あり	13 (68.4)	31 (44.9)	0.12		
	設置なし	6 (31.6)	38 (55.1)			
夜間院内保育 (付帯施設)	設置あり	14 (73.7)	32 (46.4)	0.04*		
	設置なし	5 (26.3)	37 (53.6)			
医療講演会	実施あり	15 (78.9)	44 (63.8)	0.28		
	実施なし	4 (21.1)	25 (36.2)			
一般健康相談	実施あり	13 (68.4)	42 (60.9)	0.60		
	実施なし	6 (31.6)	27 (39.1)			
介護相談	実施あり	13 (68.4)	47 (68.1)	1.00		
	実施なし	6 (31.6)	22 (31.9)			
育児相談	実施あり	13 (68.4)	34 (49.3)	0.20		
	実施なし	6 (31.6)	35 (50.7)			
患者向け広報	実施あり	紙媒体のみ	5 (26.3)	31 (44.9)	0.18	
		データ通信のみ	0 (0.0)	0 (0.0)		
	実施なし	紙媒体・データ通信両方	13 (68.4)	24 (34.8)		
			1 (5.3)	14 (20.3)		
職員向け広報	実施あり	紙媒体のみ	5 (26.3)	27 (39.1)	0.10	
		データ通信のみ	0 (0.0)	5 (7.2)		
	実施なし	紙媒体・データ通信両方	11 (57.9)	12 (17.4)		
			3 (15.8)	25 (36.2)		
業務委託	清掃	委託あり	全部委託	18 (94.7)	59 (85.5)	1.00
			部分委託	1 (5.3)	9 (13.0)	
		委託なし	0 (0.0)	1 (1.4)		
	洗濯	委託あり	全部委託	17 (89.5)	51 (73.9)	1.00
			部分委託	2 (10.5)	16 (23.2)	
		委託なし	0 (0.0)	2 (2.9)		
医療機器保守点検	委託あり	全部委託	2 (10.5)	9 (13.0)	1.00	
		部分委託	16 (84.2)	47 (68.1)		
	委託なし	委託なし	1 (5.3)	5 (7.2)		
		データなし	0 (0.0)	8 (11.6)		

n (%)

* $p < 0.05$.

Fisher の正確確率検定

える。病院機能では、組織横断的活動を担う精神リエゾンチームの配置が看護職副院長登用病院の特徴であった。精神疾患や認知機能障害のほか、疾病や障害に伴うメンタルヘルスケアに介入する精神リエゾンチームへの医療ニーズは高い。しかし精神科専門医師や公認心理師等がすべての高度医療や救急医療を担う病院に配置されているわけではなく、人員配置に余裕のある大学病院や高度急性期病院に精神リエゾンチーム配置が偏る³⁸⁾ことも現在の医療の課題とされている。そのほか緩和ケア、呼吸ケア、周手術期における口腔機能の管理といった侵襲の高い治療に対する合併症回避や予防ケアを担うチームが看護職副院長登用病院に配置されていた。これらのチームの配置のほか、夜間院内保育施設の確保による24時間切れ目のない医療を支える職員への配慮状況からみても、看護職副院長登用病院は高度急性期の多様な医療ニーズに対応することがうかがえる。看護職副院長の成果責任には、医療動向の情報提供、業務改善と分析、病院事業への提言²⁹⁾がある。加えて経営指標のデータを用いた病院内外への説明責任、戦略的な経営管理といったビジネススキルが求められる³⁹⁾。密度の高い医療やケアの特徴を踏まえかつ詳細な経営分析に基づき、地域の医療に貢献できる病院機能について、看護職副院長は成果を示すことが期待されると考える。

2. 看護職副院長登用病院の人員配置の特徴と経営効果への期待

100床当たりの人員配置からみると看護職副院長登用病院は、医師、看護師、薬剤師、放射線技師、検査技師、臨床工学技士が多く配置される特徴があった。高度急性期医療を実現するためには、診断や治療を支える多職種が手厚く配置される必要がある。看護職副院長登用病院は病棟薬剤業務実施加算を得ている病院も多く、高度な医療に伴う薬剤業務のニーズに対し薬剤師が重視されていると推察される。

看護職副院長登用の有無で看護職の配置が影響する入院基本料について2群の有意差は認めなかったが、100床当たりの看護師数では看護職副院長登用病院は

手厚い配置となっていた。一般に病院では看護職種が病院の最大労働割合を占めており²³⁾、看護職種の人員配置は病院経営に対して影響力があるといえる。看護職副院長には、手厚い人員配置等による質の高い患者ケアを確保³¹⁾するだけでなく、単位時間当たりの人件費といったコストに関する指標²³⁾を用いた病院組織の機能に関する情報を提供する説明責任がある⁴⁰⁾。本研究では質改善の成果やコストに関して該当する指標がなく看護職副院長登用病院の特徴として調査することはできなかった。人員配置について特徴のあった看護職副院長登用病院において、今後人員配置の効果を評価するためには、質改善や単位時間当たりのコストについても検討の余地がある。

先行文献では病院は一般的な組織構造と異なる⁴¹⁾と報告があるが、病院の規模と病院で最も人数の多い看護職からの副院長登用を関連づけた報告はない。本研究において看護職副院長登用病院の特徴は、一般的な規模の大きな組織の特徴と類似点があった。一般的に組織への影響力は人数のより多い集団の特徴が反映される⁴²⁾ため、人数の多い集団の管理者配置は、組織に対し集団のパワーが影響しやすい。組織規模が大きくなれば組織を構成する部門・部署は増えるため、管理者を相応に配置し権限を明確にする必要がある。病院でいえば、各病院が担う医療の役割や密度が高度かつ多機能で規模が大きくなるほど、病院の舵取りを確実に実践していく組織の整備、職位と権限の明確化が急務となる⁴⁾。本研究で得た看護職副院長登用のある病院と特徴が類似している施設には、組織の特徴に合わせた組織の整備や職位と権限の明確化の視点が経営マネジメントに必要であると考えられる。ミドルとして院長とともに病院の舵取りを担う看護職副院長登用は、経営マネジメントや改善の一方法として検討の余地がある。

小俣⁴³⁾は、経営のマネジメントに用いる指標には変化や改善への取り組みを評価できる指標を用いる必要があると述べている。本研究の限界は医療施設経営概要に業務の変化や改善を直接評価できる指標が用いられていないこと、看護職副院長の職掌や行動、役割

成果に関連した指標のうち、教育に関する指標で該当がなく結果に偏りがあったことである。このため、本研究で検討できなかった経営指標の内、看護職副院長の成果と病院経営について定性的調査等より詳細に検討を行う必要がある。

V. 結論

本研究では赤十字グループ病院 88 施設について、看護職副院長を登用している 19 施設、登用していない 69 施設の 2 群を対象に経営指標を用いて比較した。看護職副院長登用病院は、診療単価が高く平均在院日数が短いといった診療密度の高い高度急性期病院の特徴があり、侵襲の高い治療や合併症予防に関連したチーム医療のほか、三次救急医療や地域医療支援といった多様な機能をもつ病院であることが特徴であった。また高度で多機能な治療に対応できる手厚い多職種の人員配置があり、看護職副院長登用病院は一般的な組織規模と集団のパワーの特徴に類似している点があった。

なお本研究の利益相反はない。

文献

- 1) 厚生労働省. 2019. 具体的対応方針の再検討の養成についてかかる診療実績の分析方法等について. <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000551025.pdf> 2019.11.18
- 2) 田中誠, 横出正之. 大学病院における地域医療連携の課題とこれからの展望～大学病院医師と地域診療所医師へのアンケート調査の解析. 日本老年医学会雑誌 2006; 43 (2): 230-235
- 3) 小寺俊樹, 堀心一, 岩尾聡士. 医療法人の経営状態と機能的側面からみた医療の質との関係—愛知県の病院機能評価認定病院を対象にして—. 日本医療・病院管理学会誌 2013; 50 (4): 5-14
- 4) 金井 Pak 雅子. 大学病院における組織改革—看護管理学の立場から—. 東京女子医科大学雑誌 2014; 74(6/7): 300-304. https://twinkle.repo.nii.ac.jp/?action=pages_view_main&active_action=repository_view_main_item_detail&item_id=19271&item_no=1&page_id=49&block_id=53 KJ00006018884.pdf 2020.2.3
- 5) 武弘道. 目指せ! 看護師副院長 看護師が病院を変える. 愛知: 日総研出版, 2008: 27-34
- 6) 日本看護協会医療政策部編. 日本看護協会調査研究報告 <No.90>. 東京: 日本看護協会出版会, 2016: 10-11
- 7) 巴山玉蓮. 組織における看護職者の意思決定に必要な要素の検討—病院の政策形成過程における 看護職副院長の活動内容を通して—. 日本看護管理学会誌 2009; 13 (2): 5-12

- 8) 井上秀一. 医療機関のマネジメントコントロールシステムにおけるミドルの役割—ある中規模病院を対象とした事例研究—. 日本医療経営学雑誌 2014; 8 (1): 29-36
- 9) 浦田喜久子. 看護職副院長の制度の設置と推進. 看護 2008; 60 (3): 50-53
- 10) 溝口幸枝, 青山ヒフミ. 財務知識を習得した看護管理者の経営参画の実際. 大阪府立大学看護学部紀要 2015; 21 (1): 41-48
- 11) 井部俊子, 嶋森好子, 畠中智代ら. 病院管理における看護管理者の位置づけと機能のあり方—副院長のコンピテンシーと看護職副院長の評価に関する病院長の認識—. 病院管理 2007; 44 (3): 313-317
- 12) 兼平佳恵. 病院経営における看護管理職の役割. 北海学園大学大学院経営学研究科 研究論集 2018; 16: 19-42
- 13) 左右田裕生. 黒字病院群と赤字病院群の比較による財務特性と経営指標の有用性に関する研究. 商大ビジネスレビュー 2016; 6 (2): 159-179
- 14) 岩佐嘉美. 財務指標の相関関係—BSC 導入前後における財務指標の変化. 日本医療経営学会誌 2014; 8 (1): 5-19
- 15) 井部俊子 (監修), 増野園恵 (編) (増野園恵訳). 第1部看護に関する基本文書. 看護管理基本資料集. 看護管理学習テキスト. 第3版. 東京: 日本看護協会出版会, 2004: 67
- 16) Sredl D, Peng NH. CEO- CNE relationships: building an evidence-base of chief nursing executive replacement costs. *International Journal of Medical Sciences* 2010; 7(3): 160-168. <https://www.medsci.org/v07p0160.pdf> 2019.5.18
- 17) 日本看護協会. 看護にかかわる主要な用語の解説 概念的定義・歴史の変遷・社会的文脈. 東京: 日本看護協会, 2007: 38
- 18) 藤原靖也, 松尾貴巳. 医療組織の業績管理における非財務情報の補完的効果—探索的研究—. 原価計算研究 2013; 37 (2): 66-74. https://doi.org/10.20747/jcar.37.2_66 2019.12.16
- 19) 新井耕. 医療界における管理会計の全体像と必要性の高まり. 病院 2012; 71(4): 308-311
- 20) Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, et al. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses: the PRISMA Statement. *PLoS Med* 2009; 6(7): 1-6. <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1000097> 2020.11.24
- 21) Garrard J (安部陽子訳). 第2章 基本的な概念 研究方法をレビューするためのガイドライン. 看護研究のための文献レビュー マトリックス方式. 東京: 医学書院, 2012: 32-42
- 22) ロバート・S・キャブラン, デビッド・P・ノートン (吉川武男訳). 新訳版バランス・スコアカード 戦略経営への改革. 東京: 生産性出版, 2011: 8-12
- 23) Goetz K, Janney M, Ramesy K. When nursing takes ownership of financial outcomes: achieving exceptional financial performance through leadership, strategy, and execution. *Nursing Economics* 2011; 29 (4): 173-183
- 24) Talley LB, Thorgrimson DH, Robinson NC. Financial literacy as an essential element in nursing management practice. *Nursing Economics* 2013; 31 (2): 77-82
- 25) Russell J. Powerful collaboration in the new financial paradigm. *Nursing Management* 2018; September: 40-44
- 26) Anderson DJ, Shelton W. Clarify your financial picture with staff management tools. *Nursing Management* 2006; 37 (7): 49-51. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16858265> 2019.11.7
- 27) Sims CE. Search for a new approach increasing clinical, satisfaction, and financial performance through nurse-driven process improvement. *Journal of Nursing Administration* 2003; 33(2): 68-75

- 28) 羽田明浩. 競争戦略論から見た日本の病院. 東京: 創成社, 2015: 52-53
- 29) 山崎絆, 守山伸子, 大谷美和子ら. 看護職副院長の活動の現状 看護職副院長の実態調査を通して. 看護 2007; 59(6): 98-102
- 30) Rape C, Mann T, Schooley J, et al. Managing patients with behavioral health problems in acute care: balancing safety and financial viability. *Journal of Nursing Administration* 2015; 45(1): 7-10. https://journals.lww.com/jonajournal/Fulltext/2015/01000/Managing_Patients_With_Behavioral_Health_Problems.3.aspx 2019.11.13
- 31) Ulrich B, Barden C, Cassidy L, et al. Frontline nurse manager and chief nurse executive skills: perceptions of direct care nurses. *Nurse Leader* 2019; 17(2): 109-112. <https://doi.org/10.1016/j.mnl.2018.12.014> 2019.11.20
- 32) Elsabrout K, Orbacz E, McMahon LA, et al. Large-scale hospital mattress switch-out leads to reduction hospital-acquired pressure ulcers: operationalization of a multidisciplinary task force. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 2018; 15(3): 161-169. <https://doi.org/10.1111/wvn.12280> 2019.12.10
- 33) Douglas K. Taking action to close the nursing-finance gap: learning from success. *Nursing Economics* 2010; 28(4): 270-273
- 34) Janney MA. Nursing and philanthropy: a partnership to advance professional excellence and exceptional care. *Nursing Administration Quarterly* 2014; 38(4): 291-293
- 35) 井上貴裕. 第1章 病院経営と財務マネジメント. 病院経営財務マネジメント. 東京: ログカ書房, 2019: 78-79
- 36) 野村陽子 (増野園恵編). 第3章 医療施策と看護施策. 看護管理学習テキスト第1巻. 第3版. 東京: 日本看護協会出版会, 2019: 106-107
- 37) 本藤みさき, 佐藤美雅子, 永池京子. 「病院における看護管理やの活動に関する実態調査」報告. 看護 2009; 61(5): 66-73
- 38) 吉邨善孝, 桐山啓一郎, 藤原修一郎. 精神科リエゾンチーム医療の現状と課題. *総合病院精神医学* 2013; 25(1): 2-8. <https://doi.org/10.11258/jghp.25.2> 2020.12.31
- 39) American Organization of Nurse Executives. AONE Nurse Executive Competencies. Chicago: American Organization of Nurse Executives (AONE), 2015: 9-11. <http://www.aone.org/resources/nurse-leader-competencies.shtml> 2020.4.18
- 40) Englebright J, Perlin J. The chief nurse executive role in large healthcare systems. *Nursing Administration Quarterly* 2008; 32(3): 188-194. https://journals.lww.com/naqjournal/Fulltext/2008/07000/The_Chief_Nurse_Executive_Role_in_Large_Healthcare.4.aspx 2019.6.20
- 41) 久米龍子, 久米和興, 村川由加里. 病院看護部の組織構造の特徴と業務特性に関する一考察. 豊橋創造大学紀要 2010; 14: 79-93
- 42) Robbins SP (高木晴夫訳). 第11章 力と政治. 組織行動のマネジメント. 東京: ダイヤモンド社, 2009: 298-299
- 43) 小俣純一 (日本医療バランスト・スコアカード研究学会編). 第3章 成果尺度の参考事例. 医療バランスト・スコアカード導入のすべて—構築・展開・成果—. 東京: 生産性出版, 2007: 248-251

Characteristics of hospitals that appoint a nurse as a vice president: Verification of Japanese Red Cross group of hospitals

Yukiko TAKADA

Abstract

Purpose: The purpose of this study was to compare two groups of hospitals, namely, hospitals that appoint a nurse as a vice president and those that have not, using management indicators. The report clarifies the difference between the two groups.

Methods: This was a cross-sectional study of 88 hospitals on the 2018 Japanese Red Cross hospital facility management overview public data, out of 91 Red Cross group hospitals. Quantitative analysis and comparisons were performed using management indicators selected from the literature review on management regarding a vice president nurse.

Results: Of the 88 hospitals, 19 had appointed vice president nurse and 69 hospitals had not. Management indicators with a significant difference between the two groups ($p < 0.01$) were the number of beds, inpatient unit price, certification of an advanced emergency medical facilities, approval of regional medical support hospitals, implementation and addition of ward drug work, mental liaison team placement, and placement of multiple occupations, such as doctors and nurses per 100 beds. There were significant differences in the hospitals that appoint a nurse as a vice president positions in all cases: bed utilization ($p = 0.02$), average length of stay ($p = 0.03$), palliative care team placement ($p = 0.02$), respiratory care team placement ($p = 0.04$), and perioperative oral function management ($p = 0.04$).

Conclusion: Hospitals that appoint a nurse as a vice president were characterized by a high-density hospital with various functions as a highly acute hospital. It was characterized by a generous staffing of multiple occupations that can handle treatments with a high degree of medical care. Additionally, those hospitals characteristics were similar to those of general tissue size and population power.

Keywords : vice president nurse, chief nurse executive, management indicators, staffing