

医療の質(患者満足度)改善の取り組み

～医療法人社団東光会 戸田中央総合病院の事例～

戸田中央総合病院 特任顧問 石丸 新

1972 年 東京医科大学 卒業

1995 年 東京医科大学 外科学第 2 講座主任教授

2006 年 戸田中央総合病院 副院長

2008 年 戸田中央総合病院 医療安全管理室長(統括責任者)

2016 年 戸田中央メディカルグループ 医療安全対策部会 副部長

2017 年 戸田中央総合病院 特任顧問



医療の質・安全管理室 副室長、医療の質管理者 上原 和美

2001 年 社団東光会 戸田中央総合病院 入職

2007 年 診療情報管理士取得

2015 年 日本医療機能評価機構 医療クオリティマネジャー養成
セミナー修了

2018 年 医療の質・安全管理室副室長、医療の質管理者



【病院基本情報】

住所：〒335-0023 埼玉県戸田市本町 1-19-3

病床数：517 床（小児 25 床、緩和 18 床、ICU/CCU16 床含む）

診療科：30 診療科 内科、呼吸器内科、消化器内科、循環器内科、小児科、精神科、
外科、整形外科、形成外科、脳神経外科、心臓血管外科、呼吸器外科、眼科、
耳鼻咽喉科、皮膚科、泌尿器科、放射線科、麻酔科、アレルギー科、リウマチ
科、救急科、移植外科、乳腺外科、消化器外科、腎臓内科、病理診断科、脳神経内
科、リハビリテーション科、緩和ケア内科、婦人科

外来患者数：1067.9 人/日

職員数：1105 名

1. 病院概要

当院は埼玉県南部に位置し、荒川を境として東京都に隣接する戸田市（人口 13.9 万）に設立された医療法人で、臨床研修病院、災害拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、医療機能評価機構認定病院として急性期医療を担う地域中核病院です(図 1)。



図 1 戸田中央総合病院

2019 年現在、病床数 517 床、常勤職員数は医師 124 名、看護部門 556 名、医療支援・技術部門 241 名、事務部門 164 名で、救急搬送件数は 6,808 件、入院率 37.7%、受入率 87.9%でした。

2. QI を用いた改善活動の体制

当院では、2010 年度に掲げた病院方針“医療の質確保に向けた病院体制の構築”のもと、標準医療推進委員会を立ち上げ、質指標 (QI) の収集作業を開始しました。翌年に同委員会を「QI 委員会」に改称し、日本病院会の QI プロジェクト事業に参加することで集計項目を増やし、それらの結果を院内で報告する体制を構築しました。2012 年には前年度比較による評価を行い、病院 QI としてホームページにて一般公開するとともに病院年報に掲載するなど、質改善への第一歩を踏み出しました。しかし、上記 QI プロジェクトの参加 85 施設のベンチマークにより、集計項目にある「患者満足度」が他施設に比べて極めて低いという現実を初めて知る機会ともなりました。

QI の収集活動は医療安全管理室と医療秘書課の協力により進められ、2013 年には臨床監査室を設けて集約化をはかりました。2014 年には電子カルテの稼働を契機に策定した 100 項目以上の QI を収集するシステムが出来上がりましたが、この間において外来患者満足度向上はみられませんでした。2015 年、QI の収集分析を担当してきた医師事務作業補助者 (診療情報管理士) が日本医療機能評価機構医療クオリティマネジャー養成セミナーを修了し、2016

年より日本医療機能評価機構患者満足度・職員やりがい度活用支援プログラムに参加しました。2018 年には医療安全管理室を「医療の質・安全管理室」に改組し、副室長として専従のクオリティマネジャーを置き、QI 収集と分析評価機能の充実を図りました。

医療法第 6 条に則り設置を義務付けられている医療安全管理部門の組織建ては必ずしも一定でなく、医療施設の実情に応じて様々な形式で運用されているのが現状です。一般的には議決機関である医療安全管理委員会と、施設内各部署に配置された医療安全管理者あるいは推進者 (セイフティマネジャー) を統括して実働する医療安全管理室あるいは対策室を中核として構成されています。当院では、これら組織的な指揮命令系統によるトップダウンと、院内各部署の全職員で構成される職場安全会議を通じた伝達や提案、ならびに患者相談窓口および職員の内部情報提供窓口による情報収集のボトムアップの双方向性安全管理体制による情報共有システムを構築しています。さらに医療の質管理者が、QI 項目として「転倒転落発生率」、「転倒転落患者アセスメント実施率」、「医療安全講習会参加率」、「全インシデントアクシデントレポートのうちの医師報告の割合」等の測定、あるいはカルテ監査による EVT 予防フローチャート記載率の算出などにより医療安全意識の向上や再発防止対策の実施とその効果を評価することで、医療安全管理活動をレビューする、いわゆるピアレビューの機能を持ち合わせることで総合的品質管理を目指しています。同管理室では質管理に関連する院内各種委員会 (臨床情報管理委員会、業務改善審議委員会等) への QI 分析データの提供と

改善活動の支援を主業務のひとつとして
おり医療の質向上を達成するための組織
体制を構築しています(図 2)。

なシステム構築と案内がありましたので、
医療の質向上と改善活動の良いきっかけ
になればと考え参加を決めました。

3. 患者満足度調査への参加の

動機および調査方法

(1) 日本医療機能評価機構の患者満足 度・職員やりがい度活用支援への参 加

2011 年度より、患者満足度調査は入
院・外来ともに年に 1 回、院長直轄の業
務改善審議委員会が中心に実施していま
したが、調査主体で、積極的な改善活動
は行われていませんでした。

そんな中 2016 年に日本医療機能評価
機構より患者満足度調査・職員やりがい
度活用支援(試行)の案内がありました。
データ集計・分析、他病院との比較が可能

(2) 調査方法

満足度調査は以下の方法で実施してい
ます。

・実施回数：患者満足度調査(入院・外来)
を年 1 回ずつ実施

・回答方法：アンケート用紙(QR コード
記載)を配布(高齢の患者さんが多いこと
から、PC/タブレットを使用した Web 回
答では回収率が見込めないと判断したた
め)。

・アンケート用紙の配布方法：

【外来】会計待ちの患者さん・ご家族に配
布

【入院】退院が決まった患者さん・ご家族
に病棟で配布

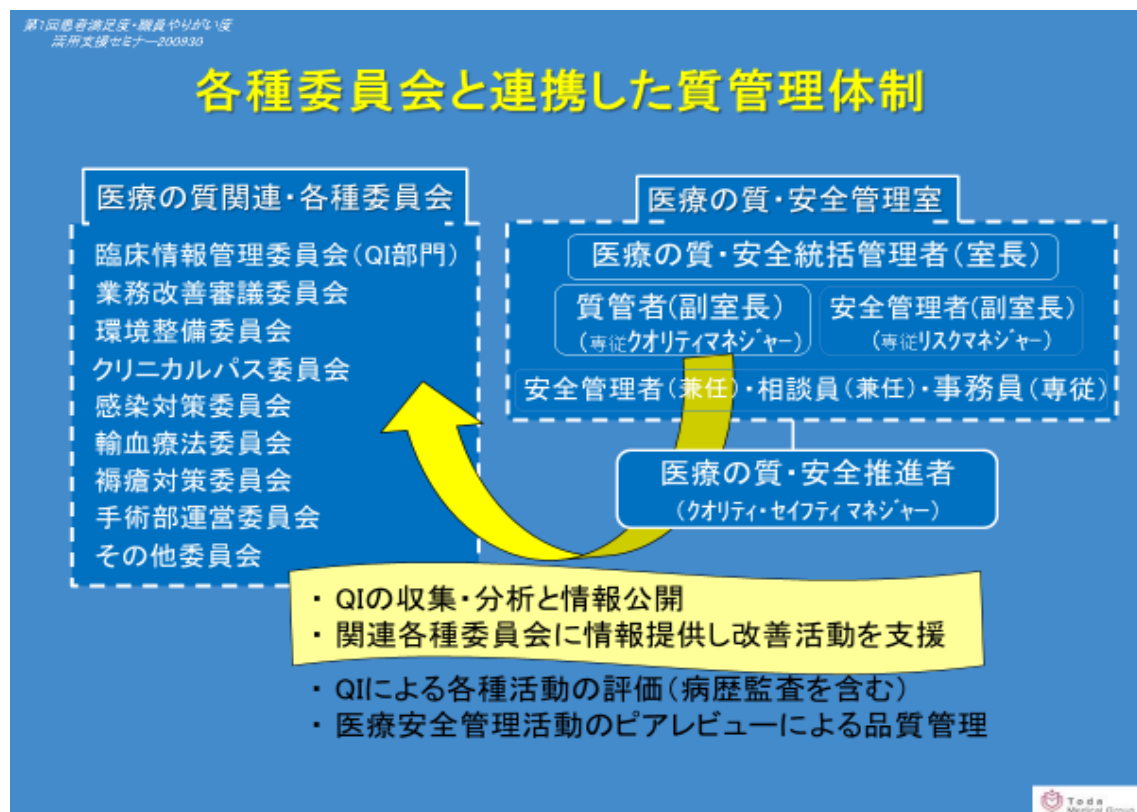


図 2 院内の質管理体制

なお、2020 年度の調査方法に関しては、コロナ感染防止を考慮し外来のみ大幅に変更しています。患者満足度調査ご協力のお願い（掲示物）に QR コード入りの院内掲示と患者様にも QR コードを配布。また院内 3 か所にコーナーを設け、紙アンケートを設置しました。

・集計方法：業務改善審議委員会メンバーと医療の質・安全管理室が CSV 一括入力を行い、調査支援システムへアップロード

4. ベンチマーク結果

2016 年度は外来患者満足度調査を実施しベンチマークに参加したところ、結果は予想以上に悪く、他施設に比べ、非常に低い項目がいくつかありました。中でも「総合評価」「プライバシー保護の対応」「診察までの待ち時間」において、他病院と比較して低い結果となりました(図 3)。



図 3 2016 年度ベンチマーク結果

ベンチマーク結果を幹部・職員に各会議等で報告し、まず「プライバシー保護の対応」について、次に「診療までの待ち時間」「医師による診察・治療内容」といった医師に関連する項目について改善していく方針となりました。プライバシー保護については病院全体の業務および全職種に関係する項目であり早急に改善が必要と考え、医師関連の項目は全体に満足度が低く、総合評価との関連性も高いと考えたためです。

5. 改善活動

(1) プライバシー保護の対応

患者満足度調査結果の自由記載欄より、プライバシーに関する内容を抽出し会議等で職員に周知しました。自由記載欄には、「人前で名前と生年月日を言わせるのはプライバシーの問題がある」「名前で呼ばれると知合いに病気のことが、知られてしまうかもしれないから番号だけにしてほしい」「他の患者さんも待っている所で、名前で呼ばれたくない」といったご意見がありました。そこで外来での患者さん確認と診察呼び入れ方法について現状調査を行い、結果を職員にフィードバックし、業務改善審議委員会で検討しました。

2018 年 6 月より、患者呼び出しは受付番号、患者確認は生年月日からお誕生日に変更しました。運用変更に伴い職員用と患者さん用のポスターを作成して職員に周知徹底と啓発を行いました。患者さんには、ポスター掲示と併せて診察番号電光掲示板のモニターにお知らせとし

て流しています(図4)。その結果、2018年度の満足度調査では満足割合(「とても満足」「やや満足」と回答した割合)が2017年度に比べ約40%上昇しました(図5)。

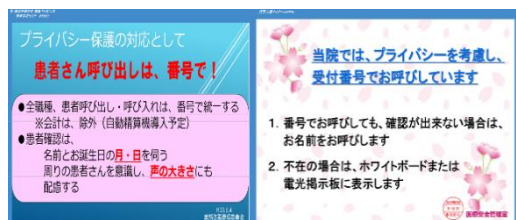


図4 ポスター・掲示板を用いたお知らせ

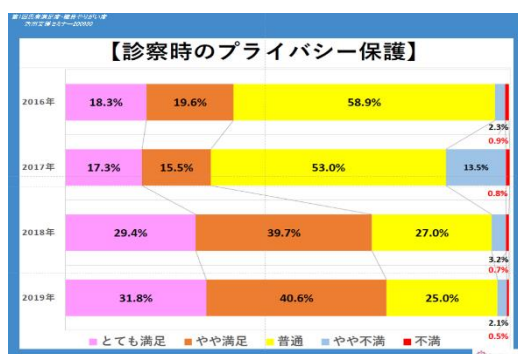


図5 外来患者満足度調査結果
(診察時のプライバシー保護)

(2) 医師関連の項目(待ち時間、診察時間、医師による診療・治療内容、医師との対話)

まず医局会(月1回開催・常勤全医師対象)にて、自由記載欄に入力された、医師に関連する患者さんのご意見を抽出し報告しました。また、感謝の言葉とご意見の一覧表を、医師関連のグラフと一緒に医局棟の掲示板に掲示しました。

さらに、医療の質・安全管理室が、指標として待ち時間分析、予約制導入のための調査・分析などを行い、各委員会・診療科などにフィードバック、形成外科一部予約制導入をしました。現在も予約制取り組み中です。改善活動の結果、満足割合は年々増加し、いずれの項目も2019年度の調査が最も良い結果となりました(図6)。

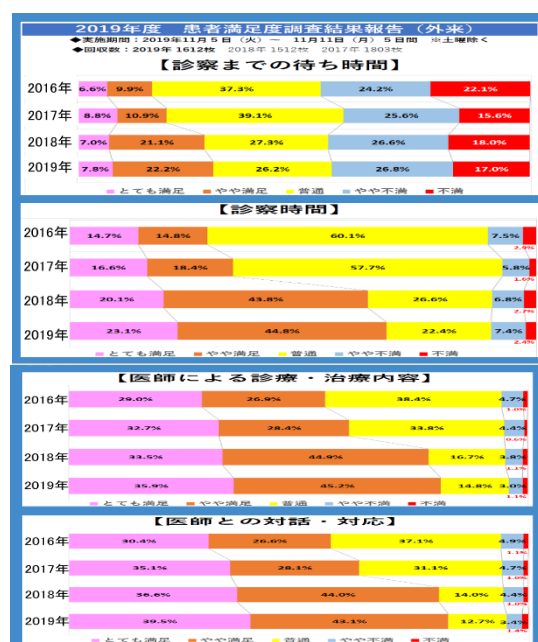


図6 満足度調査結果(医師関連の項目)

(3) その他

このほか、患者さんのご要望を元に、以下の改善を実施しました。

- ・自動精算機導入
- ・待合室新設
- ・医療機関紹介 窓口設置
- ・浴室電球交換
- ・オゾン脱臭機設置(トイレ)
- ・案内表示設置

(4) 患者さんに向けた広報活動

患者満足度調査の結果および調査を通じた改善報告に関しては、各項目の集計結果を院内に掲示しています。また、患者満足度調査を通じて変更した箇所は、写真と合わせて患者さんに報告しています(図7)。



図 7 院内掲示

また、年に 3 回発行している院内広報誌「ぷりむら」にも、当院の「愛し愛される病院」という理念のもと安全で安心な医療の提供を目的に満足度調査を通して、改善・サービスの向上に取り組んでいることをお伝えするため調査結果および改善報告を毎年掲載しています(図 8)。



図 8 院内広報誌「ぷりむら」

6. まとめ・今後の課題

本事業に参加し、他病院との共通項目でのベンチマークが可視化されたことで、当院の現状・問題が明確になり改善活動がしやすくなりました。また、幹部・職員に公表する際に、ベンチマークはとても有効であり、データを開示しながら評価と改善を繰り返す継続的な取り組みが出来ました。

その結果、2019 年度において外来患者満足度の向上がみられました。クオリティ マネージャーが提供するアンケート調査結果の分析に基づいた関連各種委員会

による改善活動の成果と考えられ、今後も医療の質・安全管理室と各種関連委員会・部署との連携を強化し、組織的な活動を推進していく計画です。

2021 年 1 月発行

「満足度・やりがい度活用支援」活用事例集 vol. 19

発行：

(公財) 日本医療機能評価機構

〒101-0061

東京都千代田区神田三崎町 1-4-17

東洋ビル

TEL : 03-5217-2320(代)

/03-5217-2326(評価事業推進部)