

## 患者満足度・職員満足度活用事例

### ～これまでの改善活動の評価及び今後の展望～

～医療法人如水会 嶋田病院の事例～

医療法人如水会 嶋田病院

総務医事課 大谷 拓也

2006年 東海大学開発工学部医用生体工学科 卒業

医療法人如水会嶋田病院 入職 臨床工学科配属

2017年 医療クオリティマネージャー養成セミナー 修了

ISO 9001:2015 審査員コース 修了

2018年 ISO 14001:2015 審査員コース 修了

2019年 医療法人如水会嶋田病院 総務医事課配属



#### 【病院基本情報】

住所： 熊本県熊本市中央区練兵町 24

病床数： 48床(地域包括30床)、透析ベッド数88床

診療科： 腎臓内科/人工透析内科/代謝内科/内科

外来患者数：平均40名/日

透析外来患者数：平均85名/日

職員数：118名(2020年1月1日時点)

### 1. 病院概要、患者満足度・職員やりがい度調査への参加動機

医療法人如水会 嶋田病院は熊本県熊本市の中央に位置し、2019年で創立45周年を迎えた。CKD(慢性腎臓病)初期から末期まで幅広い腎医療を提供し、患者一人ひとりについて細かく設定した「処方透析」と「長時間透析」を二大特長とし、多くの透析患者に良好な予後を提供し続けている。また、熊本県下唯一の痛風協力医療機関として専門性の高い痛風医療を実践し、痛風の悪化を防ぐとともに腎不全予防にも務め予後改善に貢献している。

これまで当院では「常に医療技術の研究改善を怠らず、職員の資質向上を図り、良質の医療を提供することで病める人たちの信頼に応える。強く安定した病院運営で社会の期待に応え続けることが、我々の使命である」の病院理念のもと「透析業界のモデル病院」を目指し様々な改善活動を行ってきた。活動には業務の5S活動のほか、日本医療機能評価機構、ISO9001:2015年版(以下ISO9001)による第三者評価機関の外部審査を利用している。両規格とも客観的に現場を審査し改善活動を支援するツールと言えるが、これまでの審査で院内が改善されて目指す

姿に近づいている実感がなかった。今回、これまでの活動を患者・職員がどのように感じているか測定を行い、今後の改善活動を効果的に行うために評価機構が実施する患者満足度・職員やりがい度調査への参加を決定した。



図1 嶋田病院

## 2. 当院の医療の質改善活動

### (1) 業務の5S活動

当院の目指す「モデル病院」とは、「業務の標準化・仕組み化で『いつ』『誰が』『何度やっても』同じ成果(結果)となり均一で高い水準の医療が提供でき、患者満足度・病院利益に結びつく活動が活発に実践され、効果が実感できる」病院である。

業務には、誰が行っても結果が左右されない「作業系」と、考えて新たなものを生み出す「思考系」の2つの業務があると考えており、「作業系」の業務を標準化・仕組み化することで徹底的に効率化を図り、捻出した時間を「思考系」の業務にあて患者満足度・病院利益に繋げるように日々活動している。

当院では、業務効率の向上を期待し2011年に透析支援ソフト、2012年に電子カルテを導入した。しかし、システムに依存した業務内容に加え、昔からの習慣・風土により、人員不足や残業時間延長など

の業務効率の低下を認めた。

そこで2013年より業務の5S活動で標準化・仕組み化を実施し、モデル病院に近づけるように活動を開始した。活動は理事長を中心に5Sチームを設置し各部署管理者が担当となり部署の改善を実施した。まず現状の業務をマインドマップで洗い出し、把握することから始めた。その後、洗い出した業務から患者満足度や病院利益に繋がらない、付加価値のないものを徹底的に断捨離し、業務の整理整頓を実施した。同時に、職種に関係なく誰が処理しても結果が左右されないような業務を全員が実施できるように、教育及び業務フロー、マニュアル整備を行うことで、スタッフ一人ひとりの業務内容を拡大した。最後に院内全体のタイムスケジュールを作成し、業務工程の見える化を行った。すると各部署に人手と時間がかかるボトルネックと非ボトルネックが存在し、院内全体でボトルネックが重なっている時間帯が存在することが確認できた。そこでボトルネックの時間帯が院内で重ならないように業務プロセスを再構築し、ボトルネックの時間帯に他部署から応援が取れる体制を整えた。これらの活動の結果、スタッフ一人当たりの受け持ち患者数を3~4人から7人へ増やせただけでなく、平均残業時間を一人当たり4.3時間から0.9時間に減らすことができ、業務のスリム化を実現することができた(図2)。

### (2) 第三者評価機関を利用した医療の質改善活動(病院機能評価×ISO9001)

当院では2008年より病院機能評価を継続的に受審してきた。受審を通じた改善活動として前述の業務の5S、ボトルネック対策を実施したことで業務のスリム化の実現することができたが、結果まで

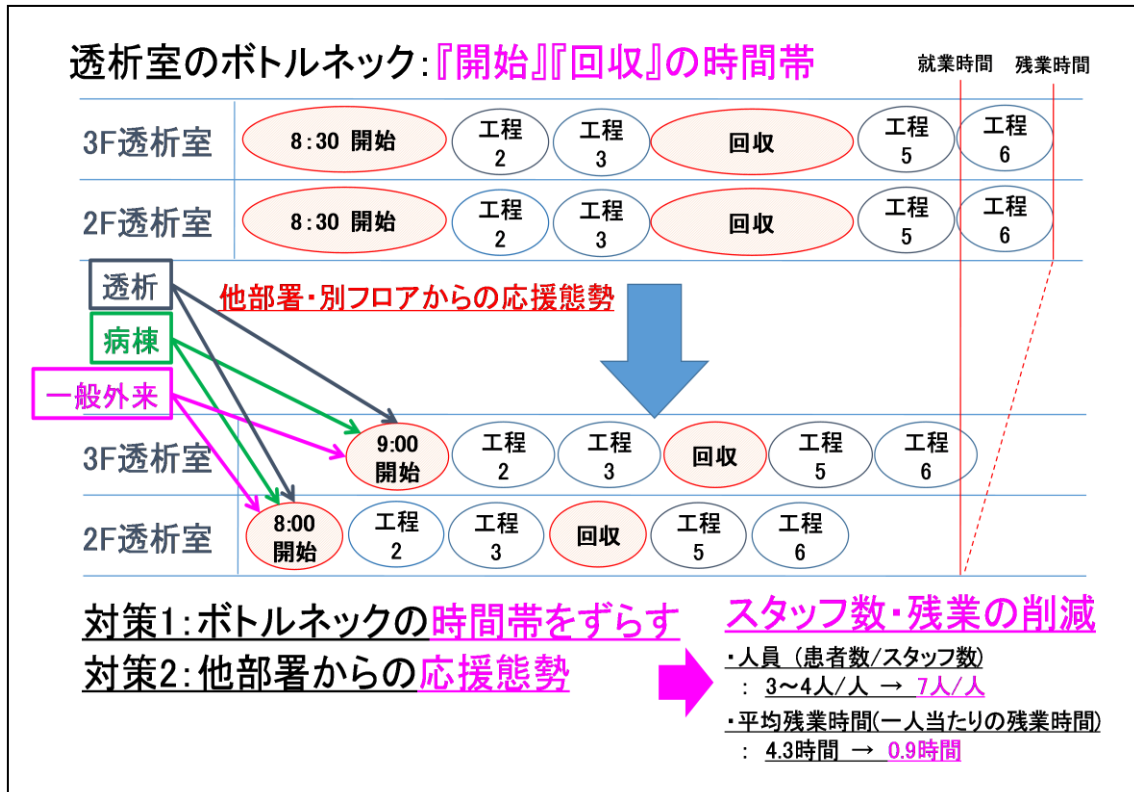


図2 業務のボトルネックへの対策

に約2年という多くの時間を費やした点、病院全体を巻き込めていない点など新たな課題を把握することができた。そこで、院内の体質改善が必要と判断し、数ある第三者評価機関の中からISO9001の規格をツールとして活用し、体制改善を行い医療の質を向上し院内全体の最適化を図ることとした。

ISO9001は品質管理に関する規格であり、PDCAサイクルを回すことで品質が向上し、顧客満足が向上する仕組みが整っているかを審査する規格である。このISO9001で院内のPDCA体制を構築し体質改善を実施することとした。

まず、ISO9001受審に向けて当院の現状を把握するところから始めた。SWOT分析で内部及び外部からみた当院の状況を把握し、そこから将来像を明確にするために中長期経営計画を立案、年度目標及び部署目標へ落とし込み、目標管理体制を構築した。

次に目標の達成に向けて必要な支援体制を確立するため、「資源」「力量」「認識」「コミュニケーション」「文書化した情報」といった医療品質を保証する支援体制を見直し、組織の土台整備を図った。具体的には、院内のインフラ整備、組織が求める職種・等級に求める力量・意識、委員会、マニュアル・手順書の整備など、今まで管理が曖昧になっていた支援体制の改善を実施した。

また、実際に提供する医療サービスの管理体制を見直した。当院では他部署と並行して行う業務が多いため責任の所在が不明確であり、業務が滞ることが多く見られた。これまでの病院機能評価の受審を通してマニュアル・手順書は整備され充実していたものの、業務の全体的な流れに関しては不明確な状態であった。そこで、自部署の行う業務を「一覧表」で洗い出し、その中からプロセスが複雑であり全体像が把握できた方が良いと判断

した業務や、他部署と並行して行う業務に対して、業務フローの整備を全部署対象に行った。業務フローの整備により責任の所在を明確にし、マニュアル・手順書と業務フローを併用することで、職員が均一にサービスを提供できる体制を整えることができた。

最後に品質及びサービスの有効性を評価し改善する体制を構築した。(1)内部監査、(2)現場ラウンド、(3)現場からの意見をインプットに、担当者と関連部署が行う QM チームミーティングで発議権の検討をする。提出された発議権に対して病院幹部が出席する運営会議の場で、「改善の機会」「品質マネジメントシステムのあらゆる変更の必要性」「資源の必要性」のアウトプットを検討し改善につなげる管理体制を整えた(図 3)。

これらの活動の結果、2017 年 3 月に ISO9001 の認証を受けることができたが、「目指すべきモデル病院に近づくことが

出来たか?」「院内に変化は起きたか?」など振り返った時に、変化を実感できず、病院機能評価も含めて認証/認定を得ることが目的となっているような状況であると判断した。また、同年 10 月には評価機構が実施した患者満足度、職員やりがい度調査(試行)に参加し、院内の現状を把握し確認することができたが、そこでも変化を実感する結果が得られなかった。

そこで両規格の振り返りを行い、規格自体がどのような規格で、院内にどのように活用できるツールであるかを考えることにした。その結果、病院機能評価は改善の基準となる「病院の理想とする姿」、ISO9001 は改善する仕組みであり「理想へ近づけるための方法」が記された規格であると判断し、この両規格の特性を理解し改善活動を支援するツールとする必要があると考え活動内容を以下のように改善した。改善箇所は、全体的な改善プロセスは ISO9001 の規格で行い、アウトプッ

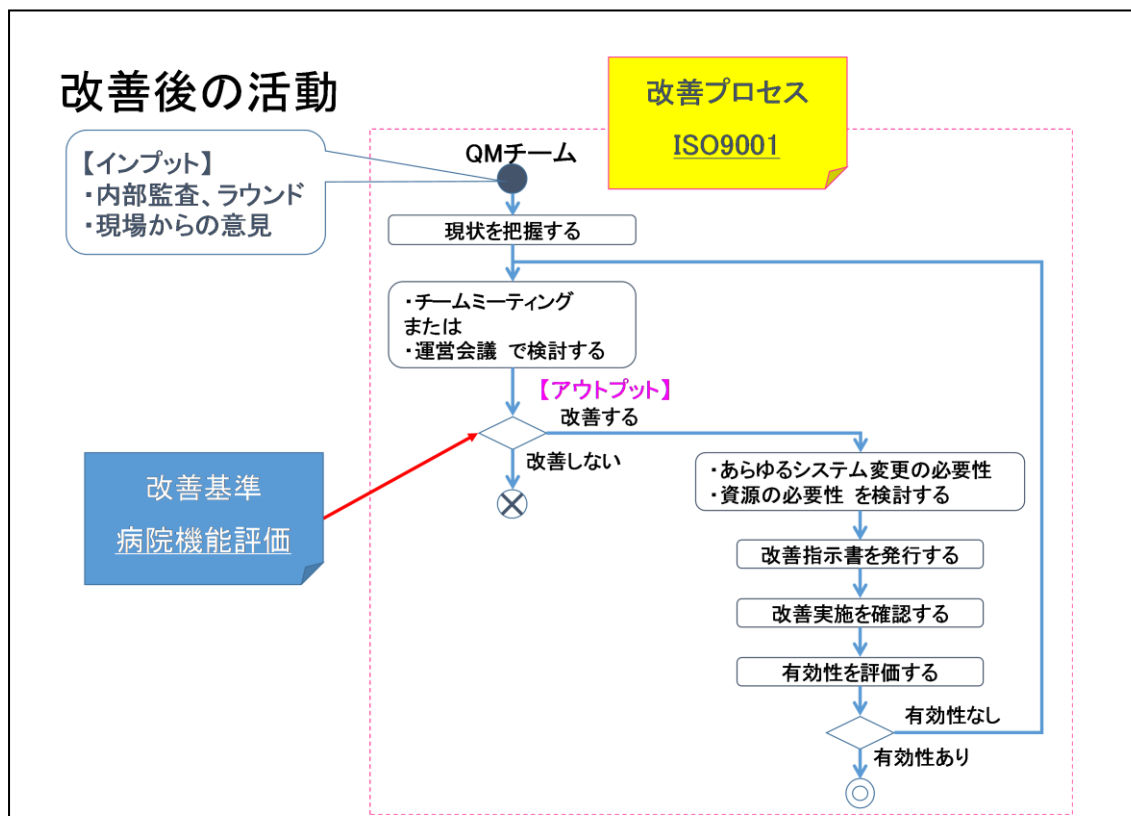


図 3 改善後の活動

トを判断する改善基準として病院機能評価の評価項目を使用するという点である。この結果、業務改善の管理体制・基準が明確になった。

### (3) 痛風外来プロセスの改善事例

代表事例として、痛風初診の外来プロセスの改善を紹介する。2017年の外来患者満足度調査の結果、「待ち時間」「診療時間」に対して満足度が得られておらず、スタッフからも「待ち時間を有効に活用できないか」「診療内容を統一し効率化を図りたい」などの意見が聞かれた。現状を分析したところ、「外来患者の約8割が痛風患者であるため、問診スタイルや検査フローを統一することができるが、実際は医師ごとにばらつきがある。」という改善のポイントを把握することができた。そこでQMチームミーティングを開催し病院機能評価の規格と照らし合わせたところ、評価項目「2.2.1 来院した患者が円滑に診療を受けることができる」「2.2.2 外来診療を適切に行なっている」に基づき改善の余地があると判断し外来プロセスの変更を決定した(図4,5,6)。

改善の結果、全ての医師で統一した診療を提供することが出来るようになり、待ち時間を利用した検査を事前に実施することで待ち時間に対する不満の声も少なくなった。また、必要な検査結果が事前に出ているため説得力のある診察が提供できるようになった。

# 改善前 問診・診療

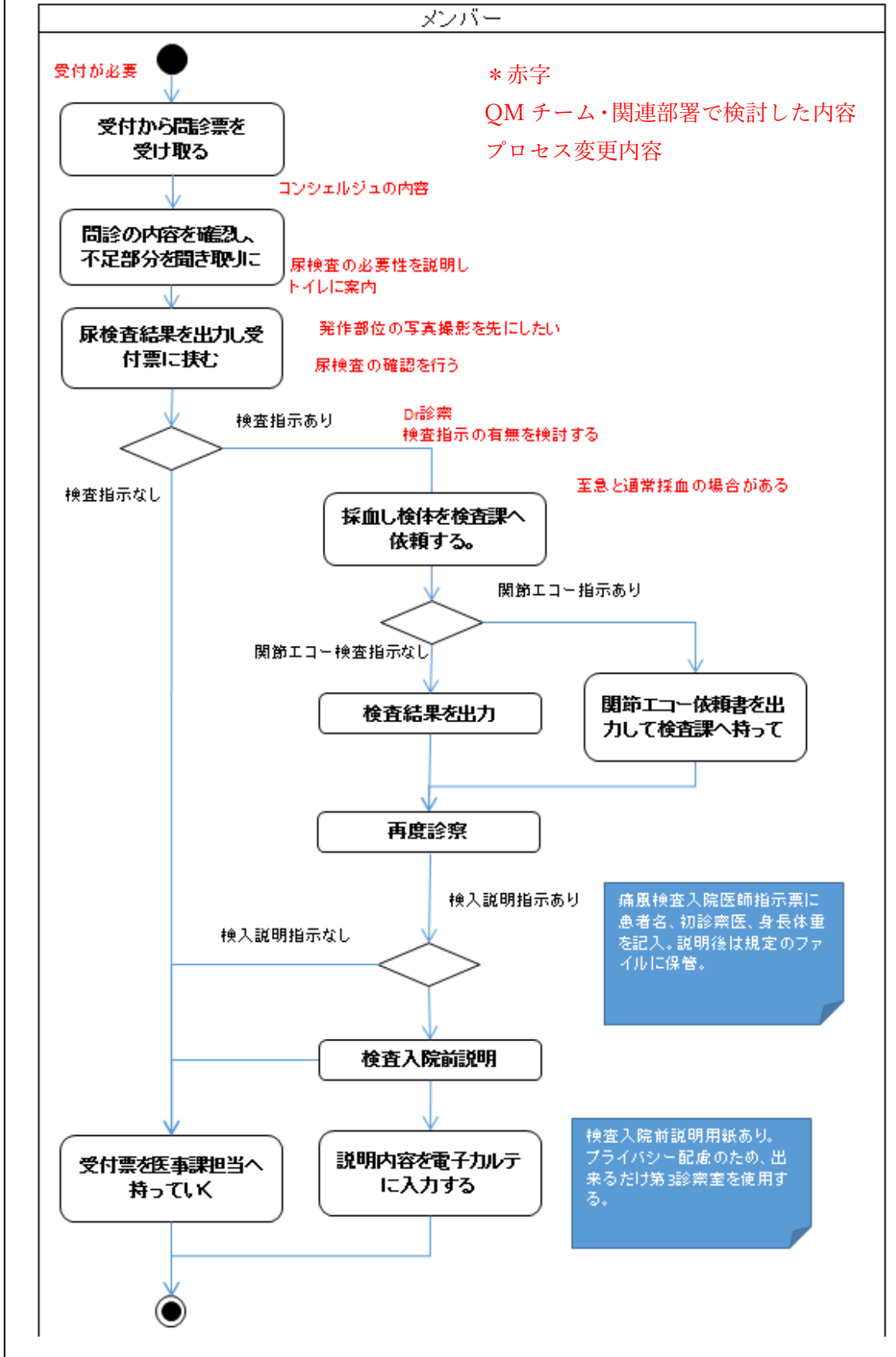


図4 外来プロセス(改善前)

## 改善後「問診」

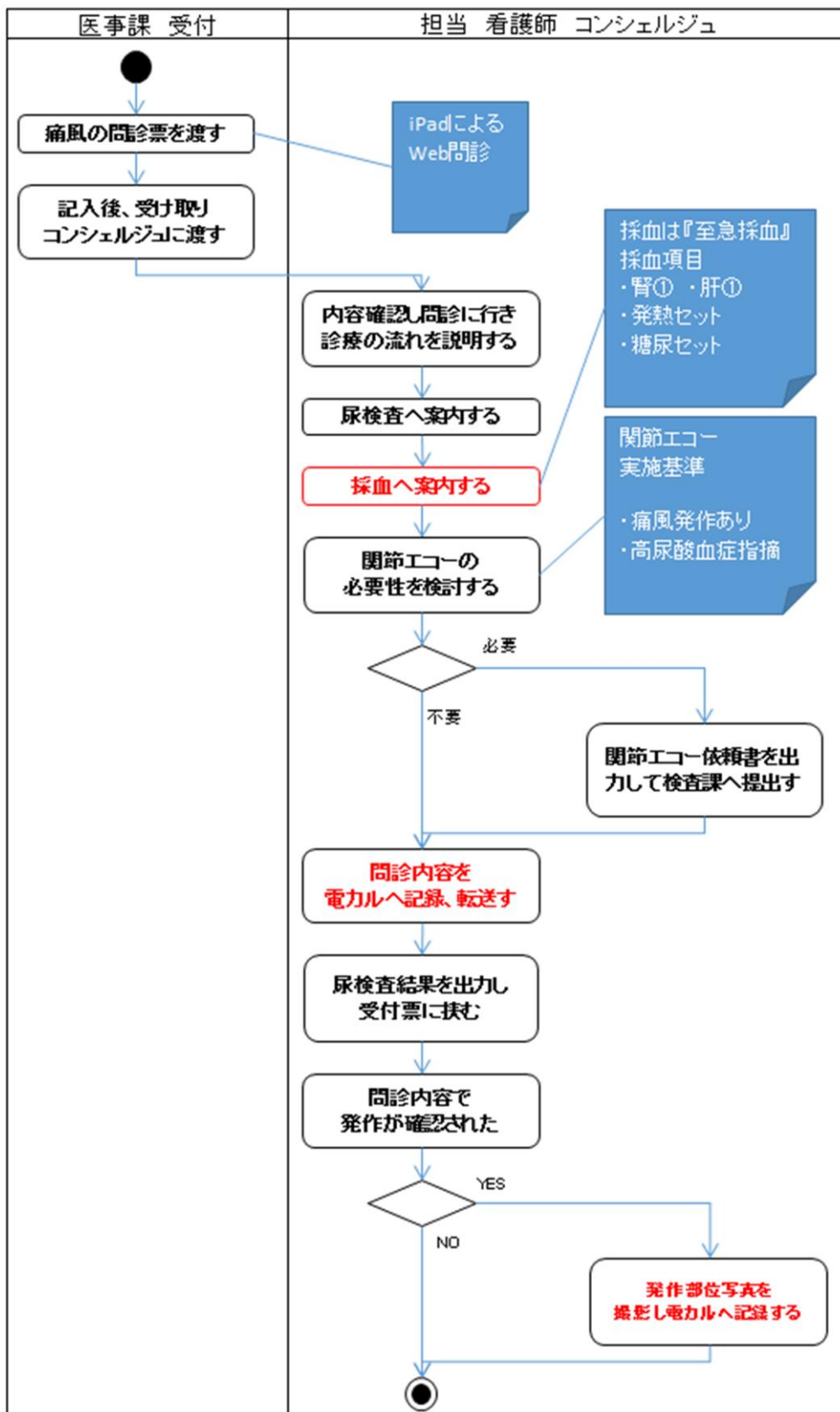


図5 外来プロセス（改善後）

## 改善後「診療」

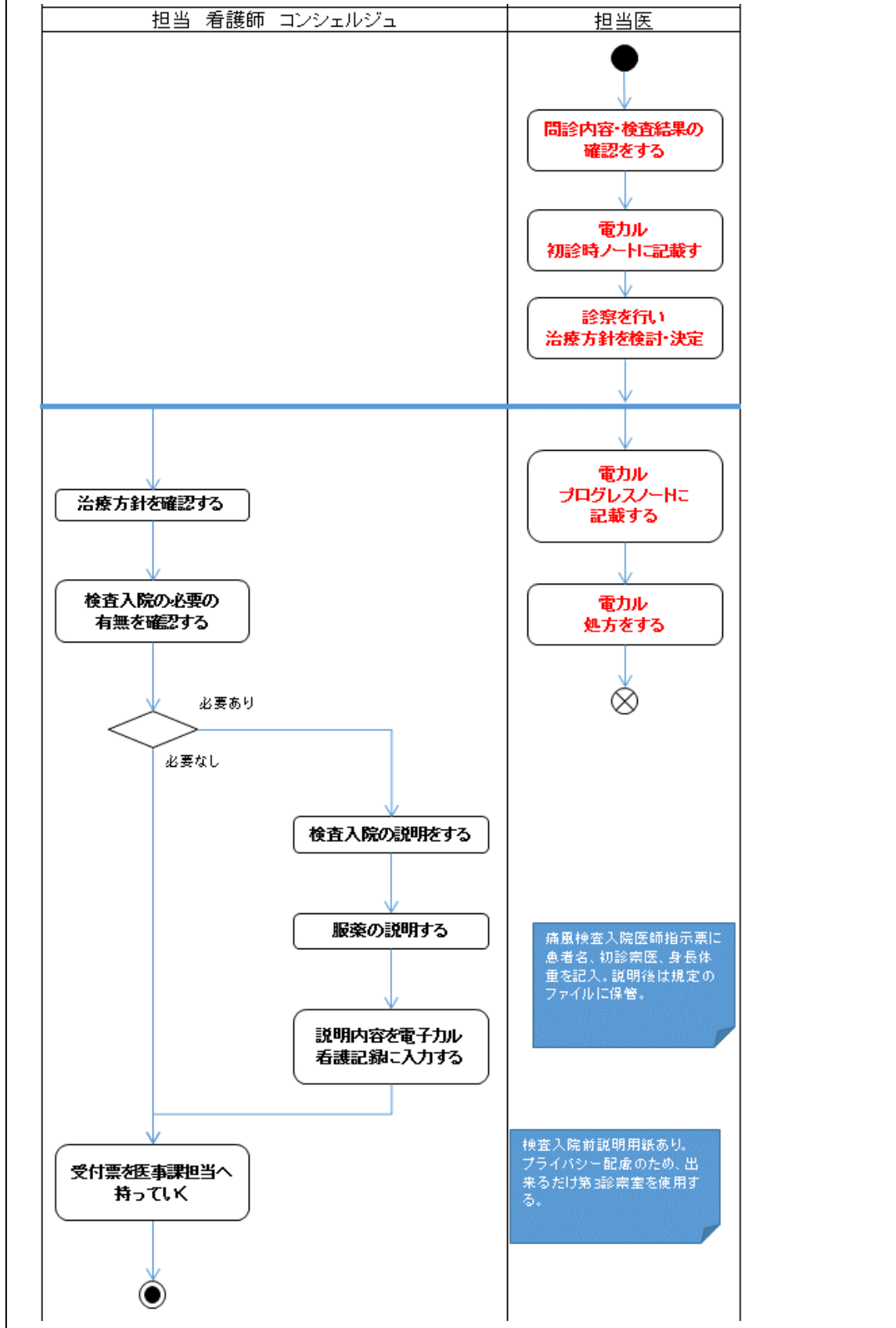


図 6 外来プロセス（改善後）続き



### 3. 患者満足度・職員やりがい度調査の実施体制

2019年度の患者満足度・職員やりがい度調査は、QM チームが運営会議で提案し実施を決定した。参加目的は、ベンチマークを含めた現状の把握及びこれまでの改善の評価、今後の改善ポイントを明確にし、より効果的に改善活動を実施するためである。(1)QRコード、URLを記載した依頼書を院内に掲示、(2)院内メールで配信、(3)個人(スタッフ・患者)へ直接調査依頼書を配布、によって周知を行った。

アンケートの回答は院内PC・タブレット

トまたは個人の端末を使用し、操作ができない方はスタッフが代行した。調査票を使用した回答方法は今回実施しなかった。

調査結果は2017年(試行)の結果と比べ、外来患者満足度では全体的に向上、職員やりがい度では全体的に低下という結果だった(図7)。

ベンチマーク結果においても外来患者満足度は上位に位置し、職員満足度は平均あたりに位置する結果だった。

この結果から、2017年度より医療の質は向上し、職場環境が低下したが、その原因として医療の質向上に視点を置いて改

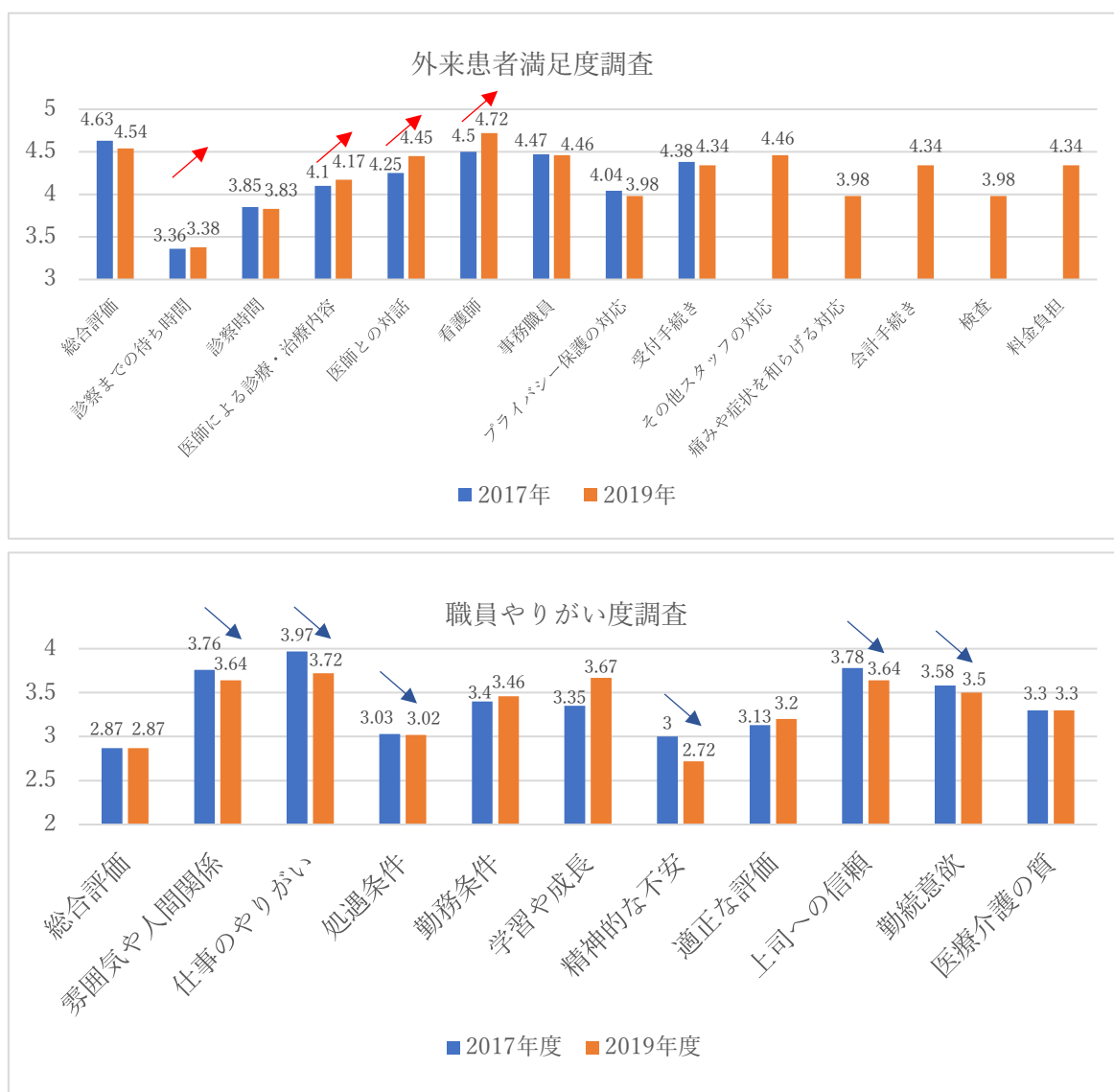


図7 患者満足度・職員やりがい度調査結果

善に取り組んできたことが考えられる。

これまでは改善活動の視点を医療の質向上に着眼し推進してきたが、現場で働く職員のやりがい度を注意深く観察し、改善活動を行う必要があったのではないかと反省した。現場への聞き取り調査を実施したが、教育体制や業務を含めた管理体制でマイナスの意見が多く聞かれ、今後の活動の改善点が再認識できた。

#### 4. まとめ・今後の課題

患者満足度・職員やりがい度活用支援は定期的な現場の評価・改善点の見える化が行え、病院及びそれに関連する全ての人々(患者・職員)において有用な支援事業だと考える。今後も継続して事業に参加し自院の分析及び課題発見のツールとして活用していきたい。

今後の改善活動は病院機能評価と ISO で医療の質を継続しつつ視点を現状よりも職員に向け、改善側と現場との思いのギャップを埋めつつ職場環境の向上に務めようと思う。

2020年5月発行  
「満足度・やりがい度活用支援」活用  
事例集 vol.15  
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)