

原著

## 所属施設の形態の違いによる看護師長の経営意識と病院の経営実態（第2報）

森木妙子

高知大学教育研究部医療学系 看護学部門

The management awareness of the chief nurse and the hospital management  
status by the difference in affiliated facility (the second report)

Taeko Moriki

Kochi University Research and Education Faculty Medicine Unit Nursing Sciences Cluster

### 要 旨

所属施設の形態の違いによる看護師長の経営意識と病院の経営実態について988名の看護師長に量的調査を行った。その結果、設置主体の違いでは「平均在院日数短縮の意識」と「加算取得の意識」で有意差があり、病床機能の違いでは「病床稼働率の意識」「平均在院日数短縮の意識」「在宅復帰率の意識」が急性期病床と回復期病床で有意に高かった。病床規模では700床以上の規模で経営意識が有意に高かった。経営実態では、設置主体で有意差がみられたのは急性期病床では、「材料費率は妥当」のみであったが、病床機能ではすべての項目で有意差がみられた。以上のことから設置主体の影響よりも病床機能の特徴によって経営意識は影響を受け、管理行動をとっていることが考えられる。つまり、急性期病床と回復期病床では、入院診療報酬が増える経営意識と行動をとり、慢性期病床ではコストが削減される経営意識と行動をとっていると考えられる。  
キーワード：看護師長、経営意識、病院経営

### Abstract

Quantitative survey on 988 chief nurses were conducted about the difference in affiliated facility of the management awareness and the hospital management status. As a result, in management awareness, significant differences were seen in “awareness in reducing the average length of stay” and “awareness of point acquisition,” according to the establishment. In addition, based on bed function, “awareness of bed occupancy rate,” “awareness of reducing the average length of stay” and “awareness of home return rate” were markedly higher for patients in acute and recovery phase beds. As for scale, establishments with 700 beds or more had significantly higher management awareness. In management status, significant differences by establishment were seen only for “material cost rate,” whereas notable differences were seen for all items under bed function. Based on the above, management awareness and subsequent actions are impacted more by bed function rather than by establishment. In other words, in acute and recovery phase beds, management awareness is raised and actions are taken to increase remuneration from hospitalization and medical treatment. In chronic phase beds, management awareness is raised and actions are taken to reduce costs.

**Key words:** chief nurse, management awareness, hospital management status

---

受付日：2019年6月13日 受理日：2019年10月1日

## 【諸 言】

2007年の看護師の病院経営意識の実態を調査した結果<sup>1)</sup>では、全国の医療機関の経営状況は7割が赤字であり、経営悪化の最大の要因は、診療報酬改定、看護師の確保難と述べられ、病院経営に関心がない看護師は6割を占めていた。しかし2017年の急性期病院の常勤看護師を対象に調べた「経営への関心」では、看護師長よりもスタッフの方が高い結果<sup>2)</sup>であり、看護職全員が経営に関心を向ける環境に変わってきた。

2005年の堀<sup>3)</sup>の研究では、現行の医療法人制度について、国公立・公的病院は「現行のままでいい」という回答が6割を占め、一方で個人・医療法人は「若干の手直しが必要」「根本的な見直しが必要」と回答している割合が高く、医療機関の開設主体によって意見の相違があった。帝国データバンク<sup>4)</sup>の2018年度の医療機関の倒産動向調査においても、前年度比60%を超えて倒産しており、2000年から2018年度までの倒産件数の合計は626件であり、経営破綻への危機意識を持たざるをえない。

既存の研究では看護師の病院経営意識<sup>1)</sup>は、経営意識が高かった項目は、勤務時間内に看護業務が終了する努力意識と看護部の勤務時間の規約を把握する意識であった。基本属性別における比較では、年齢が36歳以上、臨床経験年数、勤務年数が11年目以上、他病院での就業経験のある者が経営意識が高いという結果であった。

しかし佐藤<sup>5)</sup>は、病棟師長とスタッフの間には、期待とともに相応の要求が存在しているため、病院経営と病棟管理の間に生じるジレンマの中で、病院全体という『全体最適』の視点をもって、病棟経営に望んでいくマネジメントの重要性を述べている。つまり属性に応じた病院とスタッフ双方の期待にそうよ

うな経営センスが看護師長には求められる。先行研究の第1報<sup>6)</sup>において病院の経営実態と看護師長の経営意識の関連を明らかにした結果、その構造は看護が関連する8つの要因の影響を受け、看護師長の経営意識は、病院の経営に影響を及ぼしていた。しかし第1報では所属施設の形態は考慮せず、看護師長の経営意識と病院経営を構造化したことにとどまっており、設置主体や病床の機能や病床規模による特徴は明らかにしていない。本研究では所属施設の形態の違いによる看護師長の経営意識と病院経営について、その特徴を明らかにする。

## 【目 的】

1. 病床機能、病床規模、設置主体の違いによる看護師長の経営意識と経営実態を明らかにする。
2. 看護が関連する要因が所属施設の形態に及ぼす影響を明らかにする。

## 【研究の枠組み】

病床機能、病床規模、設置主体が、看護師長の経営意識、看護が関連する要因、病院の経営実態に何らかの影響を与えていると考え、研究の枠組みを①所属施設の形態、②看護師長の経営意識、③看護が関連する要因、④病院の経営実態とした。

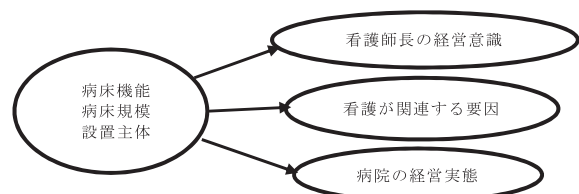


図1 研究の枠組み

【方 法】

1. 研究対象者

本調査は1000人規模の全国調査。割り当て標本抽出法により病院の規模と設置主体を層化し、民間病院と公的病院の看護師長を選定した。

2. データ収集方法と調査内容

質的帰納的方法で抽出した経営意識に関する要素をもとに、調査項目としてアンケートを作成した。アンケートの項目<sup>6)</sup>は、1) 対象者の属性では、看護師長経験年数、看護管理研修への参加、2) 所属施設の形態では、病床規模、設置主体、病床機能、3) 看護師

表1 質問紙調査項目

経営意識の調査項目	1)	病床稼働率を高めることを意識している
	2)	平均在院日数の短縮を意識している
	3)	在宅復帰率を意識している
	4)	診療単価を増やすことを意識している
	5)	人件比率を意識している
	6)	材料費率を意識している
	7)	看護師の配置やサービスを評価した加算の取得を意識している
	8)	スタッフの超過勤務時間を意識している
経営実態の調査項目	1)	入院の診療報酬は増えている
	2)	差額室料は増えている
	3)	人件費率は妥当である
	4)	超過勤務時間数は減少している
	5)	材料費率は妥当である
看護が関連する要因の調査項目	1)	ワーク・ライフ・バランスを実施している
	2)	外部委託を活用して人員不足を補完している
	3)	認定看護師や専門看護師を育て能力を補完している
	4)	大学院卒の看護師を増やし、能力を補完している
	5)	院外研修に出して技能の高い看護師を育てている
	6)	退職を考えている看護師への対策を取っている
	7)	勤務時間内に終わるようにスタッフの仕事管理をしている
	8)	医療機器や備品のメンテナンスに工夫を取り入れている
	9)	医療用消耗品の適正在庫管理に工夫を取り入れている
	10)	医薬品の適正在庫管理に工夫を取り入れている
	11)	患者・家族の知識が拡大し、行動変容に至るサービスができています
	12)	在宅復帰促進に向けて看護の役割が取れている
	13)	退院後の療養生活を見据えた退院支援をしている
	14)	病院と訪問看護の連携を強化している
	15)	多職種との協働がとれている
	16)	退院調整の流れがシステム化されている
	17)	入院診療計画書を作成し、患者に納得のいく説明をしている
	18)	病院として備える要件の院内感染防止対策が取れている
	19)	病院として備える要件の医療安全管理体制が取れている
	20)	病院として備える要件の褥瘡対策が取れている
	21)	病院として備える要件の栄養管理体制が取れている
	22)	診療報酬のしくみを理解しようと勉強している
	23)	介護報酬のしくみを理解しようと勉強している
	24)	スタッフに稼働率や在院日数の目標達成を説明している
	25)	看護必要度の見直しをスタッフと常に確認している
	26)	看護加算についてスタッフと常に確認している
	27)	貸借対照表の分析を活用している
	28)	損益計算書の分析を活用している
	29)	自分の病院が儲かっているか数値を用いてスタッフに説明している
	30)	救急患者数を意識して空床はすべて緊急入院を受け入れている
	31)	新入院患者の数が増えている
	32)	地域包括ケアシステムを理解している
	33)	国の病床再編の動向を意識している
	34)	長期入院の適正化ができています
	35)	退院患者数が増えている
	36)	地域での自施設のあるべき姿を考え病院のコンセプトを貫いている
	37)	目指す数値目標は、スタッフ全員で決めた数値を打ち出している
	38)	同じ方向を向いて働けるようにビジョンを打ち出している

長経営意識に関する8項目、4) 経営実態に関する5項目、5) 看護が関連する要因38項目の内容を調査した。測定尺度は5段階評定法(「ほとんどそうでない」を「-2」とし「かなりそうである」を「2」とする)を用い、分析時は「ほとんどそうでない」を「-2点」とし「かなりそうである」を「2点」、中間点を「0点」とした。

### 3. 分析方法

統計ソフトSPSS Ver. 24.0を用い、基本統計量、クラスカルウォリスH検定とボンフェローニの多重比較、マンホイットニーのU検定、ロジスティック回帰分析、重回帰分析を行った。

### 4. 倫理的配慮

高知大学医学部倫理委員会の承認(承認番号27-114)を得たうえで、対象の施設責任者に研究の趣旨を説明し、承諾を得て研究を開始した。対象者には個人の自由意思を保証し研究に参加できる配慮を行い、データ処理に関し対象施設および個人のプライバシーを保護した。

### 【結 果】

378施設の責任者に依頼文書一式を郵送し、承諾を得た133施設の研究協力者に調査用紙1596通を配布した。調査期間は2015年12月1日から2016年6月30日である。1596通のうち988通(61.9%)から回答があり、不備のある

ものを除いた939通を有効回答(95.0%)とした。対象者の概要は、第1報<sup>6)</sup>で報告した。

### 1. 設置主体の違いによる看護師長の経営意識

#### 1) 設置主体による経営意識の違い(表2)

民間病院(1.0)と公的病院(2.0)で、マンホイットニーのU検定を行い、有意差がみられた経営意識は「平均在院日数短縮の意識」と「加算取得の意識」であった。

#### 2) 設置主体別の病床機能(表3)

民間病院363人の病床機能の内訳は、急性期病床が188人(51.8%)、回復期病床が18人(4.9%)、療養病床が85人(23.4%)、精神病床が59人(16.3%)で、民間病院は急性

表2 設置主体と看護師長の経営意識

経営意識	設置主体	度数	平均ランク	有意水準
III1 病床稼働率の意識	1.0(民間)	363	455.93	n.s.
	2.0(公的)	572	475.66	
III2 平均在院日数短縮の意識	1.0	363	408.82	p<0.01
	2.0	572	505.56	
III3 在宅復帰率の意識	1.0	363	461.32	n.s.
	2.0	573	473.05	
III4 診療単価の意識	1.0	363	474.43	n.s.
	2.0	573	464.75	
III5 人件費率の意識	1.0	362	474.04	n.s.
	2.0	573	464.18	
III6 材料費率の意識	1.0	363	474.40	n.s.
	2.0	573	464.76	
III7 加算取得の意識	1.0	363	444.92	p<0.05
	2.0	572	482.65	
III8 超過勤務時間の意識	1.0	363	453.15	n.s.
	2.0	573	478.22	

マンホイットニーのU検定 \* p<0.05、\*\* p<0.01

表3 設置主体別の病床機能の内訳

勤務病床の機能	民間病院	公的病院
1. 急性期病床	188人(51.8%)	472人(82.4%)
2. 回復期病床	18人(4.9%)	16人(2.8%)
3. 療養病床	85人(23.4%)	25人(4.3%)
4. 精神病床	59人(16.3%)	19人(3.3%)
5. その他	13人(3.6%)	41人(7.2%)
合計	363人(100%)	573人(100%)



期病床が5割であり、療養病床と精神病床の所属が2割前後を占めていた。

公的病院の573人の病床機能は、急性期病床が472人（82.4%）、回復期病床が16人（2.8%）、療養病床が25人（4.3%）、精神病床が19人（3.3%）で、8割の看護師長が、急性期病床に所属していた。

3) 設置主体別の「加算取得の意識」に影響する看護が関連する要因（表4）

重回帰分析を行った結果、民間病院では『看護加算の確認』の管理行動は $\beta = 0.254$ の強さで「加算取得の意識」に影響を与えていたが、公的病院では、『看護加算の確認』が $\beta = 0.354$ と民間よりも影響力が強かった。『収益の説明』の管理行動では、民間病院が $\beta = 0.280$ （公的は $\beta = 0.226$ ）と公的よりも影響力が強かった。

## 2. 病床機能の違いによる看護師長の経営意識

急性期病床（1.0）、回復期病床（2.0）、療養病床（3.0）、精神病床（4.0）で、クラスカルウォリスH検定を行い、有意差がみられた経営意識は「病床稼働率の意識」「平均在院日数

短縮の意識」「在宅復帰率の意識」と「加算取得の意識」であった。ボンフェローニの多重比較を行い、「病床稼働率の意識」は急性期病床が療養病床や精神病床に比べて意識が高かった。「平均在院日数短縮の意識」は、急性期病床と回復期病床が療養病床に比べて意識が高かった。「在宅復帰率の意識」は、急性期病床と回復期病床が療養病床と精神病床に比べて意識が高かった。「加算取得の意識」は多重比較では有意差が見られなかった。（表5）

## 3. 「平均在院日数短縮の意識」に影響する病床機能と病床規模の影響確率（表6）

設置主体で違いがみられた「平均在院日数短縮の意識」に関して、病床機能、病床規模の影響について、多項ロジスティック回帰分析を行った。従属変数を「病床機能」、因子を「病床規模と設置主体」、共変量を「平均在院日数短縮の意識」を入力し分析した。参照カテゴリを療養病床（3.0）に決めて、療養病床とほかの機能を比べた結果、急性期病床（1.0）はオッズ比が3.365である。回復期病床（2.0）はオッズ比が2.363で、精神病床（4.0）

表4-1) 民間病院の「加算取得の意識」に影響する看護管理行動

モデル		非標準化係数		標準化係数	t 値	有意水準
		B	標準誤差	ベータ		
1	(定数)	. 645	. 047		13. 802	** p < 0.01
	@5 2 9) 収益の説明	. 306	. 037	. 402	8. 331	** p < 0.01
2	(定数)	. 574	. 048		12. 022	** p < 0.01
	@5 2 9) 収益の説明	. 214	. 041	. 280	5. 258	** p < 0.01
	@5 2 6) 看護加算の確認	. 225	. 047	. 254	4. 768	** p < 0.01
a. 重回帰分析 従属変数 III 7 加算取得の意識 b. 設置主体 = 1. 0 (民間病院) に対するケースだけを選択						

表4-2) 公的病院の「加算取得の意識」に影響する看護管理行動

モデル		非標準化係数		標準化係数	t 値	有意水準
		B	標準誤差	ベータ		
1	(定数)	. 519	. 036		14. 445	** p < 0.01
	@5 2 6) 看護加算の確認	. 403	. 035	. 436	11. 552	** p < 0.01
2	(定数)	. 533	. 035		15. 207	** p < 0.01
	@5 2 6) 看護加算の確認	. 327	. 036	. 354	8. 987	** p < 0.01
	@5 2 9) 収益の説明	. 170	. 030	. 226	5. 733	** p < 0.01
a. 重回帰分析 従属変数 III 7 加算取得の意識 b. 設置主体 = 2. 0 (公的病院) に対するケースだけを選択。						

表5 病床機能の違いによる看護師長の経営意識

経営意識	病床機能	度数	平均ランク	有意水準
Ⅲ1 病床稼働率の意識	1.0(急性期)	661	458.95	* * p<0.01
	2.0(回復期)	35	442.81	
	3.0(療養)	110	389.03	
	4.0(精神)	78	378.38	
Ⅲ2 平均在院日数短縮の意識	1.0	662	492.99	** ** P<0.01
	2.0	34	424.32	
	3.0	110	230.86	
	4.0	78	320.38	
Ⅲ3 在宅復帰率の意識	1.0	662	458.36	** ** * p<0.01
	2.0	35	562.13	
	3.0	110	362.39	
	4.0	78	372.84	
Ⅲ4 診療単価の意識	1.0	662	440.64	n.s.
	2.0	35	495.83	
	3.0	110	438.45	
	4.0	78	445.77	
Ⅲ5 人件費率の意識	1.0	662	443.35	n.s.
	2.0	35	420.73	
	3.0	109	438.92	
	4.0	78	450.07	
Ⅲ6 材料費率の意識	1.0	662	442.35	n.s.
	2.0	35	493.84	
	3.0	110	452.15	
	4.0	78	412.78	
Ⅲ7 加算取得の意識	1.0	661	454.64	p<0.01
	2.0	35	493.53	
	3.0	110	386.82	
	4.0	78	395.27	
Ⅲ8 超過勤務時間の意識	1.0	662	451.92	n.s.
	2.0	35	411.34	
	3.0	110	422.93	
	4.0	78	409.78	

クラスカルウォリスH検定、ボンフェローニの多重比較 \* p<0.05、\*\* p<0.01

は、オッズ比が1.357であった。病床規模の影響は、病床機能が違っていても影響はなかった。

#### 4. 「加算取得の意識」に影響する病床機能と病床規模の影響確率(表7)

加算取得の意識に関して、病床機能、病床規模の影響について、多項ロジスティック回帰分析を行った。従属変数を「病床機能」、因子を「病床規模と設置主体」、共変量を「加算取得の意識」を入力し分析した。参照カテゴリを療養病床(3.0)に決めて、療養病床とほかの機能を比べた結果、急性期病床(1.0)と精神病床(4.0)はオッズ比が有意ではなかった。回復期病床(2.0)は療養病床よりもオッズ比が1.693倍であった。病床規模の影響は受けていない。

#### 5. 病床規模の違いによる看護師長の経営意識

300床以上499床規模(1.0)、500床以上699床規模(2.0)、700床以上(3.0)で、クラスカルウォリスH検定とボンフェローニの多重比較を行い、「病床稼働率の意識」「平均在院日数短縮の意識」「診療単価の意識」「材料費率の意識」「加算取得の意識」「超過勤務時間の意識」の6項目は、700床以上の規模が500床未満の規模と比べて、経営意識が有意に高かった。

300床以上499床規模(急性期病床62.3%、急性期以外の病床37.7%)と500床以上699床規模(急性期病床77.1%、急性期以外の病床22.9%)の間で有意差があったのは、「平均在院日数短縮の意識」だけであった。

「在宅復帰率の意識」と「人件費率の意識」は、病床規模に影響しなかった。(表8)

表6 「平均在院日数短縮の意識」に影響する病床機能と病床規模の影響確率

病床機能 <sup>a</sup>	B	標準誤差	Wald	自由度	有意確率	Exp(B)	Exp(B)の95%信頼区間	
							下限	上限
1.0 急性期 病床	切片	2.007	.339	35.093	1	.000		
	Ⅲ2平均在院日数短縮の意識	1.213	.131	85.790	1	.000	3.365	2.603 4.350
	[病床規模=1.0]300-499床	-.314	.329	.914	1	.339	.730	.383 1.391
	[病床規模=2.0]500-699床	.209	.370	.318	1	.573	1.232	.596 2.545
	[病床規模=3.0]700床以上	0 <sup>b</sup>	.	.	0	.	.	.
	[設置主体=1.0]民間	-1.844	.264	48.777	1	.000	.158	.094 .265
	[設置主体=2.0]公的	0 <sup>b</sup>	.	.	0	.	.	.
2.0 回復期 病床	切片	-1.855	.722	6.608	1	.010		
	Ⅲ2平均在院日数短縮の意識	.860	.237	13.168	1	.000	2.363	1.485 3.761
	[病床規模=1.0]	.815	.693	1.383	1	.240	2.258	.581 8.776
	[病床規模=2.0]	1.004	.736	1.859	1	.173	2.728	.645 11.546
	[病床規模=3.0]	0 <sup>b</sup>	.	.	0	.	.	.
	[設置主体=1.0]	-.861	.433	3.958	1	.047	.423	.181 .987
	[設置主体=2.0]	0 <sup>b</sup>	.	.	0	.	.	.
4.0 精神 病床	切片	-.483	.457	1.116	1	.291		
	Ⅲ2平均在院日数短縮の意識	.305	.147	4.315	1	.038	1.357	1.017 1.809
	[病床規模=1.0]	-.256	.427	.359	1	.549	.774	.335 1.789
	[病床規模=2.0]	.435	.468	.864	1	.353	1.545	.617 3.867
	[病床規模=3.0]	0 <sup>b</sup>	.	.	0	.	.	.
	[設置主体=1.0]	.108	.359	.091	1	.763	1.114	.552 2.251
	[設置主体=2.0]	0 <sup>b</sup>	.	.	0	.	.	.

a. 参照カテゴリは3.0(療養病床)です。多項ロジスティック回帰分析 従属変数を「病床機能」、因子を「病床規模と設置主体」、共変量を「平均在院日数短縮の意識」モデル適合情報の尤度比検定p<0.01

表7 「加算取得の意識」に影響する病床機能と病床規模の影響確率

病床機能 <sup>a</sup>	B	標準誤差	Wald	自由度	有意確率	Exp(B)	Exp(B)の95%信頼区間	
							下限	上限
急性期 病床	切片	3.017	.323	87.203	1	.000		
	Ⅲ7加算取得の意識	.216	.118	3.375	1	.066	1.241	.986 1.563
	[病床規模=1.0]300-499床	-.602	.305	3.901	1	.048	.548	.301 .995
	[病床規模=2.0]500-699床	.114	.351	.105	1	.746	1.120	.564 2.227
	[病床規模=3.0]700床以上	0 <sup>b</sup>	.	.	0	.	.	.
	[設置主体=1.0]民間	-2.005	.247	65.942	1	.000	.135	.083 .219
	[設置主体=2.0]公的	0 <sup>b</sup>	.	.	0	.	.	.
回復期 病床	切片	-1.529	.708	4.666	1	.031		
	Ⅲ7加算取得の意識	.527	.236	4.969	1	.026	1.693	1.066 2.691
	[病床規模=1.0]	.717	.682	1.104	1	.293	2.048	.538 7.802
	[病床規模=2.0]	.985	.730	1.821	1	.177	2.677	.640 11.189
	[病床規模=3.0]	0 <sup>b</sup>	.	.	0	.	.	.
	[設置主体=1.0]	-1.050	.420	6.254	1	.012	.350	.154 .797
	[設置主体=2.0]	0 <sup>b</sup>	.	.	0	.	.	.
精神 病床	切片	-.303	.460	.434	1	.510		
	Ⅲ7加算取得の意識	.026	.156	.029	1	.866	1.027	.756 1.394
	[病床規模=1.0]	-.339	.423	.645	1	.422	.712	.311 1.631
	[病床規模=2.0]	.431	.465	.860	1	.354	1.540	.618 3.833
	[病床規模=3.0]	0 <sup>b</sup>	.	.	0	.	.	.
	[設置主体=1.0]	.026	.353	.005	1	.941	1.026	.513 2.052
[設置主体=2.0]	0 <sup>b</sup>	.	.	0	.	.	.	

a. 参照カテゴリは3.0(療養病床)多項ロジスティック回帰分析 従属変数を「病床機能」、因子を「病床規模と設置主体」、共変量を「加算取得の意識」モデル適合情報の尤度比検定p<0.01

表8-1) 病床規模の違いによる看護師長の経営意識

経営意識	病床規模	度数	平均ランク	有意水準
Ⅲ1病床稼働率の意識	1.0	408	446.13	* P<0.05
	2.0	328	475.60	
	3.0	201	504.66	
Ⅲ2平均在院日数短縮の意識	1.0	408	430.73	]** P<0.01
	2.0	328	484.04	
	3.0	201	522.16	
Ⅲ3在宅復帰率の意識	1.0	409	457.58	n.s.
	2.0	328	466.49	
	3.0	201	498.67	
Ⅲ4診療単価の意識	1.0	409	449.71	* P<0.05
	2.0	328	466.48	
	3.0	201	514.70	
Ⅲ5人件費率の意識	1.0	409	455.16	n.s.
	2.0	328	463.08	
	3.0	200	507.01	
Ⅲ6材料費率の意識	1.0	409	454.62	]** P<0.01
	2.0	328	457.56	
	3.0	201	519.26	
Ⅲ7加算取得の意識	1.0	409	441.31	* P<0.01
	2.0	327	482.38	
	3.0	201	503.57	
Ⅲ8超過勤務時間の意識	1.0	409	448.67	]** P<0.05
	2.0	328	469.51	
	3.0	201	511.87	

クラスカルウォリスH検定、ボンフェローニの多重比較 \* p < 0.05、\*\* p < 0.01

表8-2) 病床規模と病床機能のクロス集計

病床規模 \ 病床機能	1.0	2.0	3.0	4.0	5.0	合計
	急性期	回復期	療養	精神	その他	
1.0 (300-499床)	256	20	70	38	25	409
	62.3%	37.7%				100%
2.0 (500-699床)	253	11	23	27	14	328
	77.1%	22.9%				100%
3.0 (700床以上)	152	4	17	13	15	201
	75.6%	24.4%				100%
合計	661	35	110	78	54	938

6. 所属施設の形態の違いによる経営実態

1) 設置主体の違いによる経営実態 (表9)

看護師長939名の経営実態の認識に関して、マンホイットニーのU検定を行い、設置主体によって認識に差があるかどうかを分析した。その結果、公的病院は「入院診療報酬が増える」「差額室料が増える」が有意に高く、民間病院は「超過勤務時間数が減少」「材料費率は妥当」が有意に高かった。さらに急性期病床のみで勤務する660

名の看護師長に限定し、経営実態の認識を比較したところ、設置主体による収入を増やす経営実態を表す「入院診療報酬が増える」「差額室料が増える」に有意差はみられなかった。支出で有意差があったのは「材料費率は妥当」の1項目で民間病院が高かった。

2) 病床機能の違いによる経営実態 (表10)

クラスカルウォリスH検定とボンフェローニの多重比較を行った結果、経営実態



表9-1) 設置主体の違いによる経営実態（看護師長939名全体）

経営実態	設置主体	度数	平均ランク	有意確率
IV 1 入院診療報酬が増える	1. 0民間	363	417. 53	** p < 0.01
	2. 0公的	573	500. 79	
IV 2 差額室料が増える	1. 0	363	414. 30	** p < 0.01
	2. 0	567	498. 28	
IV 3 人件費は妥当	1. 0	363	458. 12	n. s.
	2. 0	572	474. 27	
IV 4 超過勤務時間数が減少	1. 0	363	495. 57	* p < 0.05
	2. 0	573	451. 35	
IV 5 材料費率は妥当	1. 0	363	505. 21	** p < 0.01
	2. 0	572	444. 38	

マンホイットニーのU検定 \* p < 0.05、\*\* p < 0.01

表9-2) 設置主体の違いによる経営実態（急性期病床で働く看護師長660名）

急性期だけ660名の比較	設置主体	度数	平均ランク	有意確率
IV 1 入院診療報酬が増える	1. 0民間	188	315. 75	n. s.
	2. 0公的	472	336. 38	
IV 2 差額室料が増える	1. 0	188	322. 66	n. s.
	2. 0	468	330. 85	
IV 3 人件費は妥当	1. 0	188	332. 53	n. s.
	2. 0	471	328. 99	
IV 4 超過勤務時間数が減少	1. 0	188	338. 54	n. s.
	2. 0	472	327. 30	
IV 5 材料費率は妥当	1. 0	188	354. 15	* p < 0.05
	2. 0	471	320. 36	

マンホイットニーのU検定 \* p < 0.05

表10 病床機能の違いによる経営実態

	病床機能	度数	平均ランク	有意確率
IV 1 入院診療報酬が増える	1. 0 (急性)	660	450. 59	** ** p < 0.01
	2. 0 (回復)	35	486. 97	
	3. 0 (療養)	110	440. 56	
	4. 0 (精神)	78	351. 19	
IV 2 差額室料が増える	1. 0	658	481. 44	** ** p < 0.01
	2. 0	35	406. 26	
	3. 0	110	310. 39	
	4. 0	76	284. 33	
IV 3 人件費は妥当	1. 0	661	455. 59	p < 0.05
	2. 0	35	448. 13	
	3. 0	110	403. 78	
	4. 0	78	383. 68	
IV 4 超過勤務時間数が減少	1. 0	662	419. 66	** ** p < 0.01
	2. 0	35	446. 46	
	3. 0	110	527. 04	
	4. 0	78	520. 99	
IV 5 材料費率は妥当	1. 0	661	426. 39	** ** p < 0.01
	2. 0	35	488. 30	
	3. 0	110	507. 10	
	4. 0	78	467. 37	

クラスカルウォリスH検定とボンフェローニの多重比較 \* p < 0.05、\*\* p < 0.01

の認識は、病床機能の違いによって、全ての項目で有意差がみられた。「入院診療報酬が増える」「差額室料が増える」は、急性期病床が療養病床と精神病床に比べて有意に高い。それに対し、急性期病床が有意に低かった経営実態は、「超過勤務時間数が減少」「材料費率は妥当」であった。

7. 看護が関連する要因38項目が設置主体に及ぼす影響の度合い (表11)

従属変数を設置主体、独立変数を看護が関連する要因38項目とし、2項ロジスティック回帰分析 (変数増加法 (尤度比)) を行った。

看護師長の看護が関連する要因が設置主体に及ぼす影響を比較した結果、38項目中10項目 (26.3%) において公的病院が民間病院よりも有意に高かった。影響の度合いは、オッズ比が1.0を超えた項目は、CNSや認定を育成 (オッズ比1.421)、退院調整のシステム化 (オッズ比1.700)、栄養管理体制 (オッズ比1.322)、緊急入院受け入れ (オッズ比1.249)、スタッフ全員数値目標 (オッズ比1.552) だった。公的病院は民間病院よりも、CNSや認定を育成している確率が高く、退院調整や栄養管理、緊急入院受け入れなどのシステムを整

える管理行動をとっている確率が高いと考えられる。さらに目指す数値目標を決め、方向性を打ち出しているのも公的病院が高かった。

それに対し、退職対策 (オッズ比0.748)、医薬品適正管理 (オッズ比0.818)、病院と訪問看護の連携 (オッズ比0.755)、多職種協働 (オッズ比0.636)、退院患者数を増やす (オッズ比0.806) はオッズ比が1.0未満であった。つまり民間病院の方が退職対策に力を入れている確率が高く、連携や協働など人的資源管理に関する影響が強い。また物品管理の行動も適切に行っていることや退院患者数が増えている確率は民間が高かった。

8. 看護が関連する要因38項目が病床機能に及ぼす影響の度合い (表12)

従属変数を病床機能、独立変数を看護が関連する要因38項目とし、参照カテゴリを急性期病床 (1.0) に決め、多項ロジスティック回帰分析 (変数増加法 (尤度比)) を行った。

急性期病床と回復期病床間で、看護師長の看護管理行動の影響力を比較した結果、有意な項目は10項目であった。オッズ比が1.0を超えて、回復期病床で影響の程度が強い項目は、「患者家族行動変容サービス」「退院支援」

表11 看護が関連する要因38項目が設置主体に及ぼす影響の度合い

	B	有意 確率	Exp (B)	EXP (B) の 95% 信頼 区間		
				下限	上限	
ス テ ッ プ 10 <sup>j</sup>	@1 3) CNSや認定を育成	. 352	. 000	1. 421	1. 230	1. 643
	@1 6) 退職対策	-. 291	. 004	. 748	. 613	. 912
	@2 1 0) 医薬品適正管理	-. 201	. 044	. 818	. 673	. 995
	@4 1 4) 病院と訪問看護の連携	-. 281	. 001	. 755	. 640	. 891
	@4 1 5) 多職種協働	-. 453	. 001	. 636	. 492	. 822
	@4 1 6) 退院調整のシステム化	. 531	. 000	1. 700	1. 385	2. 087
	@4 2 1) 栄養管理体制	. 279	. 015	1. 322	1. 055	1. 657
	@6 3 0) 緊急入院受け入れ	. 222	. 005	1. 249	1. 071	1. 455
	@6 3 5) 退院患者数を増やす	-. 215	. 039	. 806	. 657	. 989
	@7 3 7) スタッフ全員での数値目標	. 440	. 000	1. 552	1. 312	1. 837
定数	. 184	. 329	1. 201			

2 項ロジスティック回帰分析 (変数増加法 (尤度比)、従属変数内部値=民間病院 0、公的病院 1) モデル X<sup>2</sup> 検定 p < 0. 01 Homser-Lemeshow 検定 p = 0. 543 判別の中率 69. 5%

表12 看護が関連する要因38項目が病床機能に及ぼす影響の度合い

病床機能 <sup>a</sup>		B	標準 誤差	Wald	自 由 度	有 意 確 率	Exp(B)	Exp(B) の 95% 信頼区間	
								下限	上限
2.0 回復期 病床	切片	-2. 229	. 674	10. 942	1	. 001			
	@15) 院外研修で育成	-. 808	. 270	8. 962	1	. 003	. 446	. 263	. 756
	@311) 患者家族行動変容サービス	. 803	. 370	4. 708	1	. 030	2. 232	1. 081	4. 609
	@312) 在宅復帰促進の役割	-. 799	. 374	4. 565	1	. 033	. 450	. 216	. 936
	@313) 退院支援	. 865	. 427	4. 112	1	. 043	2. 375	1. 029	5. 479
	@417) 入院診療計画書の説明	. 772	. 374	4. 257	1	. 039	2. 163	1. 039	4. 503
	@419) 医療安全管理体制	-1. 882	. 735	6. 556	1	. 010	. 152	. 036	. 643
	@420) 褥瘡対策	1. 803	. 616	8. 560	1	. 003	6. 070	1. 814	20. 317
	@522) 診療報酬のしくみの理解	-. 744	. 357	4. 346	1	. 037	. 475	. 236	. 956
	@529) 収益の説明	. 545	. 236	5. 324	1	. 021	1. 725	1. 086	2. 741
@630) 緊急入院受け入れ	-1. 146	. 219	27. 362	1	. 000	. 318	. 207	. 488	
3.0 療養病 床	切片	-1. 862	. 479	15. 108	1	. 000			
	@13) CNSや認定を育成	-. 640	. 158	16. 522	1	. 000	. 527	. 387	. 718
	@28) 機器のメンテナンス工夫	. 425	. 214	3. 932	1	. 047	1. 529	1. 005	2. 327
	@312) 在宅復帰促進の役割	-. 653	. 236	7. 621	1	. 006	. 521	. 327	. 828
	@414) 病院と訪問看護の連携	. 322	. 164	3. 835	1	. 050	1. 379	1. 000	1. 904
	@415) 多職種協働	. 784	. 265	8. 764	1	. 003	2. 190	1. 303	3. 680
	@416) 退院調整のシステム化	-. 567	. 191	8. 824	1	. 003	. 567	. 390	. 825
	@522) 診療報酬のしくみの理解	-. 469	. 225	4. 341	1	. 037	. 626	. 402	. 973
	@525) 看護必要度の見直し	-. 844	. 163	26. 732	1	. 000	. 430	. 312	. 592
	@630) 緊急入院受け入れ	-1. 058	. 149	50. 647	1	. 000	. 347	. 259	. 464
@632) 地域包括ケアの理解	. 427	. 203	4. 436	1	. 035	1. 533	1. 030	2. 282	
4.0 精神病 床	切片	-2. 108	. 495	18. 099	1	. 000			
	@13) CNSや認定を育成	-. 652	. 169	14. 807	1	. 000	. 521	. 374	. 726
	@17) 勤務時間内の仕事管理	. 727	. 218	11. 079	1	. 001	2. 069	1. 348	3. 174
	@312) 在宅復帰促進の役割	-. 596	. 258	5. 347	1	. 021	. 551	. 333	. 913
	@414) 病院と訪問看護の連携	. 516	. 186	7. 724	1	. 005	1. 675	1. 164	2. 410
	@415) 多職種協働	. 695	. 289	5. 799	1	. 016	2. 005	1. 138	3. 531
	@416) 退院調整のシステム化	-. 484	. 219	4. 875	1	. 027	. 616	. 401	. 947
	@525) 看護必要度の見直し	-. 837	. 183	20. 940	1	. 000	. 433	. 303	. 620
	@527) 貸借対照法の活用	-. 671	. 315	4. 545	1	. 033	. 511	. 276	. 947
	@528) 損益計算書の活用	. 906	. 314	8. 302	1	. 004	2. 474	1. 336	4. 582
@630) 緊急入院受け入れ	-. 716	. 161	19. 823	1	. 000	. 488	. 356	. 670	
@631) 新入院患者数増加	-. 510	. 191	7. 088	1	. 008	. 601	. 413	. 874	

a. 参照カテゴリは 1. 0(急性期病床) 多項ロジスティック回帰分析(変数増加法(尤度比))

「入院診療計画書の説明」「褥瘡対策」「収益の説明」の5項目である。オッズ比が1.0未満で、急性期病床で影響の程度が強い項目は、「院外研修で育成」「在宅復帰促進の役割」「医療安全管理体制」「診療報酬のしくみの理解」「緊急入院受け入れ」の5項目であった。

急性期病床と療養病床間で、看護師長の看護管理行動の影響力を比較した結果、有意な項目は10項目であった。オッズ比が1.0を超えて、療養病床で影響の程度が強いのは、「多職種協働」「地域包括ケアの理解」である。オッズ比が1.0未満で、急性期病床で影響の程

度が強いのは、「CNSや認定を育成」「在宅復帰促進の役割」「退院調整のシステム化」「診療報酬のしくみの理解」「看護必要度の見直し」「緊急入院受け入れ」の6項目であった。

急性期病床と精神病床間で、看護師長の看護管理行動の影響力を比較した結果、11項目が有意であった。オッズ比が1.0を超えて、精神病床で影響の程度が強いのは、「勤務時間内の仕事管理」「病院と訪問看護の連携」「多職種協働」「損益計算書の活用」の項目である。オッズ比が1.0未満で、急性期病床で影響の程度が強いのは、「CNSや認定を育成」「在

「在宅復帰促進の役割」「退院調整のシステム化」「看護必要度の見直し」「緊急入院受け入れ」「新入院患者数増加」などの項目であった。

## 【考 察】

### 1. 所属施設の形態の違いによる看護師長の経営意識

#### 1) 設置主体の違い

公的病院が民間病院より平均在院日数短縮や加算取得の意識(表2)が高くなった原因は、急性期病床の占める割合の違い(表3)であった。公的病院の急性期病床を占める割合が8割に対して民間病院は5割であったため、その違いが影響した。つまり「平均在院日数短縮の意識」が最も強く影響する属性は設置主体ではなく、他の形態が考えられた。

「加算取得の意識」については重回帰分析の結果(表4)から、公的病院の看護師長の特徴は「収益の説明」よりも「看護加算の確認」を重視して加算漏れがない管理行動を大事にしていたのに対し、民間病院では「看護加算の確認」より「収益の説明」を重視して、全体と部分のバランスをとりながら、スタッフを動かす管理行動を重視されていると考えられた。

#### 2) 病床機能の違い

入退院の回転率が速くローテーションの短い急性期病床では、①病床稼働率、②平均在院日数、③在宅復帰率を常日頃意識して経営指標として活用しているため、意識が高いと考えられる(表5)。回復期病床に関しても有意差がみられないことから、急性期同様に3つのデータを経営指標にしていると考えられる。しかし療養病床と精神病床は、入院患者層が慢性期の状態であるため、病床稼働率や在院日数の変化も緩やかで、退院に関しても急性期や回復期と

は診療報酬の条件が異なる。特に療養病床は、急性期病床や回復期病床、さらに精神病床の後方支援としても、在宅復帰が難しい患者を引き受けるという特性から入院期間も長く、平均在院日数短縮の意識は、オッズ比(表6)を比べても他の病床機能よりも低い。精神病床においても社会的入院を減らし、精神疾患患者の自立支援など社会復帰が促進され、経営も問われる時代である。現在の日本の精神保健福祉の状況は「病院」から「施設」そして「地域社会」へとシフトしつつある<sup>7)</sup>。しかし現在まで病院における退院に向けた治療的取り組みとリハビリテーションの働きかけが不十分であること、在宅ケア体制や家族に代わるソーシャルサポートシステムの整備が進まないこと、精神障害者に対する社会の偏見と無理解といった様々な問題が続いている。療養病床や精神病床では、急性期や回復期病床で働く看護師長とは異なる経営環境で現場の判断や意思決定を行いながら経営意識を培っていると考えられる。

#### 3) 病床規模の違い

700床以上の大規模病院の看護師長が8項目中6項目(表8)で経営意識が高かったのは、超急性期状態で病状変化の激しい入院患者の管理を行っているため、患者層に応じて重症度や緊急度に関連して超過勤務、加算の取得、材料費の支出も影響を受けていると考えられ、そのため病床稼働率と平均在院日数だけを経営指標として意識していても不十分であり、病棟管理を行う上では、多面的な経営意識として6項目で違いがみられたと考えられる。

「人件費率の意識」に関しては、病床機能(表5)や病床規模(表8-1)でも有意差がみられなかったのは、看護師長は看護師の人件費に関して、ジレンマを抱えているのではないかと考える。つまり病院とし



ては人件費の支出を抑えたい方針だが、病棟管理上医療サービスの質の担保やスタッフの超過勤務や離職予防のためには、看護師数の確保も必要であり、属性に関係なく看護師長の人事管理は解決が難しい認識と考えられる。佐藤<sup>5)</sup>は、病院経営と病棟管理の間にジレンマが潜む状況で、「病院全体という『全体最適』の視点から、病棟経営に望んでいくことを期待しています」と述べていた。人件費に関しては看護師数を減らして、コスト削減によって経営をよくすることを選ぶのか、必要な人員は投入して人件費以上に収入を増やす戦略で全体最適を目指すのか、看護師長が自部署をどのように環境分析して看護管理の工夫を実行できるかにかかっている。

## 2. 所属施設の形態の違いによる経営実態

急性期病床の割合が8割を占めた公的病院は、支出を減らすよりも収入を増やすことに重きを置いて病院経営の実態（表9-1）を捉えていた。そこで急性期病床のみを取り出して設置主体を比較（表9-2）したところ、「入院診療報酬が増える」「差額室料が増える」に有意差はみられなかった。支出に関しては有意差があったのは「材料費率は妥当」のみで民間病院が高かったため、民間病院は材料費の支出を減らす努力をしていることが、経営実態から読み取れた。

病床機能（表10）では、診療報酬による入院基本料が在院日数の規定によって定められており、「入院診療報酬が増える」経営実態が有意に高い急性期病床は、療養病床や精神病床に比べ、入院から退院までの患者管理をかなり短期滞在で行う必要がある。医療ニーズと看護必要度の高い患者を抱え、100%の稼働率と短期滞在で退院できるような医療サービス提供のためには看護師の看護実践能力の高さや看護介入の質が、入院診療報酬を左右

する考えのもと、人材育成にかける時間と限られた教育資金の中で看護管理が行われているのではないかと考える。

療養病床や精神病床の経営実態（表10）で有意に高かったのは、「超過勤務時間数が減少」であった。慢性疾患患者を抱える病床の特徴は、合併症の予防や病状が悪化しない看護や現状を維持する看護、看取りの看護が求められる。入院診療報酬増収に関しては医師の診療実績と、ベッドは後方支援病院として予約入院で埋められ稼働率が確保される。在院日数も在宅復帰率も緩やかであるため、看護師の援助と経営との関連は、急性期病床とは異なると考えられる。つまり超過勤務時間数のコスト削減で経営に寄与する文化が経営意識として醸成されている。

## 3. 看護が関連する要因が所属施設の形態に及ぼす影響

設置主体に及ぼす影響の度合い（表11）からは、公的病院では看護の質を高める専門看護師の育成や加算がとれる認定看護師の活躍が経営に有利な考えからか、人材育成の幅も広く前向きである。民間では診療報酬上の必要不可欠な人材育成にとどまり、優先されるのは離職予防のための退職対策など看護師確保のコスト投入をせざるをえない施設の状況がうかがえる。また労力の注ぎ方の違いから、公的病院はシステムを整えることで看護管理を行う傾向がみられるが、民間病院は他部門との連携や協働する中で看護管理を行う傾向がみられた。

病床機能に及ぼす影響の度合い（表12）からは、回復期で働く看護師長は、自分が個々の患者に直接支援行動を実施している傾向に対し、急性期で働く看護師長は、看護ケアや緊急入院の対応など病棟の看護師がサービスを提供しやすいように、部署の体制を整える間接的な管理行動をとっていることが考えら



れる。療養病床では、介護職員と看護師が協力して患者ケアに関わるサービスを維持しており、そのような看護師数が少ない中で、療養病床の看護師長の経営行動は、地域包括ケアに基づいた多職種協働と連携を大事にすることである。精神病床でも、同様に多職種協働と連携によって社会的入院を減らし、患者の社会復帰と自立支援を促進する経営行動によって損益計算書の活用が強化されている。

岡部ら<sup>8)</sup>は、病院経営の意識向上につながると考えていることとして「病院経営に関心を持てる環境を作る」「自分の行動と経営の関係を知り、そのつながりが実感できる」「診療報酬の情報を誰にでもわかるように伝える場を作る」「病院への愛着」を抽出していた。

部署の看護職には、病院経営に及ぼす影響を仕事の中で実感してもらえる看護師長のかかわりが問われており、新人看護師の段階から経営に影響する看護実践の現任教育を意識的に行うことは意味があると考えられる。

## 【結 論】

1. 看護師長の経営意識は、設置主体では「平均在院日数短縮の意識」と「加算取得の意識」で有意差があり、病床機能では「病床稼働率の意識」「平均在院日数短縮の意識」「在宅復帰率の意識」が急性期と回復期病床で有意に高かった。病床規模では、700床以上の規模で「病床稼働率の意識」「平均在院日数短縮の意識」「診療単価の意識」「材料費率の意識」「加算取得の意識」「超過勤務時間の意識」が有意に高かった。
2. 設置主体の影響よりも病床機能や規模の特徴によって経営意識は影響を受け、急性期病床と回復期病床では、入院診療報酬が増える経営意識と行動をとり、慢性期病床ではコストが削減される経営意識と行動を

とっていると考えられる。

3. 経営実態では、病床機能の違いにより「入院診療報酬が増える」「差額室料が増える」「人件費は妥当」「超過勤務時間数が減少」「材料費率は妥当」で有意差がみられた。そこで急性期病床で働く看護師長を対象に設置主体による違いを見たところ、「材料費率は妥当」のみで有意差がみられ、それ以外の経営実態については違いはなかった。
4. 看護師長の経営意識は、所属施設の形態や経営実態の影響を受けるため、病棟の環境分析ができることと、日常の仕事で良い取り組みになるように働きかけていくことである。

## 【謝 辞】

本研究にご協力いただきました全国の協力者の皆様、並びに協力施設の責任者の皆様にご心よりお礼申し上げます。(また本研究結果の一部を第14回高知大学看護学会で発表しました。)本研究は科学研究費の助成を受けて実施したものです。本研究において申告すべき利益相反はありません。

## 【文 献】

- 1) 蓑貴子：看護師の経営意識調査 OJT 資料による介入の教育効果. 日本医療経営学会誌. 17 (1). 83-91. 2010
- 2) 仁戸部富恵, 山口久美子, 鈴木純恵, 大竹一榮：看護師の離職意思に影響する要因の検討－職位別の仕事のとらえ方・職場環境に焦点をあてて－. 独協医科大学看護学部紀要. 1 (11). 13-26. 2017
- 3) 堀真奈美, 真野俊樹：株式会社等の病院経営参入問題－開設主体による意識の相違－. 厚生指針. 52 (4). 1-7. 2005

- 4) 帝国データバンク産業調査部：医療機関の倒産動向調査（2018）. [www.tdb.co.jp/report/watching/press/p190102.html](http://www.tdb.co.jp/report/watching/press/p190102.html). 2019. 1.9
- 5) 佐藤エキ子：「全体最適」の視点にたつて病棟経営のジレンマを解消する. *Nursing BUSINESS*. 9 (9). 8-11. 2015
- 6) 森木妙子：看護師長の経営意識と病院の経営実態との関連（第1報）. *高知大学看護学会誌*. 12 (1). 27-37. 2018
- 7) 檜葉雅人, 小島拓治, 徳田一美, 清水多津子, 志波充：X県内公立精神科病院・病棟に勤務する看護師の職務満足度調査結果の比較検討. *日本医学教育学会誌*. 25 (2). 40-46. 2016
- 8) 岡部栄美子, 丸山美幸, 前川瑞穂, 佐藤宏, 清水栄子, 小野里聡：看護師が経営意識向上につながると考えていること. *日本医療マネジメント学会雑誌*. 15巻Suppl. 319. 2014
- 9) 川内恵美子, 大橋一友：二次医療圏の国立病院ではたらく助産師看護師のWork Engagement 及び職務満足度と離職意思. *日本看護管理学会誌*. 15 (1). 39-46. 2011
- 10) 高田幸千子：これからの看護管理者育成を考えるⅡ－経営的視点を育てるには－. *I R Y O*. 73 (1). 24-28. 2019
- 11) 村山亮, 小島優, 森山義康, 上野恵利子, 畠添治美, 皆越美香, 福岡竜太郎, 今福克仁, 上田智之：精神科看護師の経営意識と職務満足に関する研究. 第42回日本精神科看護学会. 68-69. 2017
- 13) 山西文子, 河村博江, 北川博一, 大鶴知之, 石尾肇：【経営感覚を看護部の組織文化にする取り組み】病院, 病棟に経営意識を根づかせる工夫 独法化後7年間の取り組みの成果から（座談会／特集）. *看護管理*. 21 (4). 320-326. 2011