

抜粋版

2020 年度 患者満足度・職員やりがい度 活用支援プログラム 【年報】



公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

人の安心、医療の安全 JQ

目次

1. はじめに	3
2. 患者満足度・職員やりがい度活用支援プログラムについて	
背景・目的	5
概要	6
項目一覧	8
カテゴリー一覧	11
各設問における得点の算出方法について	12
平均得点の算出方法について	13
箱ひげ図について	13
3. 2020 年度の概要	
参加病院カテゴリ	15
年間スケジュール	16
4. 2020 年度ベンチマーク結果	
各回ベンチマーク結果 平均得点比較	17
ベンチマーク実施状況	21
病院カテゴリ別 平均得点比較	37
職種別 平均得点比較	41
5. セミナー開催概要	
2020 年度第 1 回活用支援セミナー	43
2020 年度第 2 回活用支援セミナー	44
6. 活用事例	45

[参考資料]

患者満足度：受療行動調査との比較	87
よくいただくご質問	89
患者満足度・職員やりがい度活用支援プログラム 実施規約	91

はじめに

公益財団法人日本医療機能評価機構(以下「評価機構」)は医療機関の第三者評価機関として、中立的・科学的な立場で医療の質・安全の向上と信頼できる医療の確保に関する事業を行い、国民の健康と福祉の向上に寄与することを理念としています。

医療機関が高水準の医療を継続的に提供するためには、医療の質の向上に向けて医療機関自らの努力が重要となります。その努力を効果的なものとするために、評価機構では第三者評価を主とし、医療の質の向上に向けた様々な事業を展開しその環境を強化しています。

また評価機構では2015年の創立20周年に際して、「次世代病院機能評価のアジェンダ」を作成し、「医療機能評価を通じて、患者が安心して医療を享受でき、職員が働きやすく、地域に信頼される病院づくりに貢献する」というビジョンの下、「組織の＜評価＞」「組織への＜支援＞」「個への＜教育＞」の三本の柱を策定しました。「患者満足度・職員やりがい度活用支援」は、この三本の柱のうちの組織への支援として、医療の質を測る指標の一つである「患者満足度・職員やりがい度」の調査・集計・分析を通じた病院の質改善活動を支援するプログラムです。

2020年度は255病院にご参加いただき、ベンチマークの実施および活用支援セミナーの開催を執り行うことができました。

本プログラムの、2020年度の活動をまとめた「2020年度 患者満足度・職員やりがい度活用支援プログラム【年報】」を作成いたしました。医療の質向上に向けた日々の取り組み資料としてご参考にしていただければ幸甚でございます。

医療機関の質改善活動のツールとしてご活用いただけるよう、プログラムの内容の一層の充実に努めてまいりますので、今後とも変わらぬお力添えを賜りますようお願い申し上げます。

2021年5月

公益財団法人 日本医療機能評価機構
理事 長谷川 友紀

患者満足度・職員やりがい度 活用支援プログラムについて

背景・目的

日本医療機能評価機構（以下、評価機構）では、2015年に「医療機能評価を通じて、患者が安心して医療を享受でき、職員が働きやすく、地域に信頼される病院づくりに貢献する。」という次世代医療機能評価のアジェンダを策定し、「評価」「教育」「支援」を三本の柱と定めた。

指標を用いた質改善活動を支援する「組織への支援」として「患者満足度・職員やりがい度調査活用支援」を位置づけた（図1）。

認定病院に対して認定の新たな価値を付加するとともに、認定を取得していない病院に対しても医療の質・安全の向上の支援として、2018年度よりプログラムを開始した。

総体としての医療の質は、次の3つで規定され则认为られている。①ある疾患の生存率などをさまざまなQI（クオリティインディケーター、臨床指標）で示す狭義の医療の質、②PS（Patient Satisfaction）・PX（Patient eXperience）と言われるような患者の経験や満足度、③時間や費用などの効率である。このうち患者満足度調査の手法を標準化し、併せて病院同士の比較が可能となるようレファレンスとなるデータベースを構築しようとする試みが、評価機構の「患者満足度・職員やりがい度活用支援」である。

本プログラムの目的は、医療の質の重要な構成要素である患者満足度、および病院の内部顧客である職員の「やりがい度」（満足度）を測定し、その結果を医療の質向上の取り組みに活用できる環境を支援することである。評価機構では、病院機能評価のなかで「評価項目1.5.1 患者・家族の意見を聞き、質改善に活用している」「評価項目4.2.4 職員にとって魅力ある職場となるよう努めている」ことを求めており（病院機能評価機能種別版評価項目3rdG:Ver.2.0より抜粋）これらの評価項目に対応する取り組みとしても活用いただけるものである。

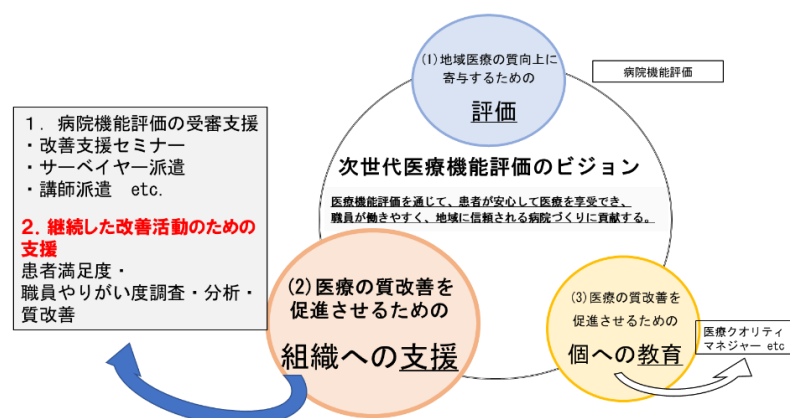


図1：次世代医療機能評価のビジョンと3本柱

概要

(1) 調査・分析ツールの提供

(満足度調査システム・ベンチマークシステム)



インターネットを利用して調査を実施し、データを登録する「満足度調査支援システム」と、その結果を参加病院間で比較できる「ベンチマークシステム」から構成される。

患者満足度調査、職員やりがい度調査のいずれについても、個別病院の集計結果は「満足度調査支援システム」でリアルタイムに自動でグラフ化して示される(図2)。自院のデータをダウンロードして、独自に分析することも可能である。インターネット経由での調査が難しい場合は、質問紙を用いた調査を行い、CSV形式で回答を一括してシステムに登録したり、OCR機能(オプション)を用いてデータをCSV化することも可能である。一定期間に登録されたデータはベンチマークデータとして他病院と比較でき、病院機能、病床規模などの属性別に、平均値、分布が示すことができる(図3)。参加病院は、ベンチマークデータと比較することにより、自院の位置づけを明らかにし、問題点の把握や改善活動に活用できる。



図2：満足度調査支援システム

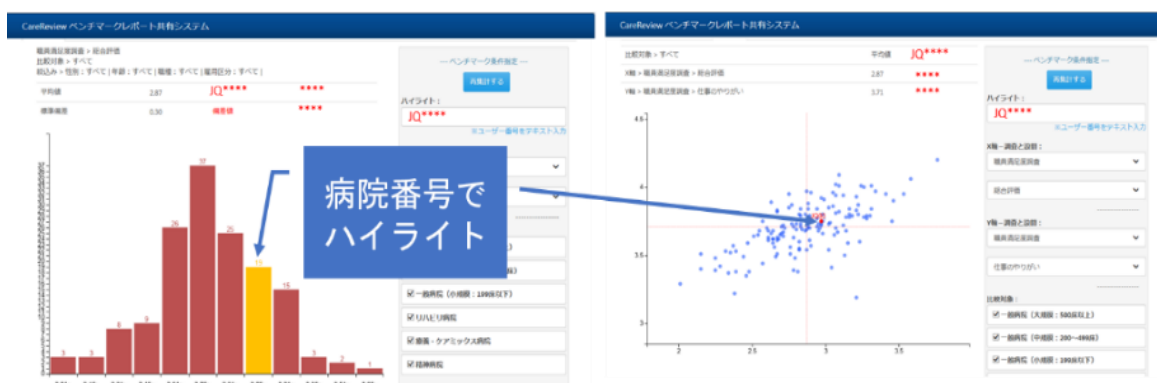


図3：ベンチマークシステム

(2) 調査・改善活動の共有



課題の把握、原因の分析、改善策の策定と導入、効果の確認において課題と感じている病院が多い。本プログラムでは、「活用支援セミナー」(図4)や「活用事例集」(図5)等を通じて、医療の質・安全の向上に取り組んでいる病院の好事例や具体的な取り組みを共有できる。(2020年度のセミナーの概要は、P.43～107 参照)



図4：活用支援セミナー



図5：活用事例集

項目一覧

参加病院はこれらの項目から、最大 16 項目を選択し調査を実施できる。
患者満足度調査の項目は、厚労省が実施する受療行動調査の項目をもとに設定している。
(受療行動調査の項目は、P. 151 参照)

【入院患者満足度調査項目】

※ : 固定項目 : ベンチマーク対象項目

※その他:1～52 以外の項目を設定可能

- | | |
|---|-----------------|
| 1. ○○○○（病院名）を親しい方にもすすめようと思いますか？
（総合評価）※ | 29. 入院時の説明・手続き |
| 2. 医師による診療・治療内容 | 30. 退院時の説明・手続き |
| 3. 医師との対話 | 31. 手術 |
| 4. 看護師 | 32. 検査 |
| 5. 事務職員 | 33. リハビリテーション |
| 6. その他のスタッフの対応 | 34. 職員間の連携 |
| 7. 痛みや症状を和らげる対応 | 35. 他施設との連携 |
| 8. 精神的なケア | 36. 料金負担 |
| 9. プライバシー保護の対応 | 37. 職員の接遇 |
| 10. 病室・浴室・トイレなど | 38. 行事やレクリエーション |
| 11. 食事の内容 | 39. 外出や散歩 |
| 12. 診察までの待ち時間 | 40. 建物や設備 |
| 13. 診察時間 | 41. 備品類 |
| 14. 薬剤師 | 42. 清掃の状況 |
| 15. 介護職員 | 43. トイレ |
| 16. 看護助手 | 44. 入浴 |
| 17. 検査職員 | 45. 食堂 |
| 18. リハビリ職員 | 46. 売店 |
| 19. 相談員 | 47. 案内や掲示 |
| 20. 栄養士・調理師 | 48. 交通アクセス |
| 21. 清掃職員 | 49. 駐車場 |
| 22. 安全面への配慮 | 50. 送迎サービス |
| 23. ニーズや価値観の配慮 | 51. 治療結果 |
| 24. 人格や尊厳への配慮 | 52. 家族への情報提供 |
| 25. 要望や苦情への対応 | 53. その他 1 |
| 26. 身の回りのお世話 | 54. その他 2 |
| 27. 受付手続き | 55. その他 3 |
| 28. 会計手続き | 56. その他 4 |

【外来患者満足度調査項目】

※ : 固定項目 : ベンチマーク対象項目

※その他:1～52 以外の項目を設定可能

- | | |
|--|---|
| <div style="border: 2px dashed #FF0000; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> 1. ○○○○（病院名）を親しい方にも
 すすめようと思いますか？
 （総合評価）※ </div> 2. 診察までの待ち時間
3. 診察時間
4. 医師による診療・治療内容
5. 医師との対話
6. 看護師
7. 事務職員
8. その他のスタッフの対応
9. 痛みや症状を和らげる対応
10. 精神的なケア
11. プライバシー保護の対応 | 29. 入院時の説明・手続き
30. 退院時の説明・手続き
31. 手術
32. 検査
33. リハビリテーション
34. 職員間の連携
35. 他施設との連携
36. 料金負担
37. 職員の接遇
38. 行事やレクリエーション
39. 外出や散歩
40. 建物や設備
41. 備品類
42. 清掃の状況
43. トイレ
44. 入浴
45. 食堂
46. 売店
47. 案内や掲示
48. 交通アクセス
49. 駐車場
50. 送迎サービス
51. 治療結果
52. 家族への情報提供
53. その他 1
54. その他 2
55. その他 3
56. その他 4 |
| 12. 病室・浴室・トイレなど
13. 食事の内容
14. 薬剤師
15. 介護職員
16. 看護助手
17. 検査職員
18. リハビリ職員
19. 相談員
20. 栄養士・調理師
21. 清掃職員
22. 安全面への配慮
23. ニーズや価値観の配慮
24. 人格や尊厳への配慮
25. 要望や苦情への対応
26. 身の回りのお世話
27. 受付手続き
28. 会計手続き | |

【職員やりがい度調査項目】

※職員やりがい度は全項目固定で、ベンチマーク対象項目である。

1. 雰囲気や人間関係
(職場の雰囲気や人間関係は良好だと思いますか?)
2. 仕事のやりがい
(現在の仕事にやりがいがあると思いますか?)
3. 処遇条件
(現在の処遇条件(報酬や福利厚生)を満足だと思いますか?)
4. 勤務条件
(現在の勤務条件(休日や勤務時間)を満足だと思いますか?)
5. 学習や成長
(学習や成長の機会があると思いますか?)
6. 精神的な不安
(精神的な不安を感じずに仕事ができると思いますか?)
7. 適正な評価
(仕事の成果や能力が適正に評価されていると思いますか?)
8. 上司への信頼
(あなたの上司を信頼できると思いますか?)
9. 勤続の意欲
(これからも、この病院・施設で働き続けたいと思いますか?)
10. 医療介護の質
(病院・施設として、知人にすすめようと思いますか?)
11. 総合評価
(〇〇〇〇(病院名)を職場としてすすめようと思いますか?)

カテゴリー一覧

ベンチマークグループの定義は以下の内容にて決定している。

No.	ベンチマークグループ	定義
1	一般病院(大規模：500 床以上)	病院機能評価を「一般 2」で受審した病院で 500 床以上の病院
2	一般病院(中規模：200 床以上 500 床未満)	病院機能評価を「一般 2」で受審した病院で 200 床以上 500 床未満の病院
3	一般病院(小規模：200 床未満)	病院機能評価を「一般 1」で受審した病院で一般病床のみの病院 または 病院機能評価を「一般 2」で受審した病院で 200 床未満の病院
4	リハビリ病院	病院機能評価を「リハビリテーション病院」で受審した病院
5	療養・ケアミックス病院	病院機能評価を「慢性期病院」「緩和ケア病院」で受審した病院 または 病院機能評価を「一般 1」で受審した病院で一般病床以外の病床を有する病院
6	精神病院	病院機能評価を「精神科病院」で受審した病院

※いずれも主たる機能

※未認定病院は上記に準じて決定する。

各設問における得点の算出方法について

それぞれの設問は、5点満点で算出される。

➤ 入院患者満足度調査・外来患者満足度調査

- ○○○（病院名）を親しい方にもすすめようと思いますか？（総合評価）

※回答必須

選択肢	すすめる	まあまあ すすめる	どちらとも 言えない	あまり すすめない	すすめない
得点	5	4	3	2	1

- その他の設問

選択肢	とても 満足	やや満足	ふつう	やや不満	とても 不満	「利用なし」 または 無回答
得点	5	4	3	2	1	有効回答に 含まない

➤ 職員やりがい度調査

- ○○○（病院名）を職場としてすすめようと思いますか？（総合評価）

※回答必須

選択肢	すすめる	まあまあ すすめる	どちらとも 言えない	あまり すすめない	すすめない
得点	5	4	3	2	1

- その他の設問

※回答必須

選択肢	思う	まあまあ 思う	どちらとも 言えない	あまり 思わない	思わない
得点	5	4	3	2	1

得点が高い（数値が大きい）ほど、患者満足度・職員やりがい度が高い状態といえる。

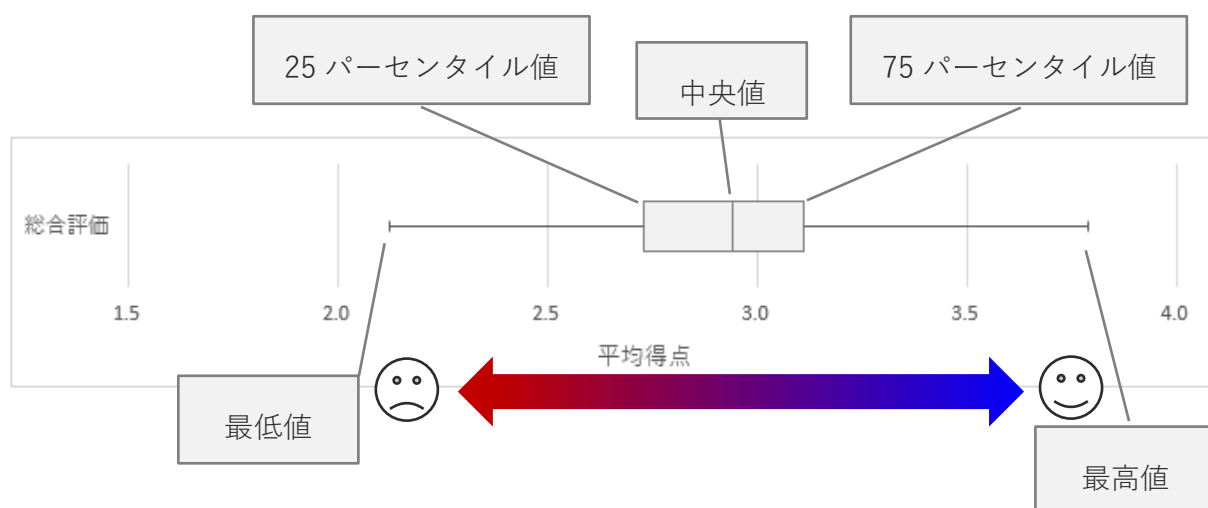
平均得点の算出方法について

各病院の平均得点は以下のように算出される。

$$\text{各病院の平均得点} = \frac{\text{(全回答の得点の総和)}}{\text{(回答総数)} - \text{(「利用なし」または無回答の回答数)}}$$

箱ひげ図について

本書で示す箱ひげ図は、箱が「75 パーセンタイル値」「中央値」「25 パーセンタイル値」をそれぞれ示し、両端に伸びるひげが「最高値」「最低値」を示す。



2020 年度の概要

参加病院カテゴリ

2020 年度に参加した病院数は、255 病院であった。カテゴリは以下の通りである。

カテゴリ	定義	病院数
一般病院(大規模：500 床以上)	“一般 2” 受審病院 500 床以上	58
一般病院(中規模：200 床以上 500 床未満)	“一般 2” 受審病院 200 床～500 床未満	97
一般病院(小規模：200 床未満)	“一般 1” 受審病院で一般病床のみ “一般 2” 受審病院 200 床未満	32
リハビリ病院	“リハビリテーション病院” 受審病院	23
療養・ケアミックス病院	“慢性期” “緩和ケア” 受審病院 “一般 1” 受審病院で一般以外の病床あり	37
精神病院	“精神科病院” 受審病院	8
合計		255

(ベンチマークの参加病院数は、P. 21 参照)

2021 年 3 月末時点

年間スケジュール

2020 年度は以下のスケジュールでベンチマーク、セミナー等を実施した。

年月	内容
2020 年 4 月	■ 2020 年度「患者満足度・職員やりがい度」活用支援 開始
5 月	■ 20 日（水）：活用事例集 Vol. 14-15 公開
6 月	■ 15 日（月）：活用事例集 Vol. 16 公開
7 月	■ 1 日（水）：ベンチマーク期間開始（～12 月 31 日） ■ 17 日（金）：2019 年度年報公開
8 月	
9 月	■ 30 日（水）：第 1 回患者満足度・職員やりがい度 活用支援セミナー開催 （オンライン開催；21 病院参加）
10 月	■ 7 日（水）：ベンチマーク中間結果報告（7 月 1 日～9 月 30 日のデータ） ■ 21 日（水）：第 1 回患者満足度・職員やりがい度 活用支援セミナー web 配信開始（～2021 年 7 月 31 日）
11 月	
12 月	■ 17 日（木）：活用事例集 vol. 17 公開 ■ 31 日（木）：ベンチマークデータ入力期限
2021 年 1 月	■ 7 日（木）：ベンチマーク最終結果公開 ■ 15 日（金）：活用事例集 vol. 18、19 公開
2 月	■ 26 日（金）：第 2 回患者満足度・職員やりがい度 活用支援セミナー開催 （オンライン開催；44 病院参加） ■ 2021 年度参加申込受付開始
3 月	■ 19 日（金）：第 2 回患者満足度・職員やりがい度 活用支援セミナー web 配信開始（～2021 年 9 月 30 日）

2020 年度ベンチマーク結果

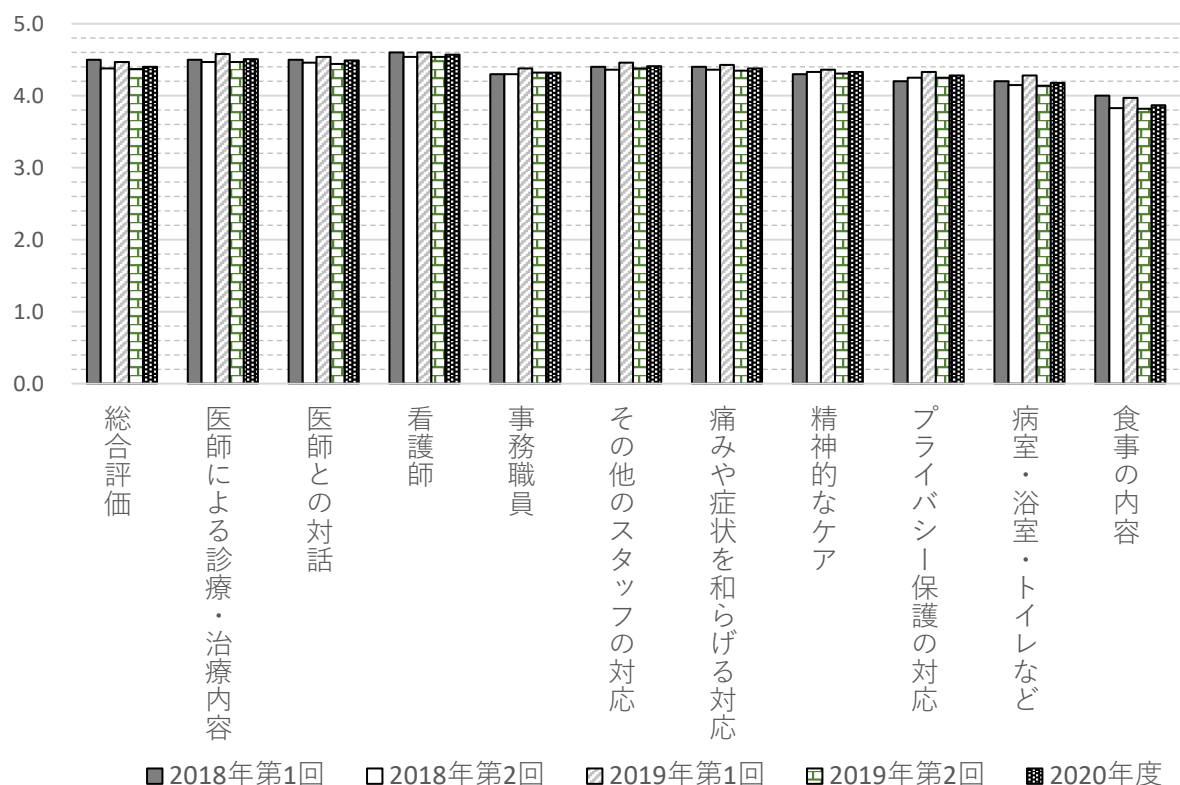
各回ベンチマーク結果 平均得点比較

① 入院患者満足度調査

ベンチマーク設問	2018年第1回	2018年第2回	2019年第1回	2019年第2回	2020年度
総合評価	4.5	4.4	4.5	4.4	4.4
医師による診療・治療内容	4.5	4.5	4.6	4.5	4.5
医師との対話	4.5	4.5	4.5	4.4	4.5
看護師	4.6	4.5	4.6	4.5	4.6
事務職員	4.3	4.3	4.4	4.3	4.3
その他のスタッフの対応	4.4	4.4	4.5	4.4	4.4
痛みや症状を和らげる対応	4.4	4.4	4.4	4.4	4.4
精神的なケア	4.3	4.3	4.4	4.3	4.3
プライバシー保護の対応	4.2	4.3	4.3	4.3	4.3
病室・浴室・トイレなど	4.2	4.2	4.3	4.1	4.2
食事の内容	4.0	3.8	4.0	3.8	3.9
回答病院数(集計回答数)	28(4,519)	94(21,204)	36(7,009)	115(27,897)	135(40,325)

※集計回答数は、「総合評価」の件数で算出

※平均得点=(ベンチマーク参加病院の平均得点の合計) / (ベンチマーク参加病院数)

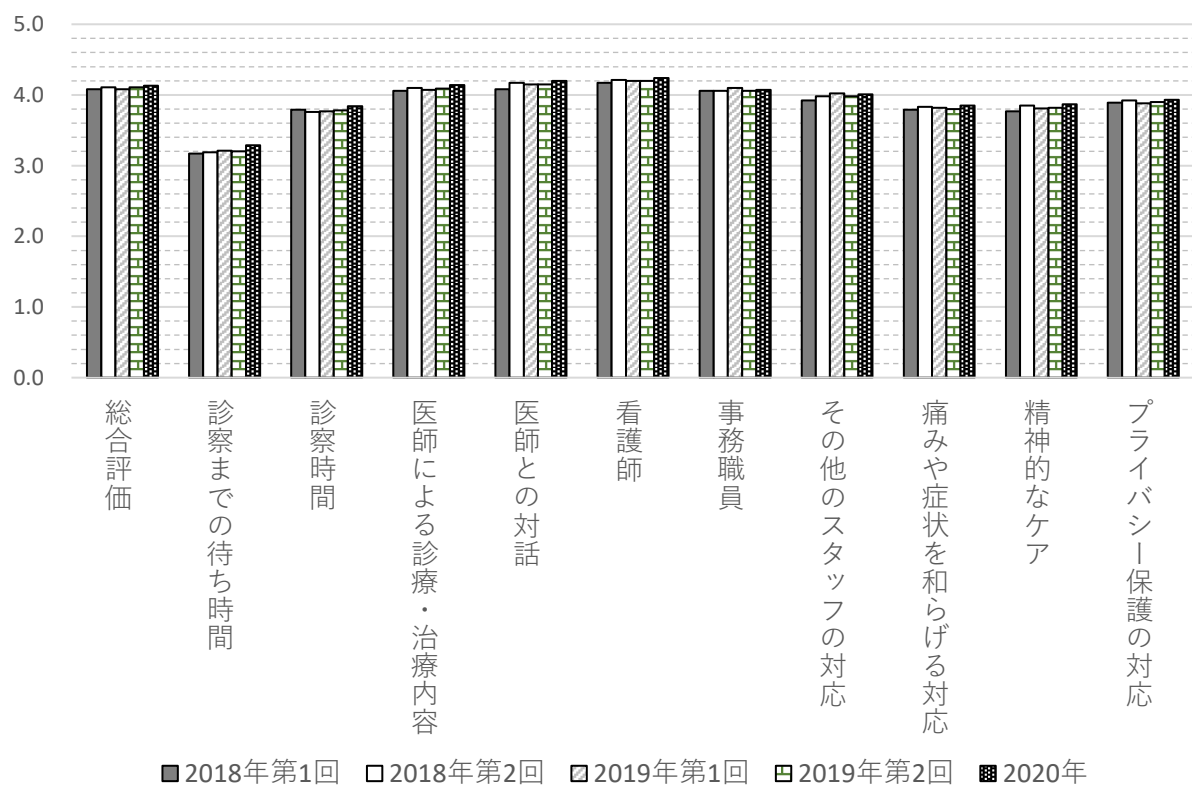


② 外来患者満足度調査

ベンチマーク設問	2018年第1回	2018年第2回	2019年第1回	2019年第2回	2020年
総合評価	4.1	4.1	4.1	4.1	4.1
診察までの待ち時間	3.2	3.2	3.2	3.2	3.3
診察時間	3.8	3.8	3.8	3.8	3.8
医師による診療・治療内容	4.1	4.1	4.1	4.1	4.1
医師との対話	4.1	4.2	4.2	4.2	4.2
看護師	4.2	4.2	4.2	4.2	4.2
事務職員	4.1	4.1	4.1	4.1	4.1
その他のスタッフの対応	3.9	4.0	4.0	4.0	4.0
痛みや症状を和らげる対応	3.8	3.8	3.8	3.8	3.9
精神的なケア	3.8	3.9	3.8	3.8	3.9
プライバシー保護の対応	3.9	3.9	3.9	3.9	3.9
回答病院数(集計回答数)	19(6,244)	96(52,471)	27(13,271)	113(60,324)	126(64,336)

※集計回答数は、「総合評価」の件数で算出

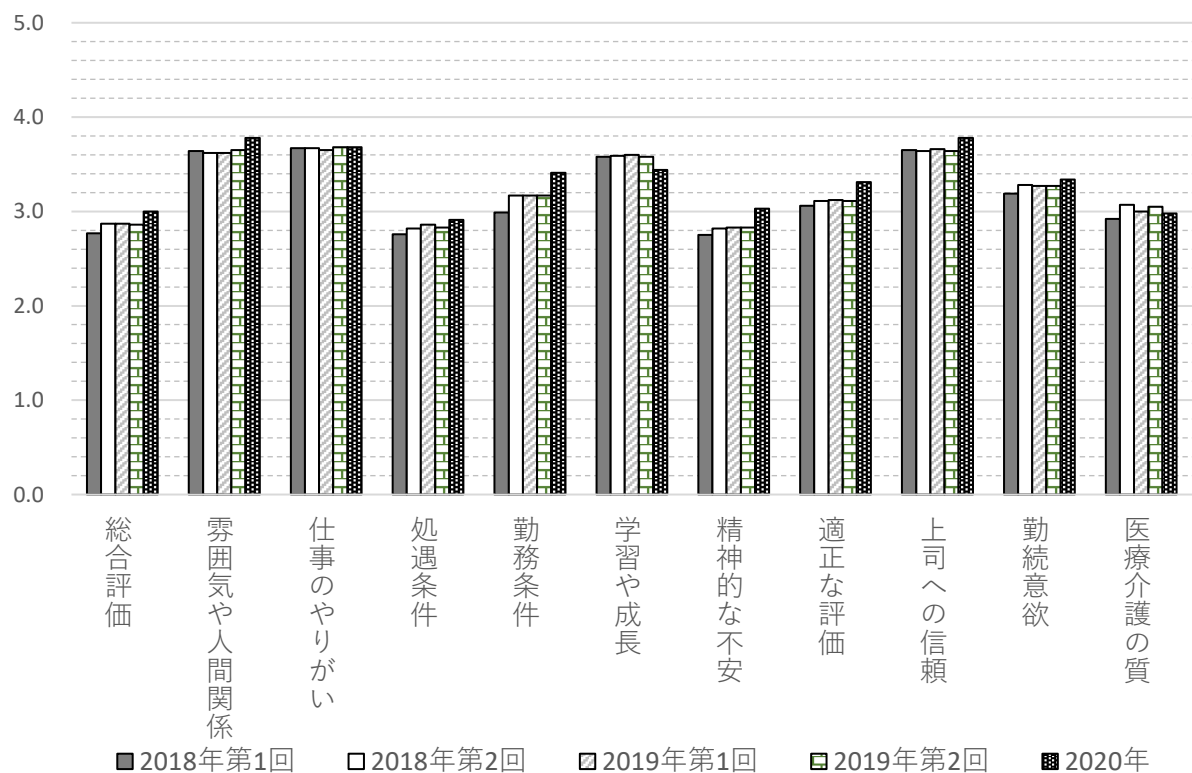
※平均得点=(ベンチマーク参加病院の平均得点の合計) / (ベンチマーク参加病院数)



③ 職員やりがい度調査

ベンチマーク設問	2018年第1回	2018年第2回	2019年第1回	2019年第2回	2020年
総合評価	2.8	2.9	2.9	2.9	3.0
雰囲気や人間関係	3.6	3.6	3.6	3.7	3.8
仕事のやりがい	3.7	3.7	3.7	3.7	3.7
処遇条件	2.8	2.8	2.9	2.8	2.9
勤務条件	3.0	3.2	3.2	3.2	3.4
学習や成長	3.6	3.6	3.6	3.6	3.4
精神的な不安	2.8	2.8	2.8	2.8	3.0
適正な評価	3.1	3.1	3.1	3.1	3.3
上司への信頼	3.7	3.6	3.7	3.6	3.8
勤続意欲	3.2	3.3	3.3	3.3	3.3
医療介護の質	2.9	3.1	3.0	3.1	3.0
回答病院数(集計回答数)	21(9,376)	101(41,545)	30(13,684)	114(49,076)	178(82,310)

※平均得点=(ベンチマーク参加病院の平均得点の合計) / (ベンチマーク参加病院数)



ベンチマーク実施状況

(1) 対象期間：2020年7月1日～12月31日

- 入院患者満足度調査 対 象：上記期間の退院患者
- 外来患者満足度調査 対 象：上記期間における平日(1日以上)の全外来患者
- 職員やりがい度(満足度)調査 対 象：全職員

※各調査 回答数が50以上の病院がベンチマーク対象となる

(2) 回答状況

	集計対象病院	集計回答数
入院患者満足度調査	135 病院	40,325 件
外来患者満足度調査	126 病院	64,336 件
職員やりがい度調査	178 病院	82,310 件

(3) 参加カテゴリ分類

プログラムに参加した255病院のうち、213病院がいずれかのベンチマークに参加した。
内訳は以下の通りである。

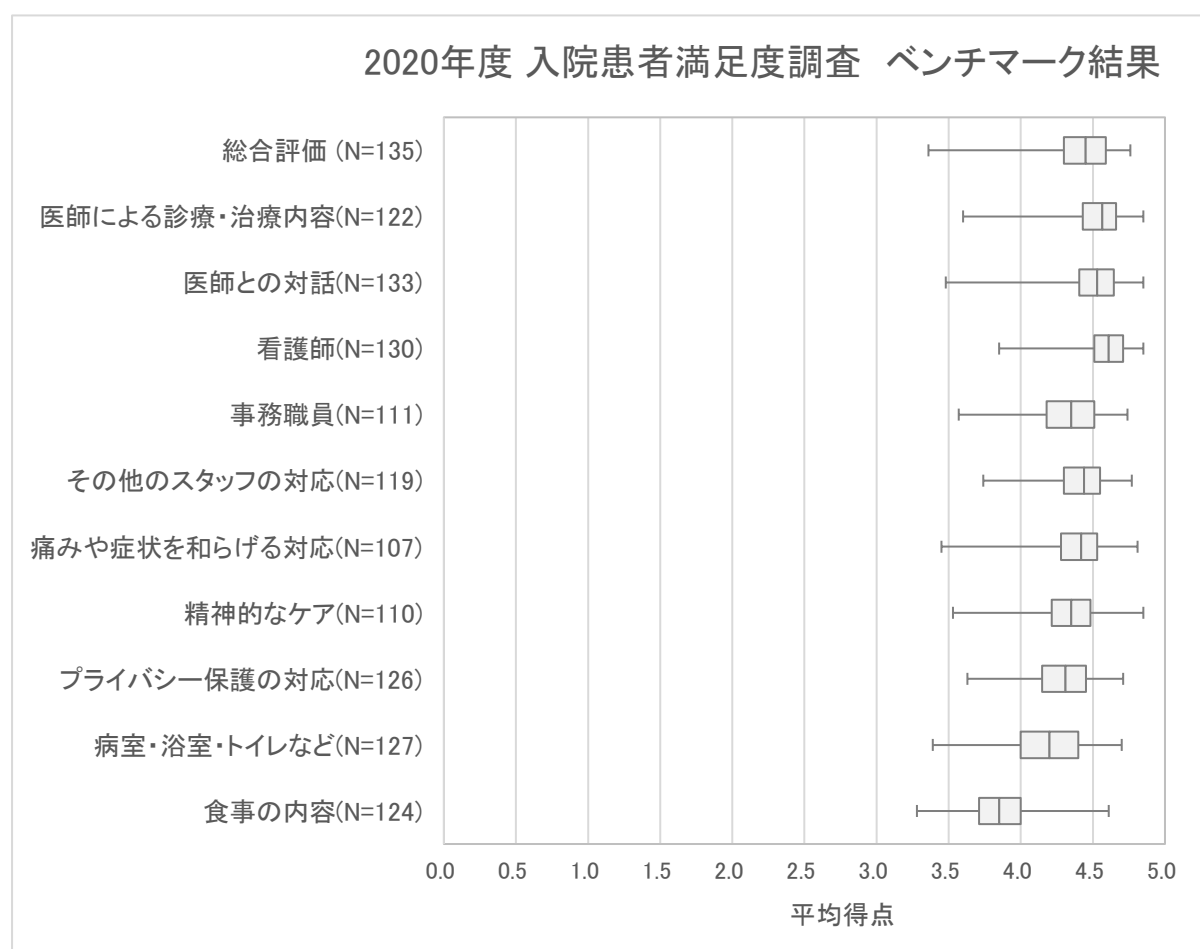
カテゴリ	定義	CS1	CS2	ES
一般病院 (大規模：500床以上)	“一般2”受審病院 500床以上	41	39	39
一般病院 (中規模：200～499床)	“一般2”受審病院 200床～500床未満	50	49	64
一般病院 (小規模：199床以下)	“一般1”受審病院で一般病床のみ “一般2”受審病院 200床未満	11	12	23
リハビリ病院	“リハビリテーション病院”受審病院	14	8	21
療養・ケアミックス病院	“慢性期” “緩和ケア”受審病院 “一般1”受審病院で一般以外の病床あり	14	12	24
精神病院	“精神科病院”受審病院	5	6	7
合計		135	126	178

(4) 箱ひげ図・得点分布

①入院患者満足度調査

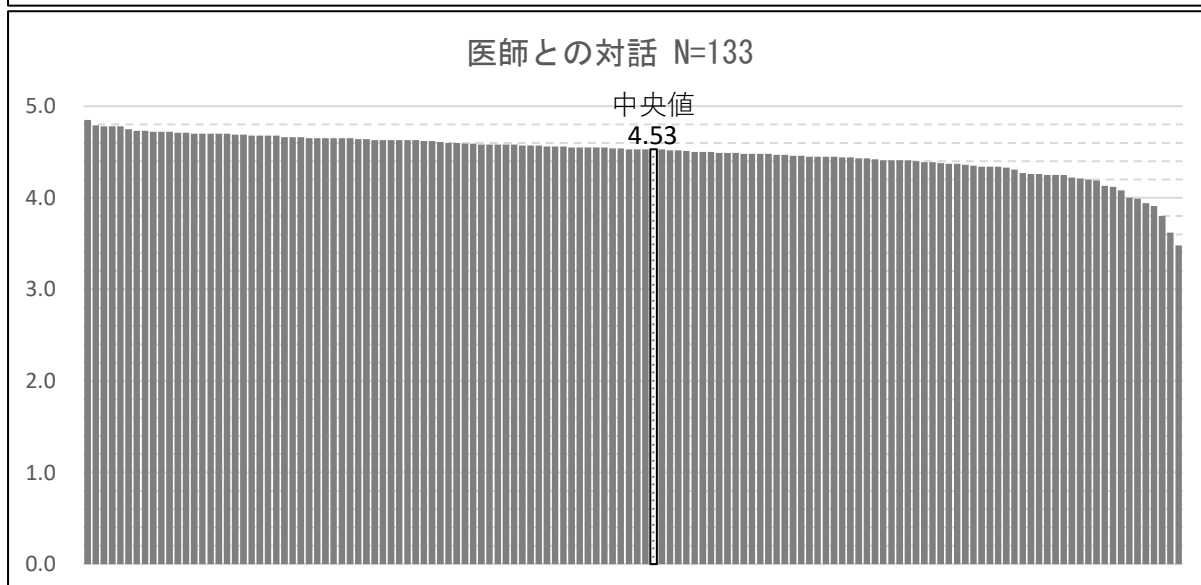
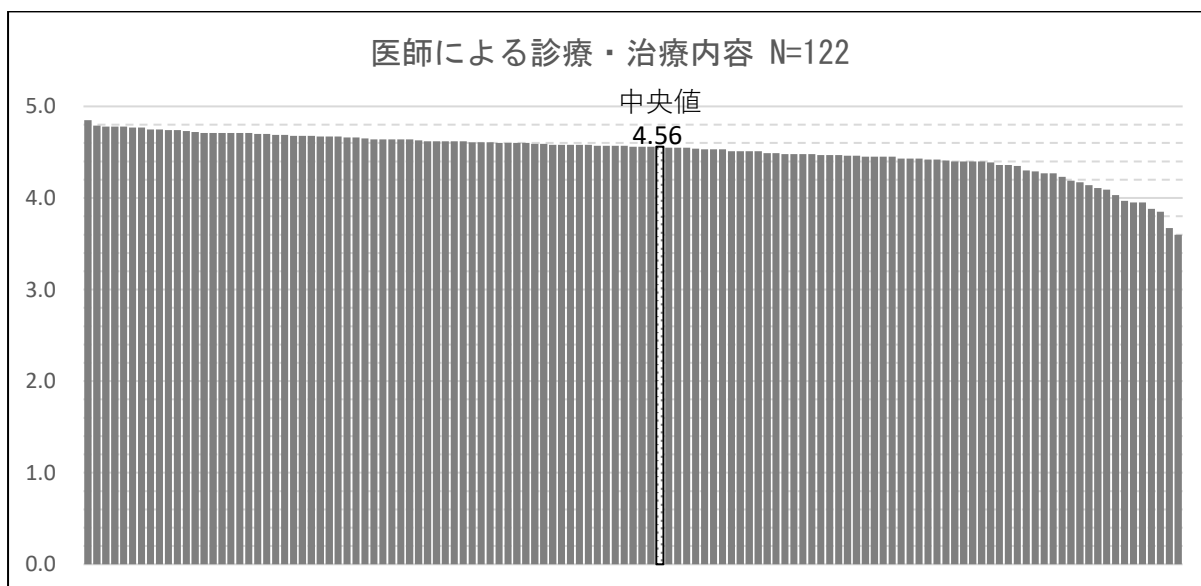
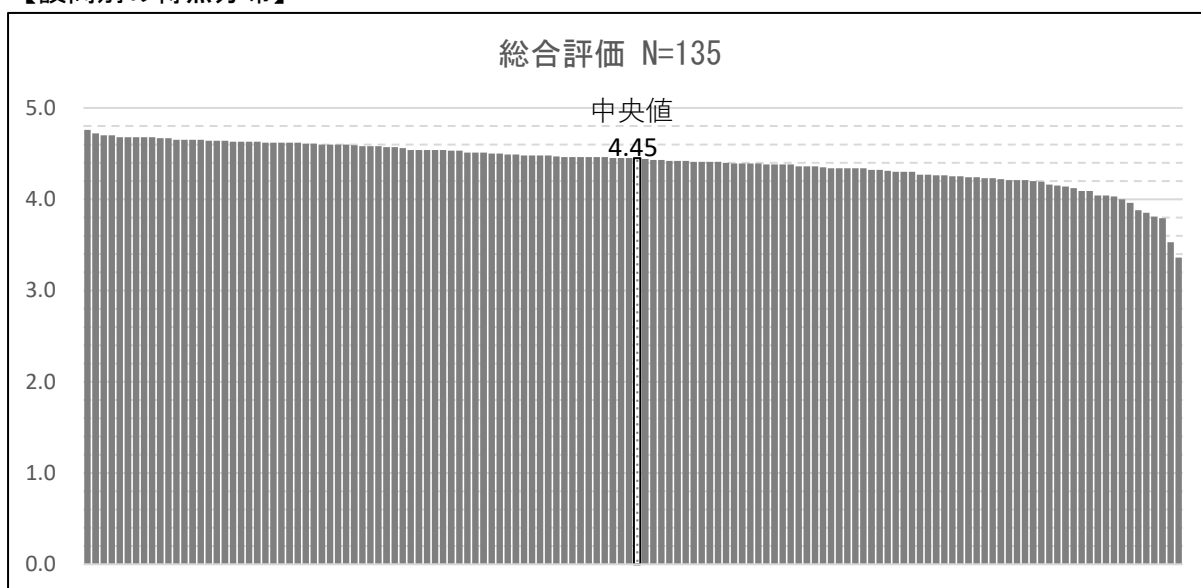
【ベンチマーク設問一覧】

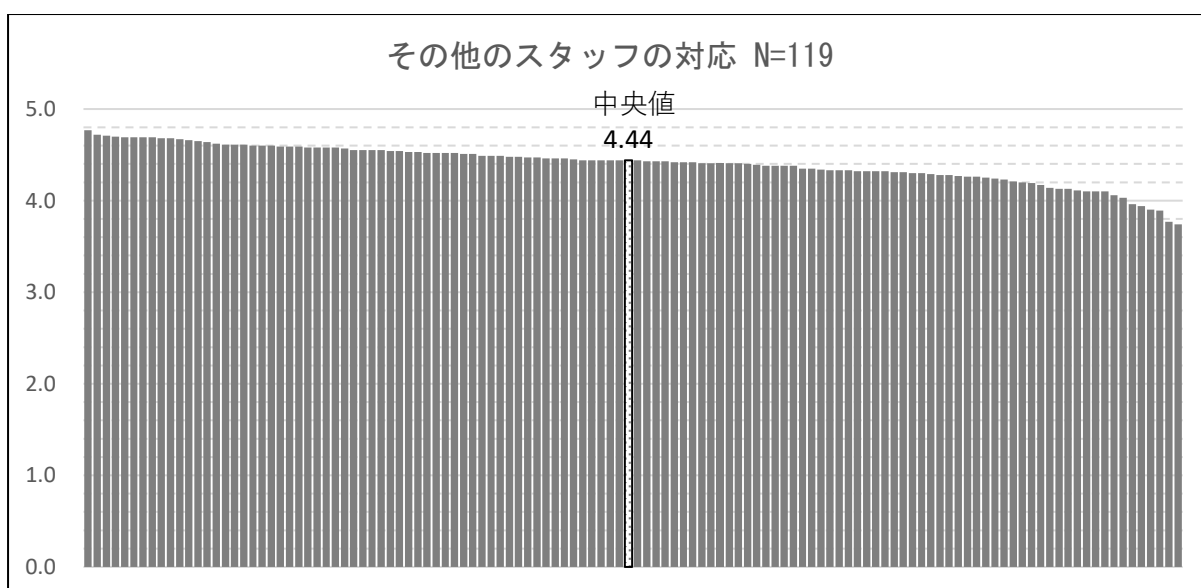
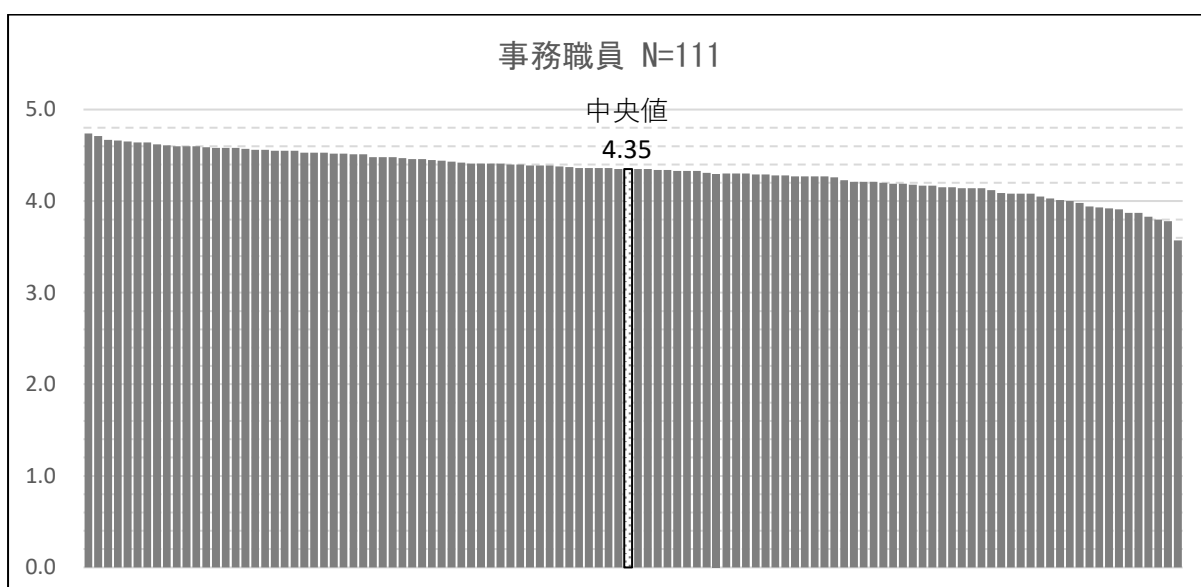
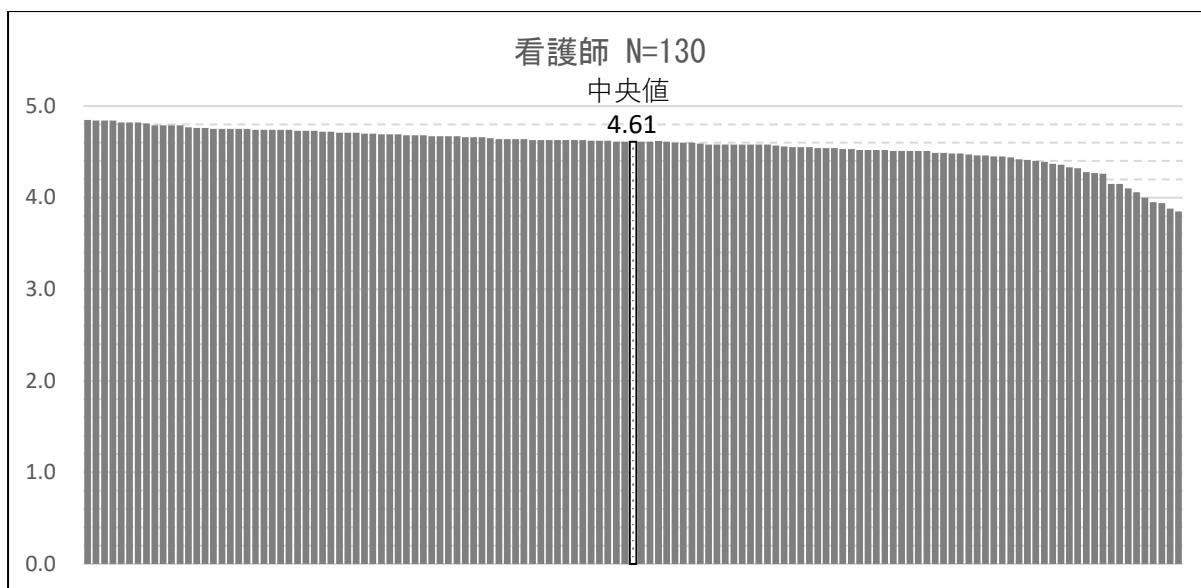
1. ○○○○（病院名）を親しい方にもすすめようと思いますか？（総合評価）※
2. 医師による診療・治療内容
3. 医師との対話
4. 看護師
5. 事務職員
6. その他のスタッフの対応
7. 痛みや症状を和らげる対応
8. 精神的なケア
9. プライバシー保護の対応
10. 病室・浴室・トイレなど
11. 食事の内容

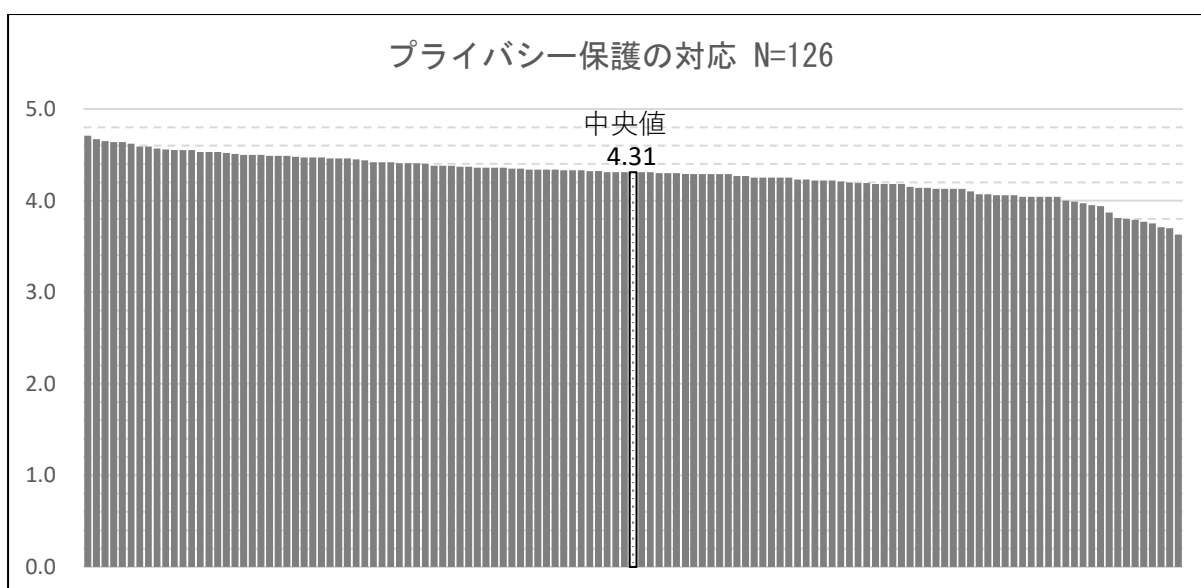
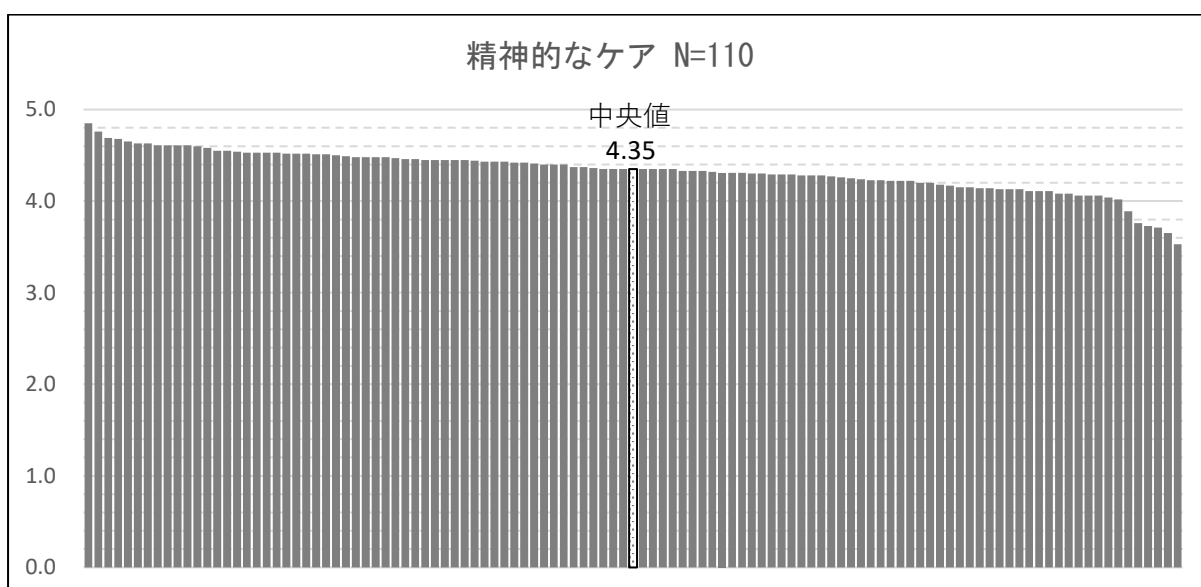
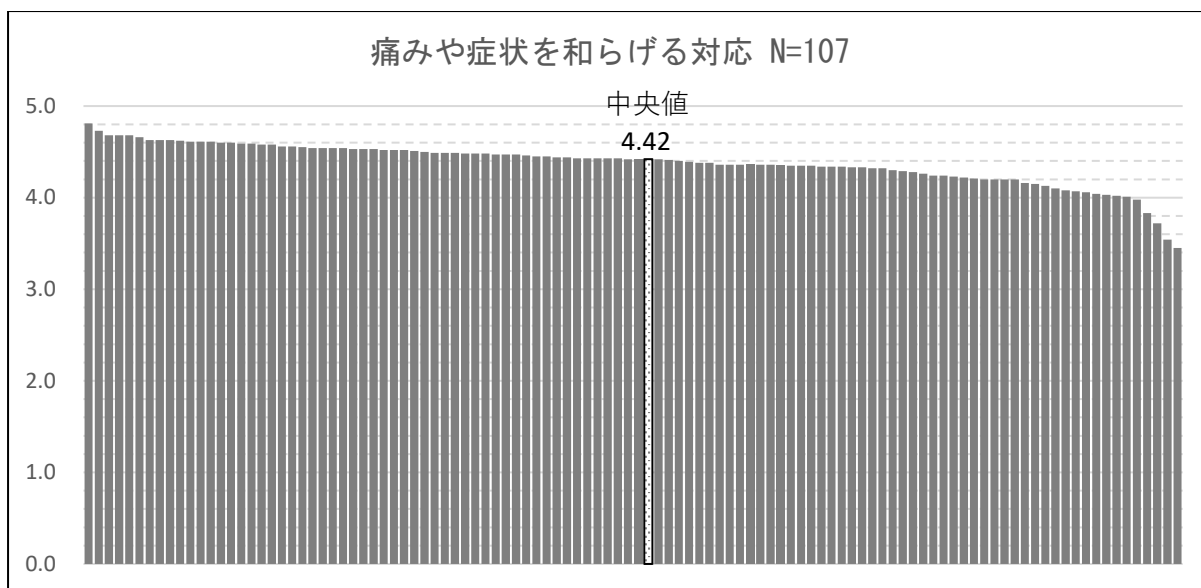


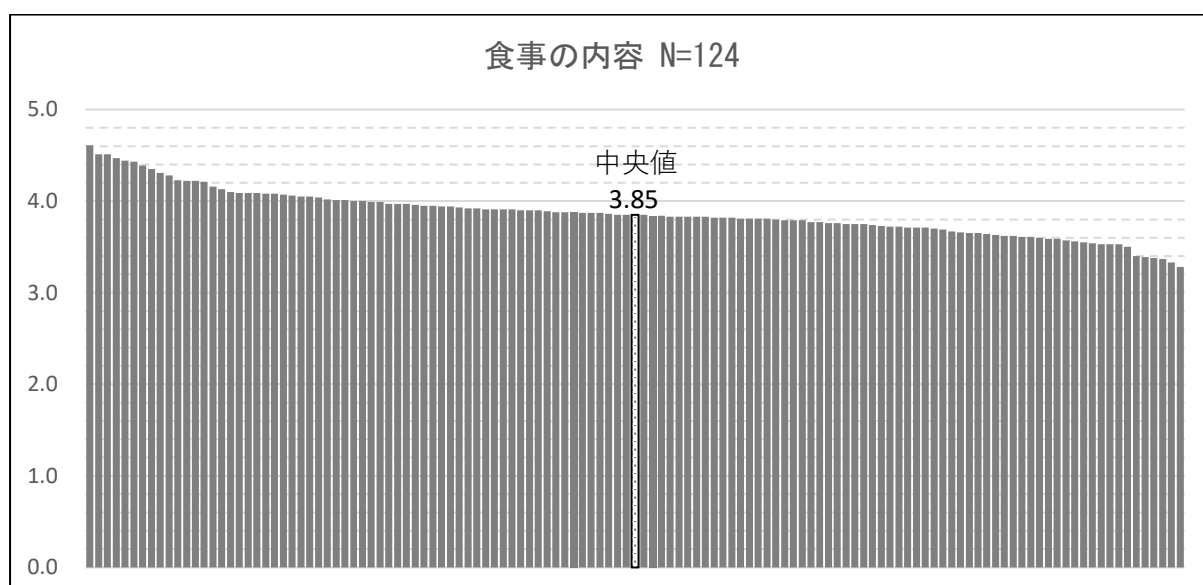
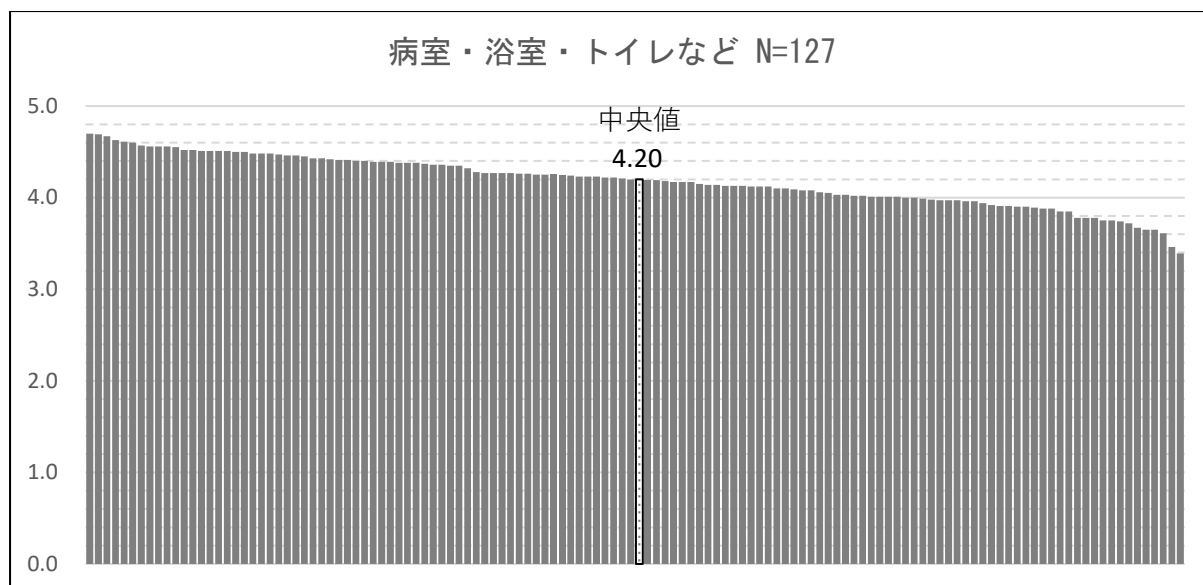
※箱ひげ図の見方は p. 13 参照。

【設問別の得点分布】





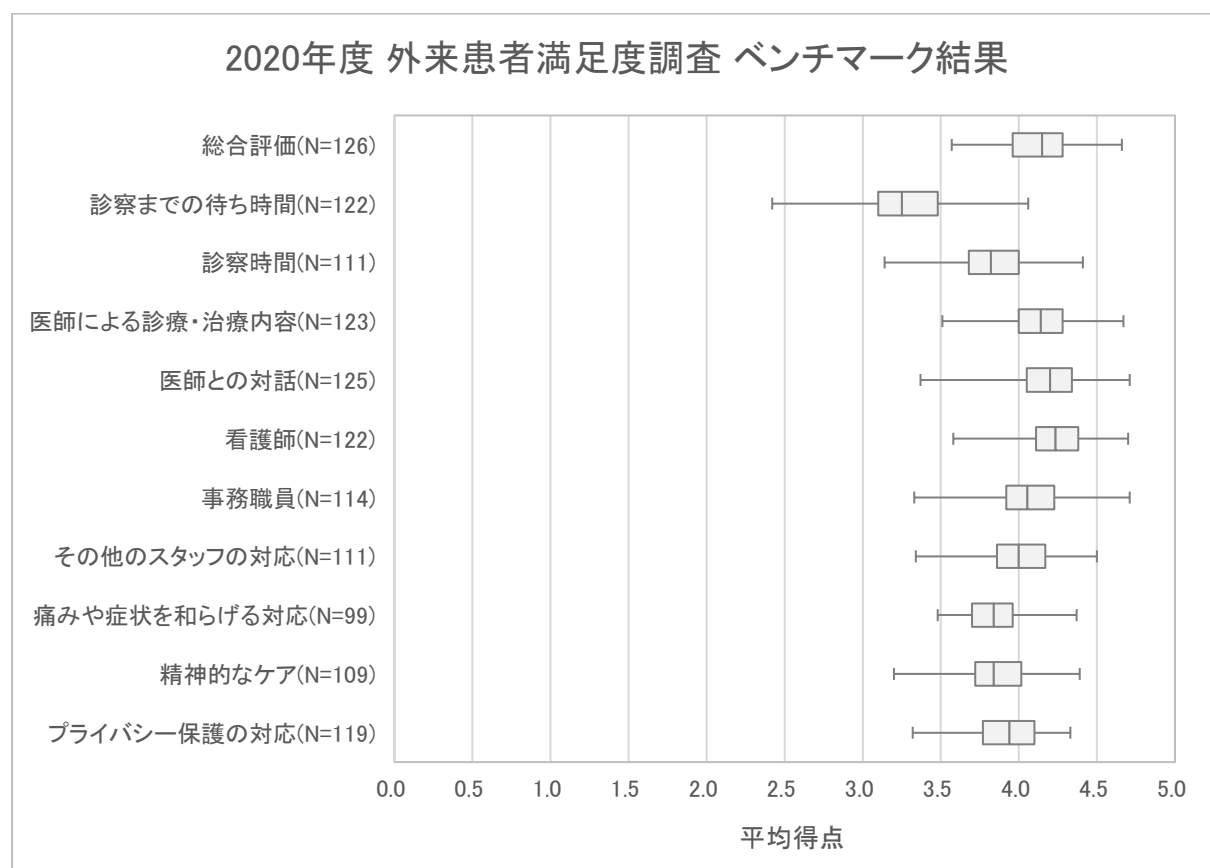




②外来患者満足度調査

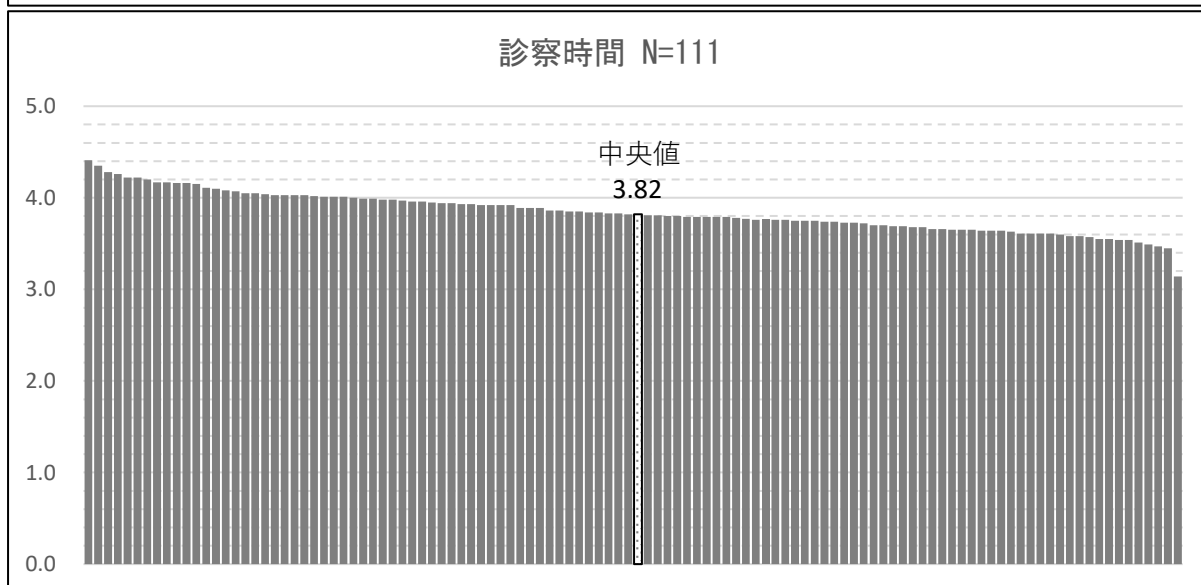
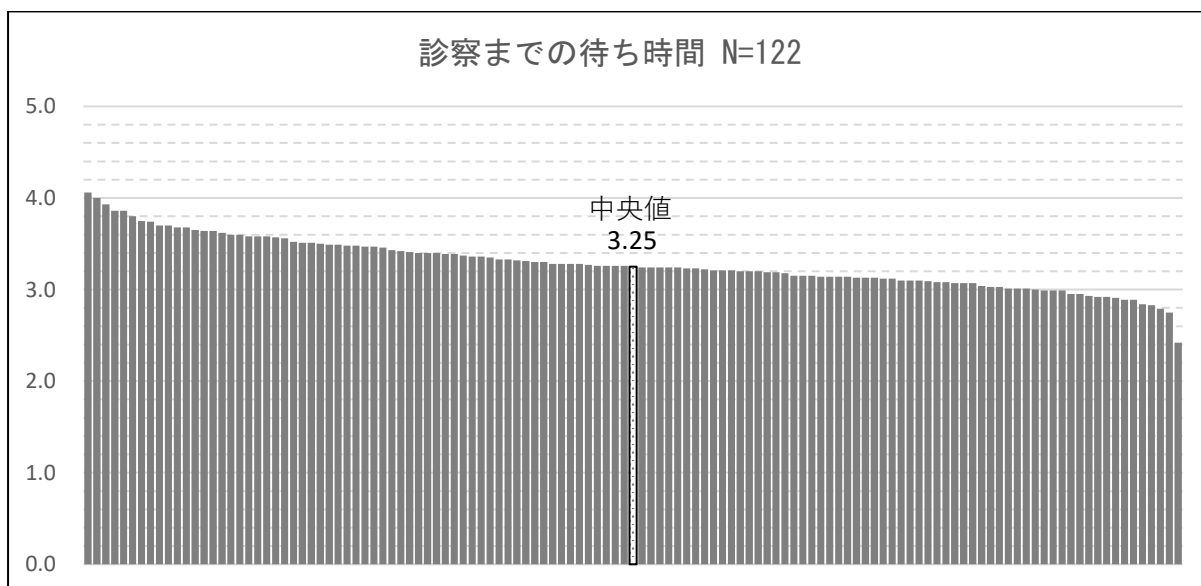
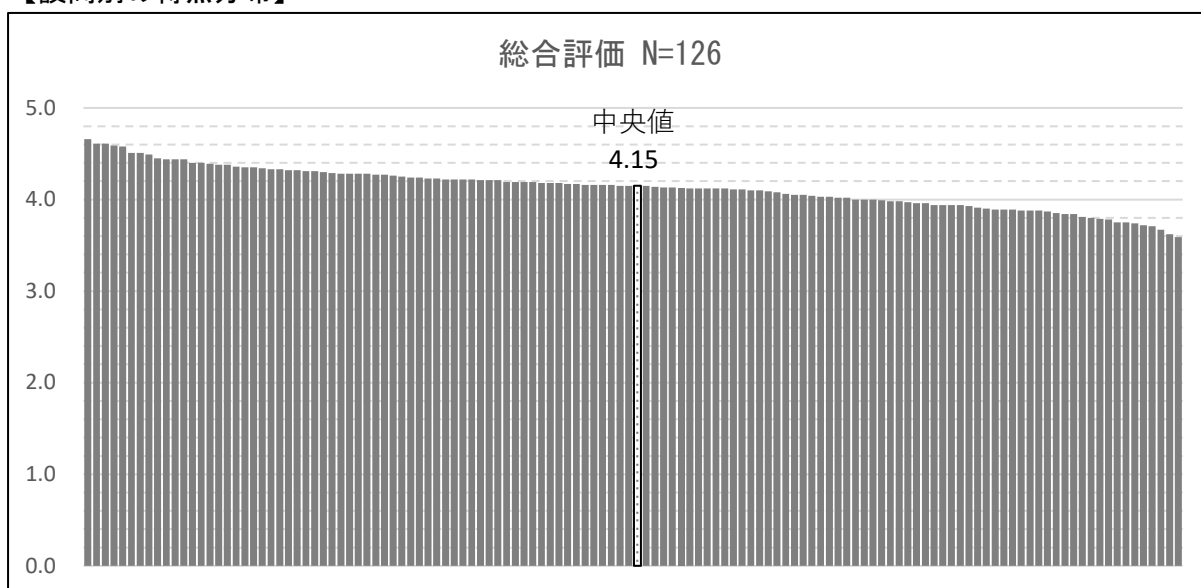
【ベンチマーク設問一覧】

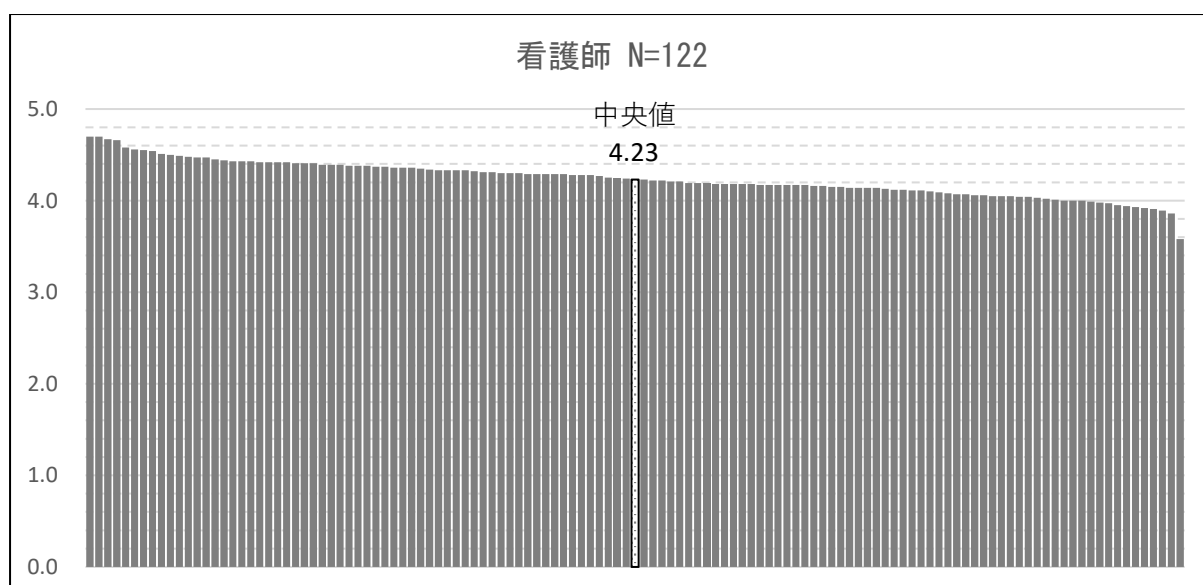
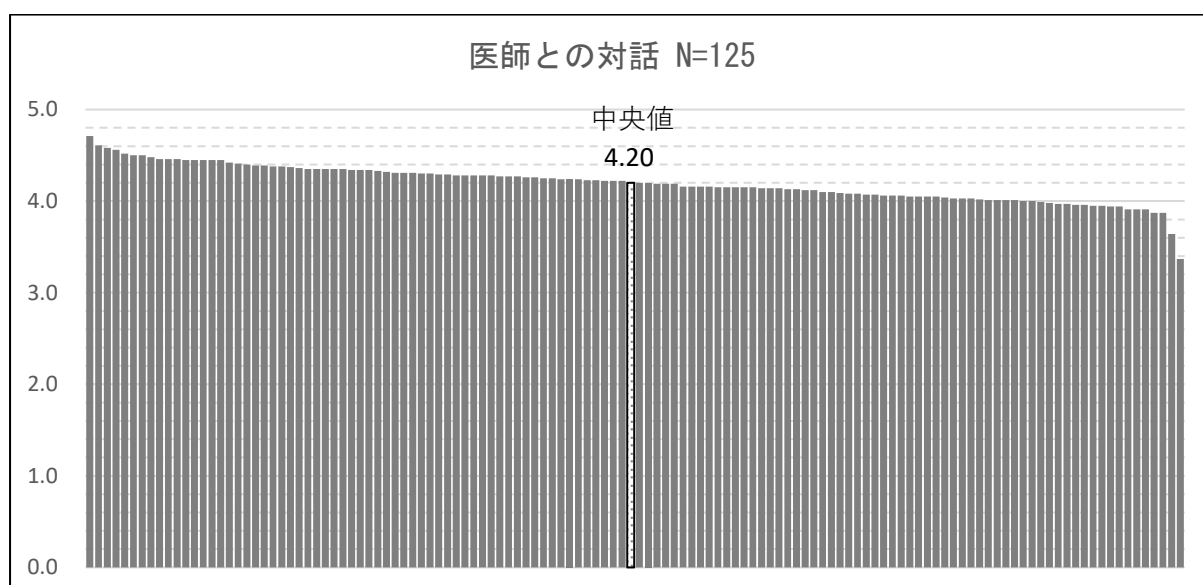
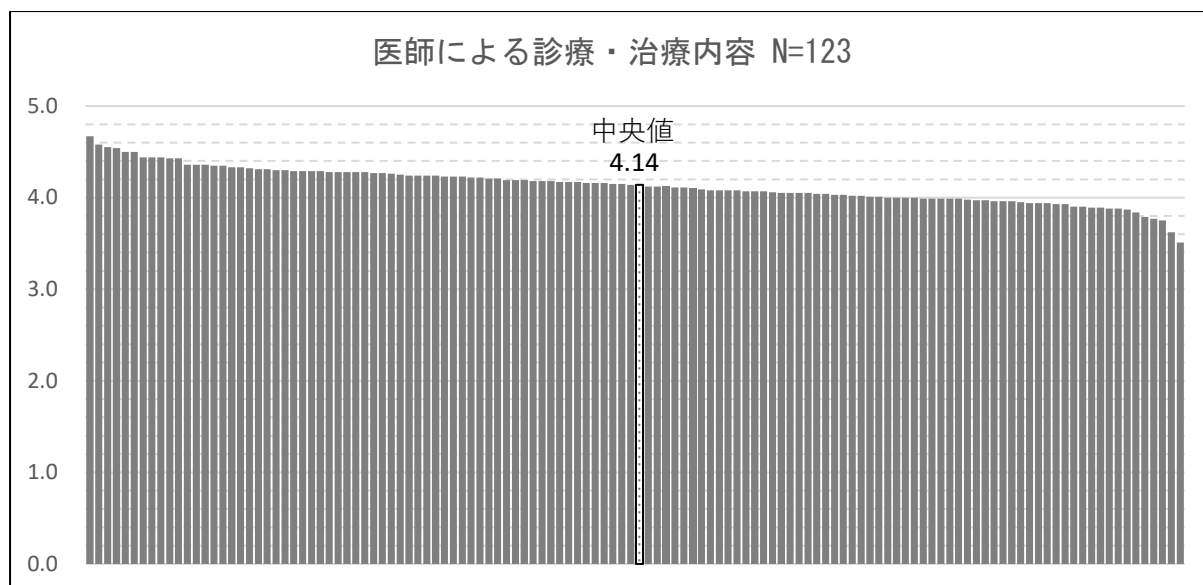
1. ○○○○（病院名）を親しい方にもすすめようと思いますか？（総合評価）※
2. 診察までの待ち時間
3. 診察時間
4. 医師による診療・治療内容
5. 医師との対話
6. 看護師
7. 事務職員
8. その他のスタッフの対応
9. 痛みや症状を和らげる対応
10. 精神的なケア
11. プライバシー保護の対応

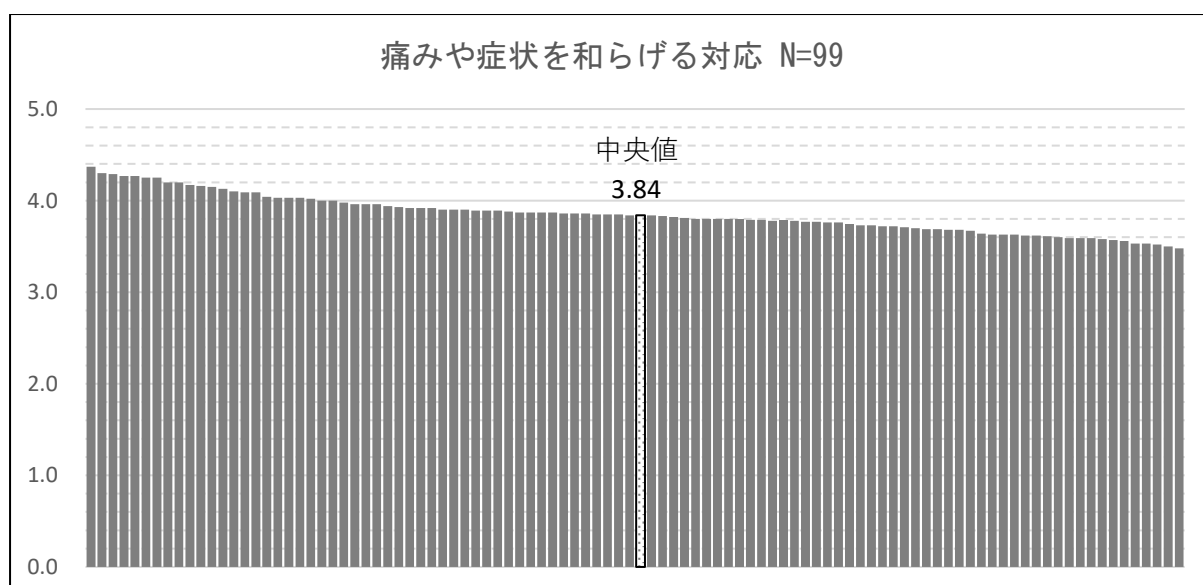
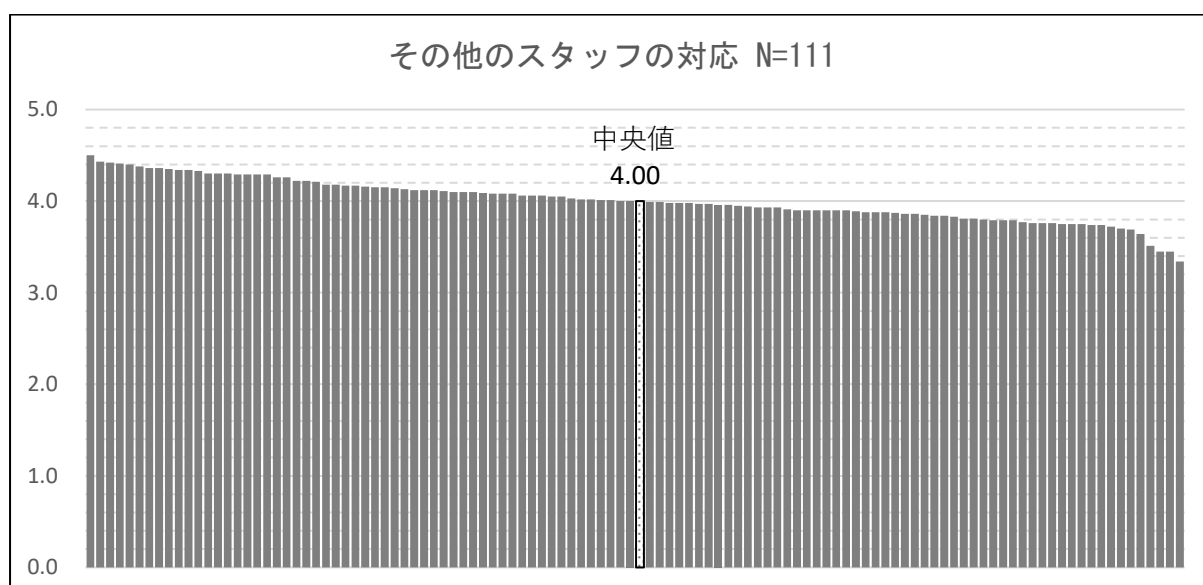
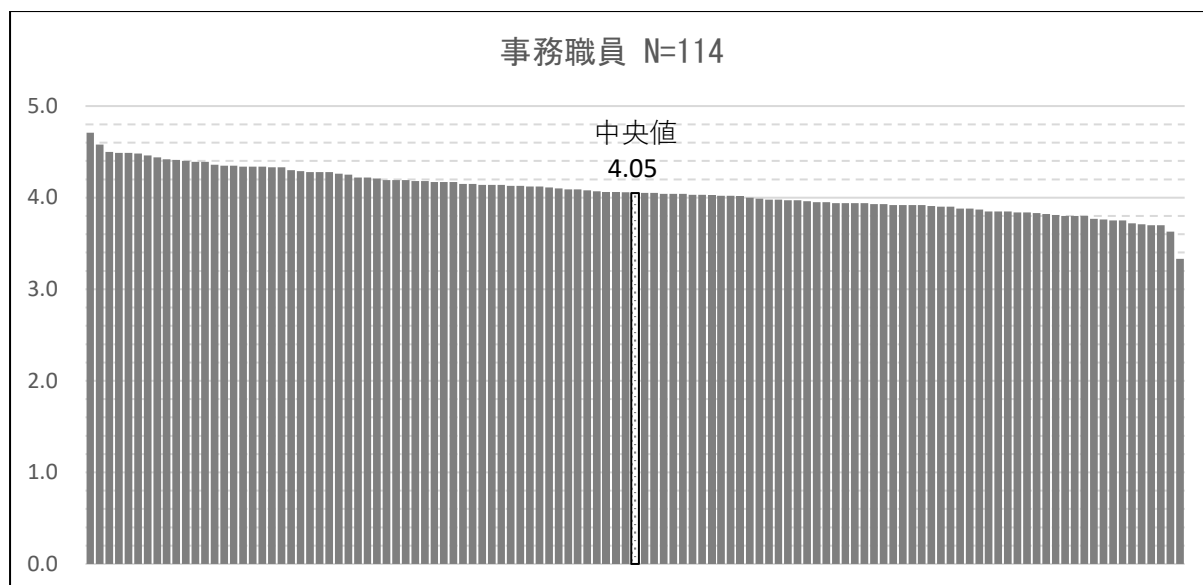


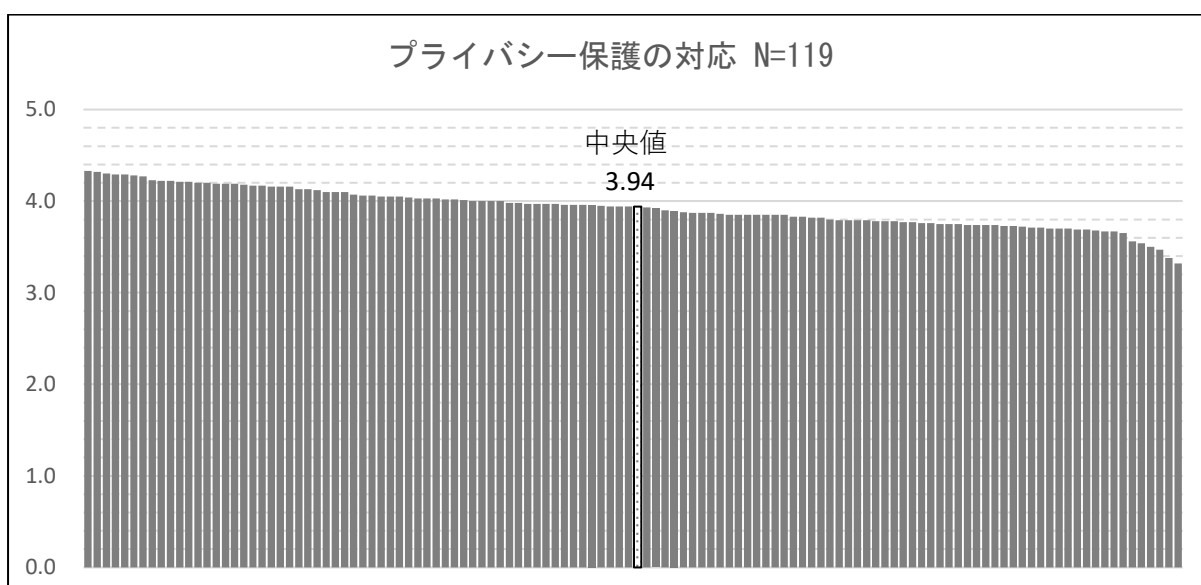
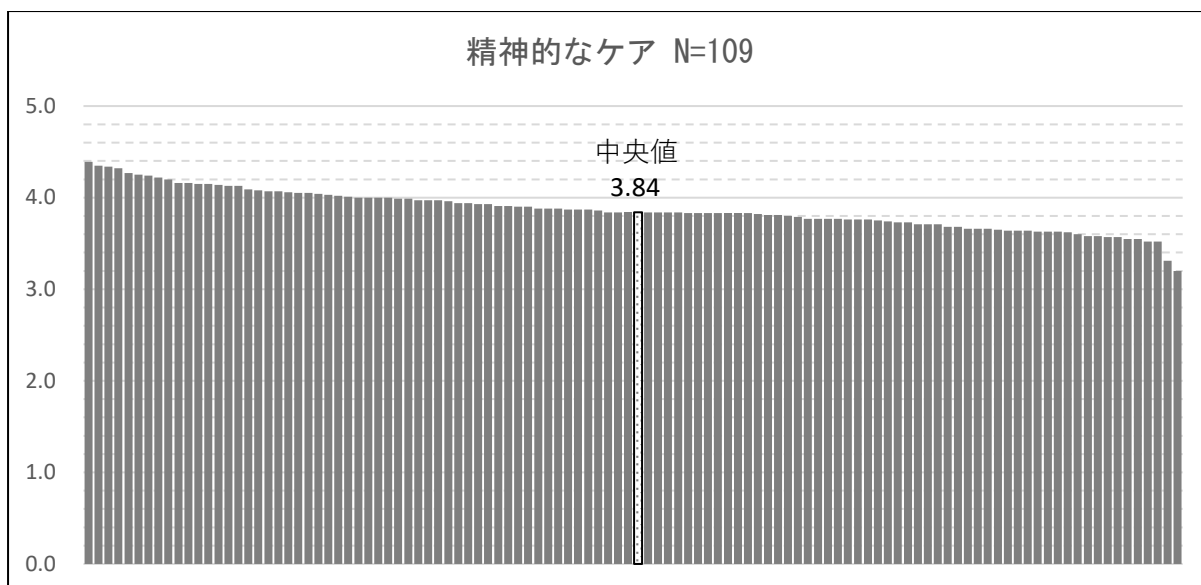
※箱ひげ図の見方は p. 13 参照。

【設問別の得点分布】





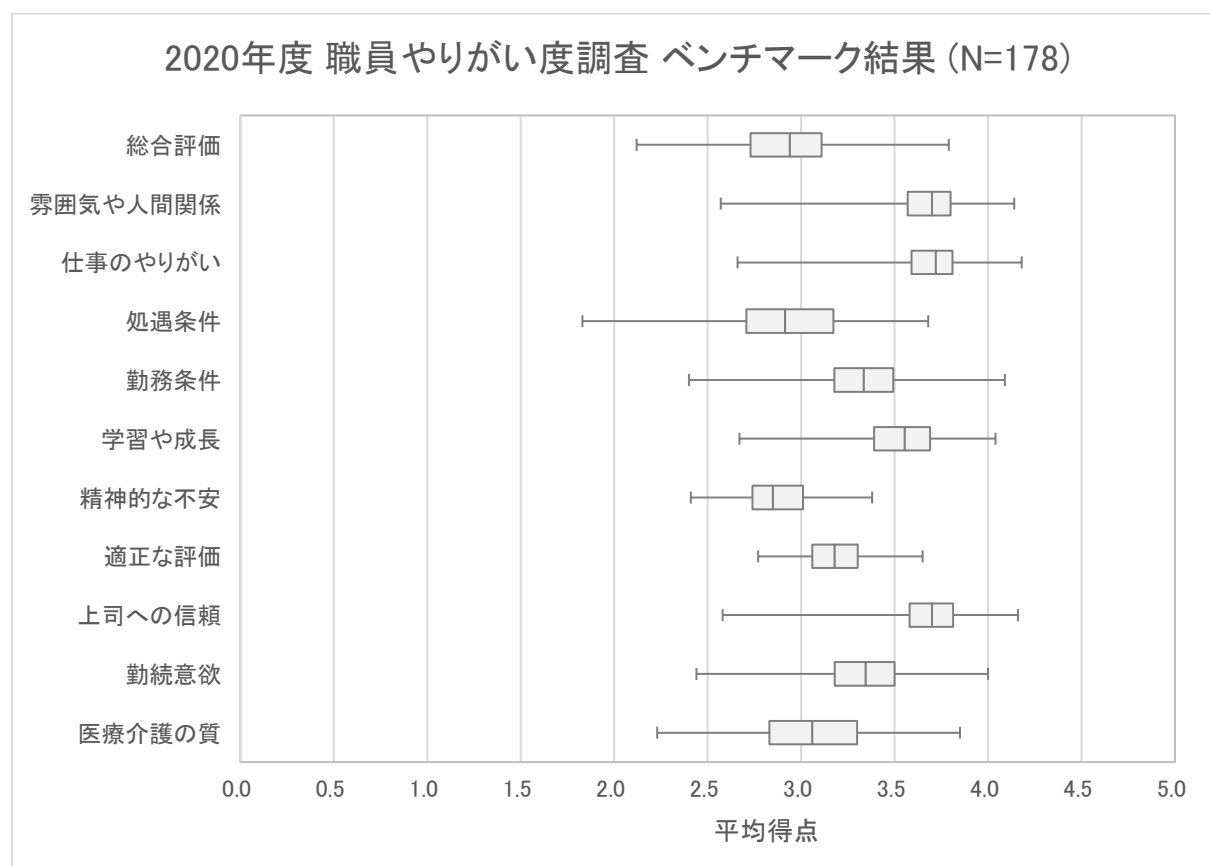




③職員やりがい度調査

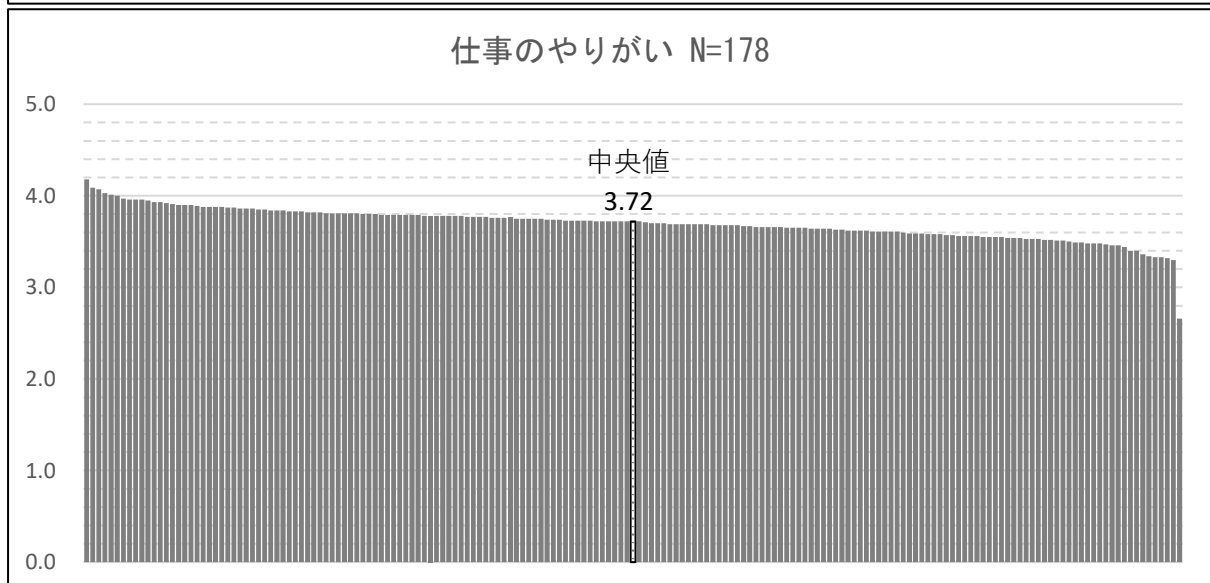
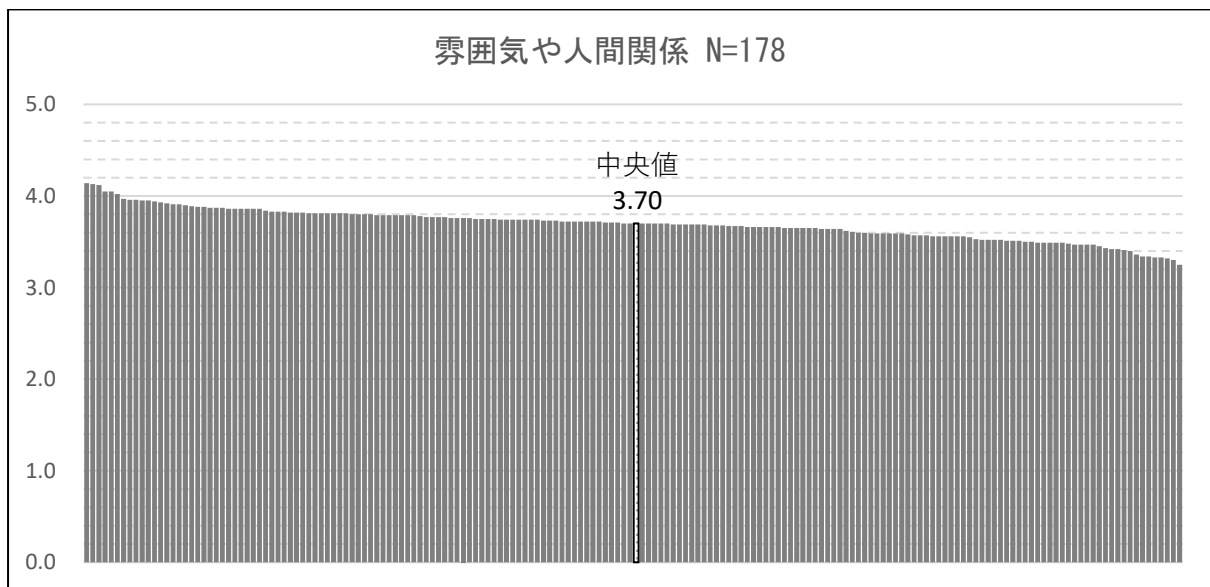
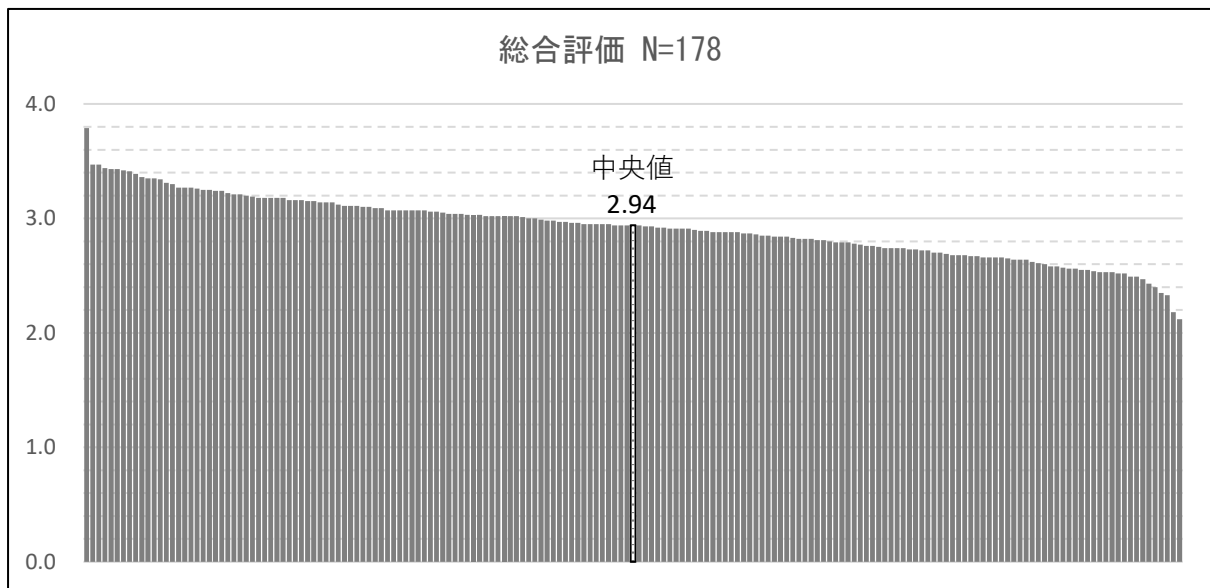
【ベンチマーク設問一覧】

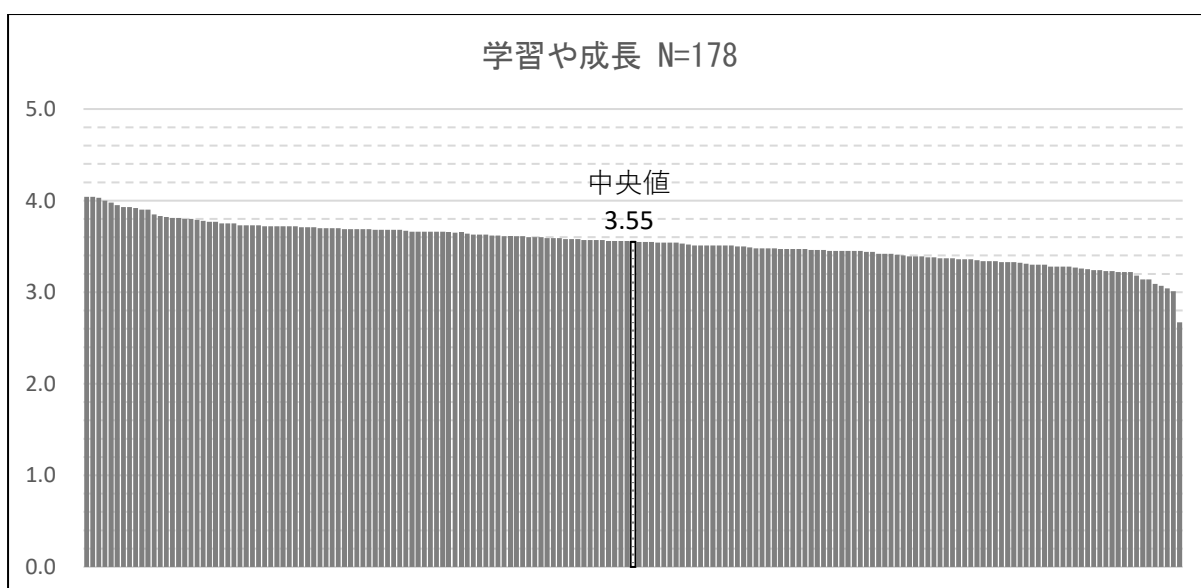
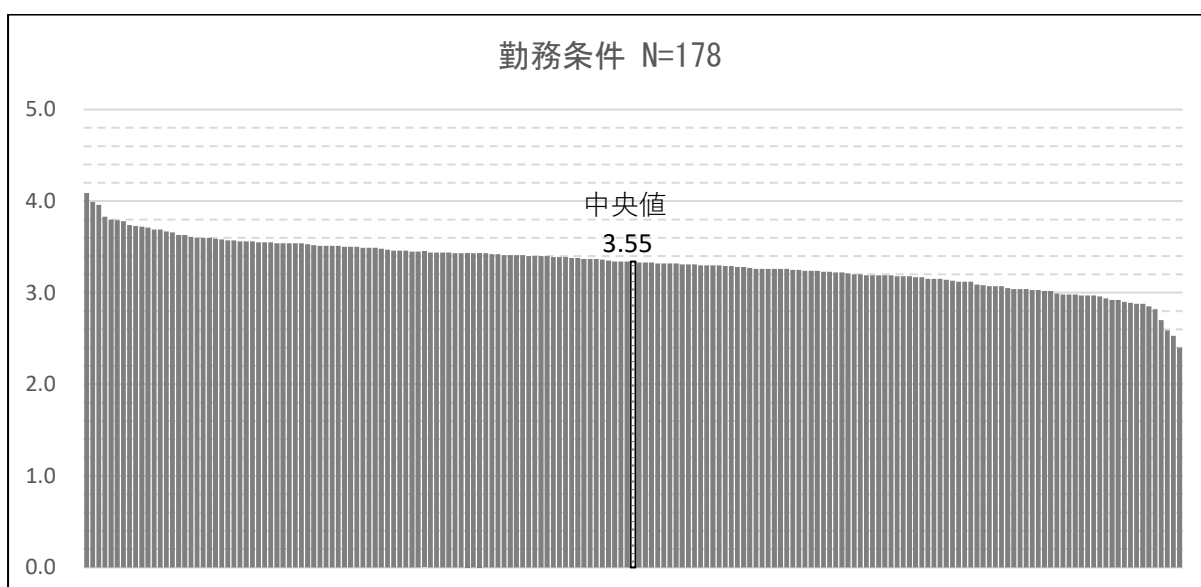
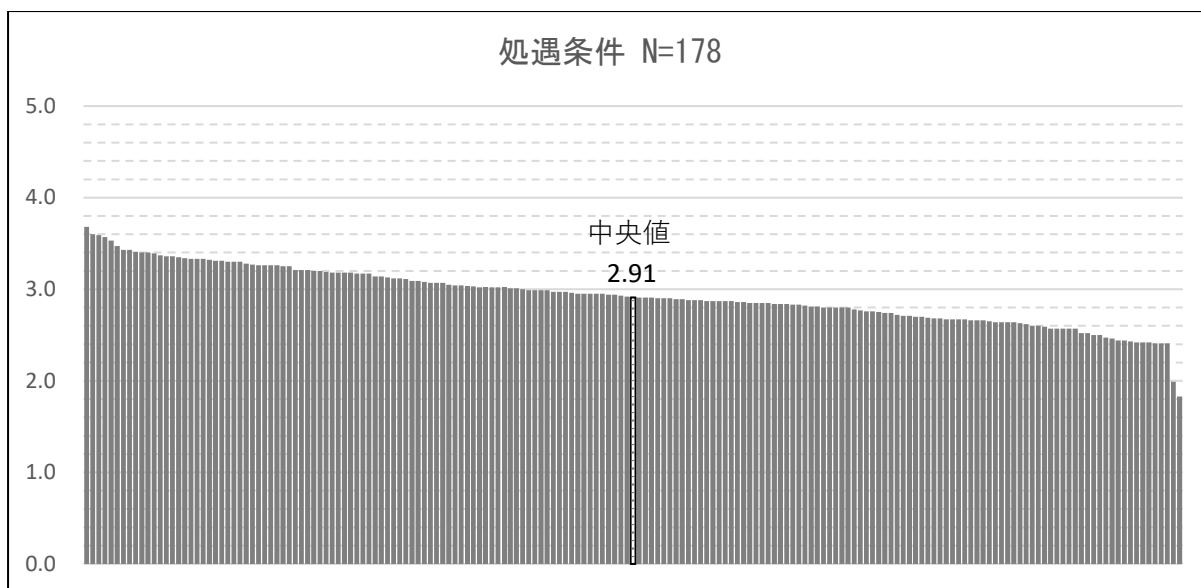
1. 総合評価（〇〇〇〇（病院名）を職場としてすすめようと思いますか?）
2. 雰囲気や人間関係（職場の雰囲気や人間関係は良好だと思いますか?）
3. 仕事のやりがい（現在の仕事にやりがいがあると思いますか?）
4. 処遇条件（現在の処遇条件（報酬や福利厚生）を満足だと思いますか?）
5. 勤務条件（現在の勤務条件（休日や勤務時間）を満足だと思いますか?）
6. 学習や成長（学習や成長の機会があると思いますか?）
7. 精神的な不安（精神的な不安を感じずに仕事ができると思いますか?）
8. 適正な評価（仕事の成果や能力が適正に評価されていると思いますか?）
9. 上司への信頼（あなたの上司を信頼できると思いますか?）
10. 勤続の意欲（これからも、この病院・施設で働き続けたいと思いますか?）
11. 医療介護の質（病院・施設として、知人にすすめようと思いますか?）

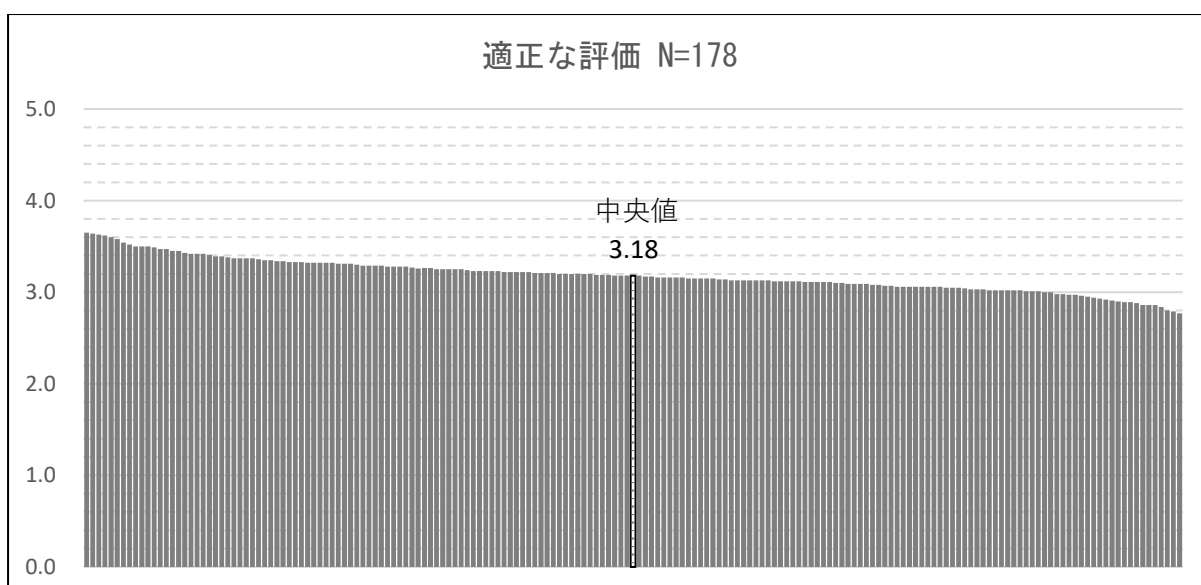
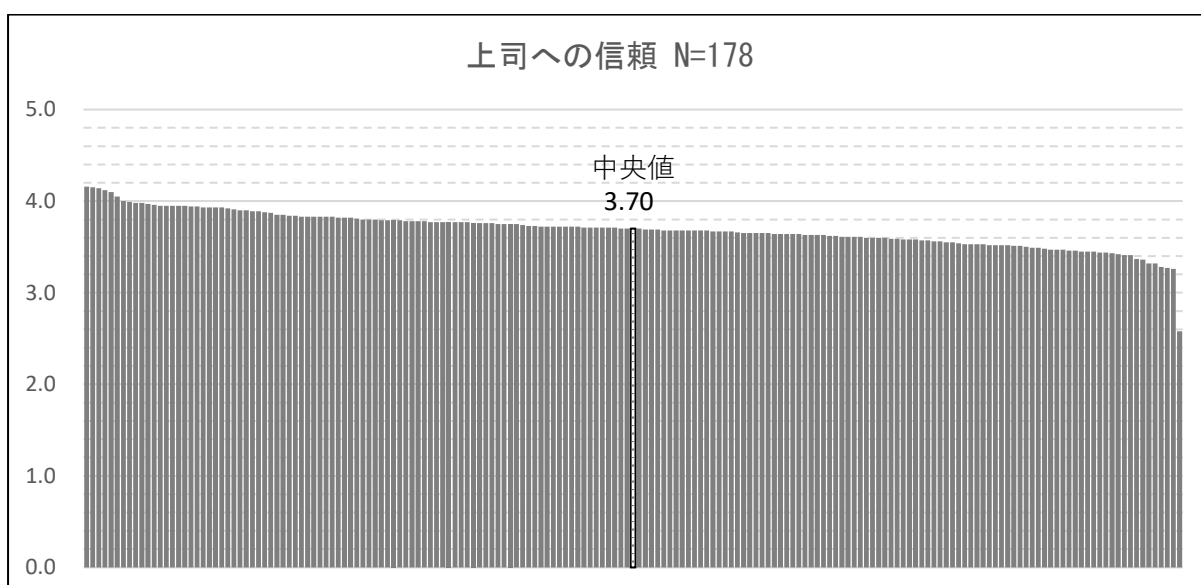
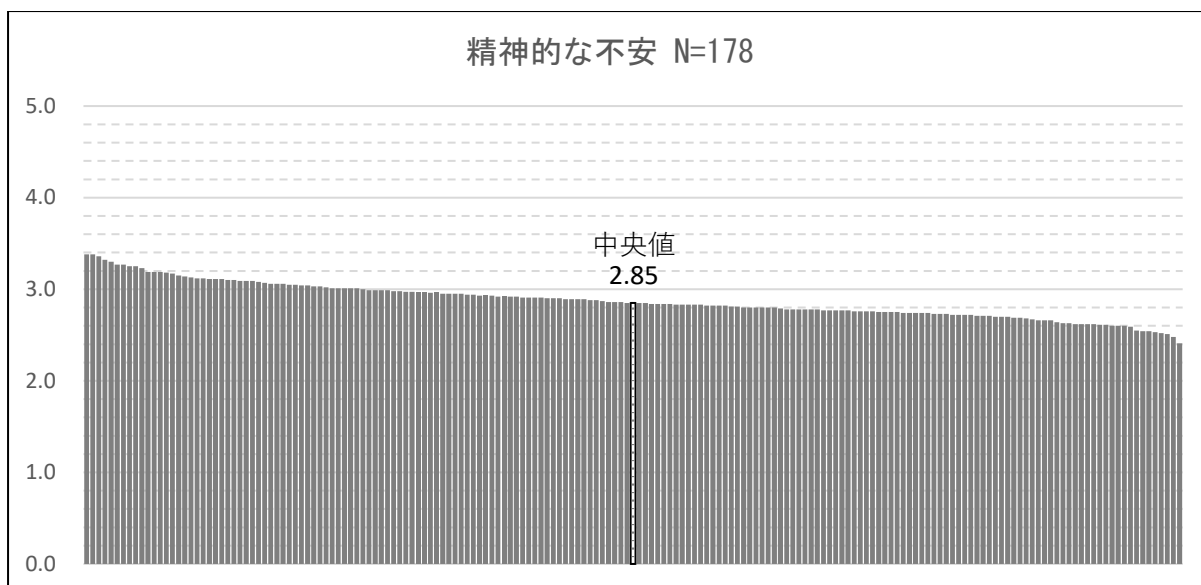


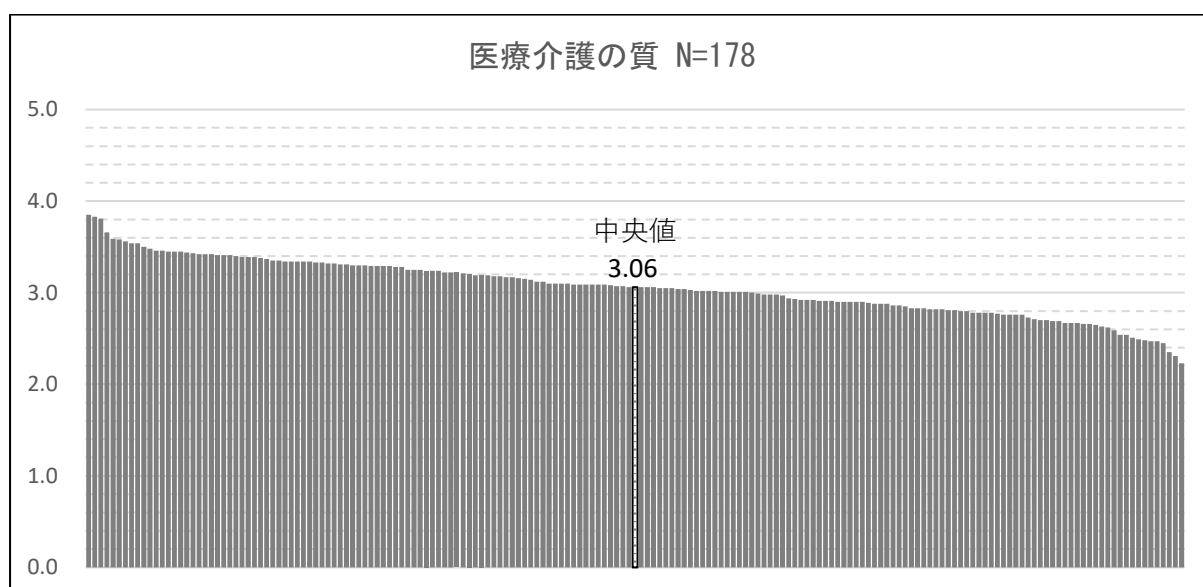
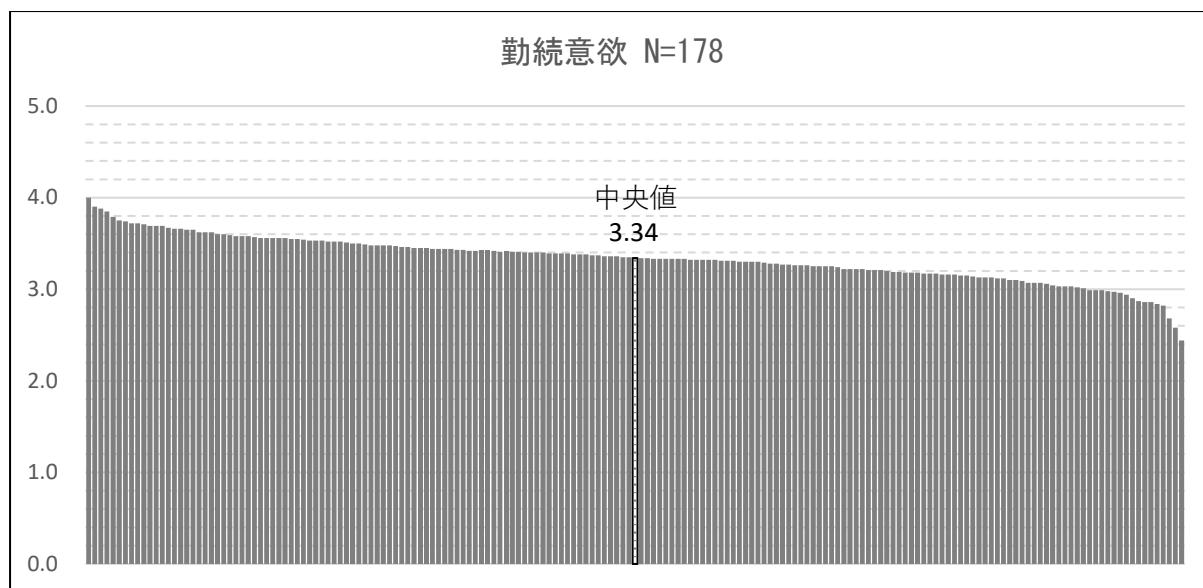
※箱ひげ図の見方は p. 13 参照。

【設問別の得点分布】









病院カテゴリ別 平均得点比較

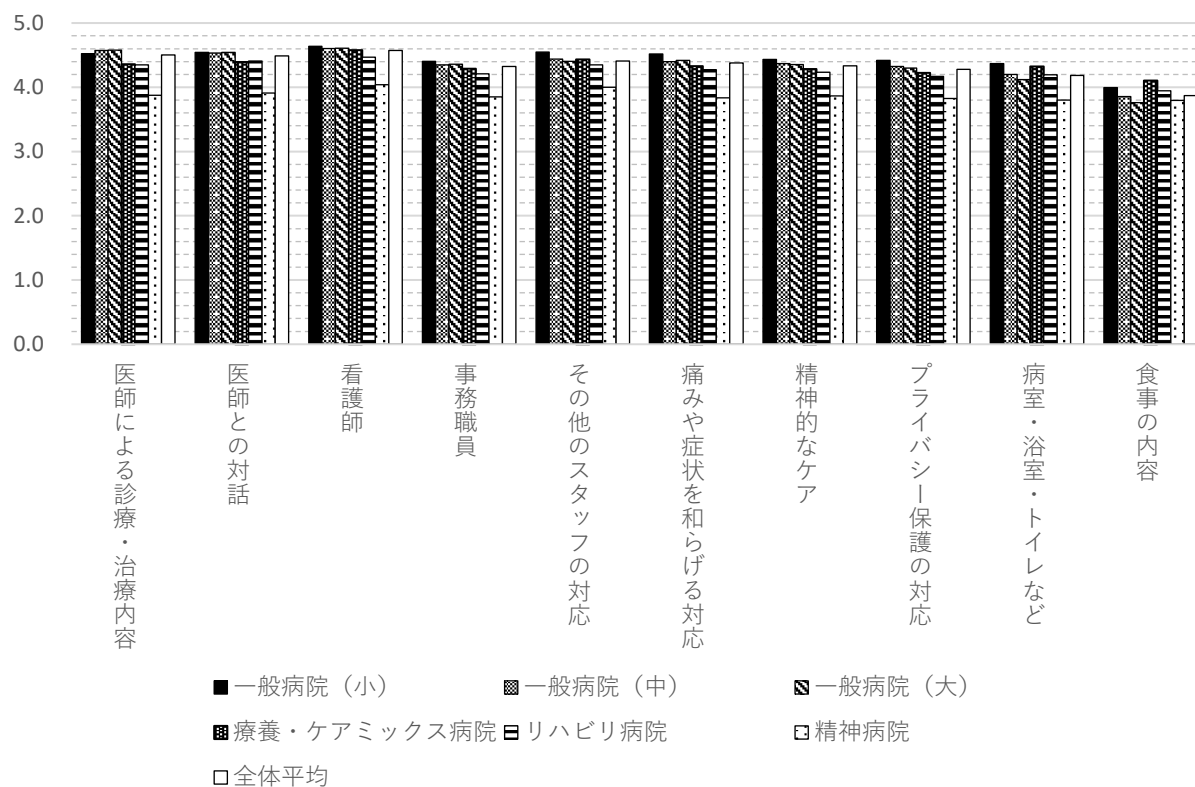
対象施設：2020 年度ベンチマークに参加した施設（回答数 50 件以上）

① 入院患者満足度調査

カテゴリ	一般病院（小）	一般病院（中）	一般病院（大）	療養・ケアミックス病院	リハビリ病院	精神病院	全体平均
総合評価	4.5	4.4	4.5	4.5	4.3	3.7	4.4
医師による診療・治療内容	4.5	4.6	4.6	4.4	4.3	3.9	4.5
医師との対話	4.5	4.5	4.5	4.4	4.4	3.9	4.5
看護師	4.6	4.6	4.6	4.6	4.5	4.0	4.6
事務職員	4.4	4.3	4.4	4.3	4.2	3.9	4.3
その他のスタッフの対応	4.5	4.4	4.4	4.4	4.3	4.0	4.4
痛みや症状を和らげる対応	4.5	4.4	4.4	4.3	4.3	3.8	4.4
精神的なケア	4.4	4.4	4.4	4.3	4.2	3.9	4.3
プライバシー保護の対応	4.4	4.3	4.3	4.2	4.2	3.8	4.3
病室・浴室・トイレなど	4.4	4.2	4.1	4.3	4.2	3.8	4.2
食事の内容	4.0	3.9	3.8	4.1	3.9	3.8	3.9
回答病院数(全135病院)	11	50	41	14	14	5	—

※集計回答数は、「総合評価」の件数で算出

※平均得点=(ベンチマーク参加病院の平均得点の合計) / (ベンチマーク参加病院数)

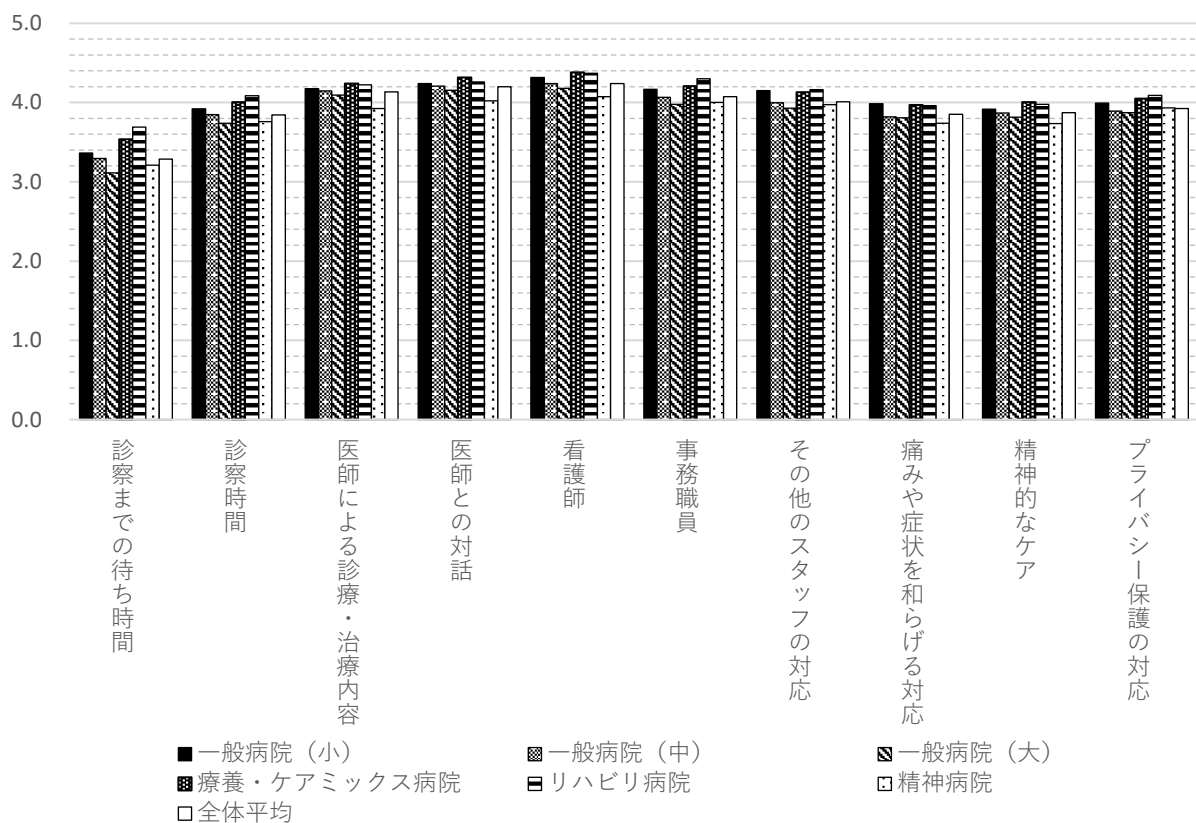


② 外来患者満足度調査

カテゴリ	一般病院（小）	一般病院（中）	一般病院（大）	療養・ケアミックス病院	リハビリ病院	精神病院	全体平均
総合評価	4.2	4.1	4.1	4.2	4.2	3.9	4.1
診察までの待ち時間	3.4	3.3	3.1	3.5	3.7	3.2	3.3
診察時間	3.9	3.8	3.7	4.0	4.1	3.8	3.8
医師による診療・治療内容	4.2	4.1	4.1	4.2	4.2	3.9	4.1
医師との対話	4.2	4.2	4.2	4.3	4.3	4.0	4.2
看護師	4.3	4.2	4.2	4.4	4.4	4.1	4.2
事務職員	4.2	4.1	4.0	4.2	4.3	4.0	4.1
その他のスタッフの対応	4.2	4.0	3.9	4.1	4.2	4.0	4.0
痛みや症状を和らげる対応	4.0	3.8	3.8	4.0	4.0	3.7	3.9
精神的なケア	3.9	3.9	3.8	4.0	4.0	3.7	3.9
プライバシー保護の対応	4.0	3.9	3.9	4.1	4.1	3.9	3.9
回答病院数(全126病院)	12	49	39	12	8	6	—

※集計回答数は、「総合評価」の件数で算出

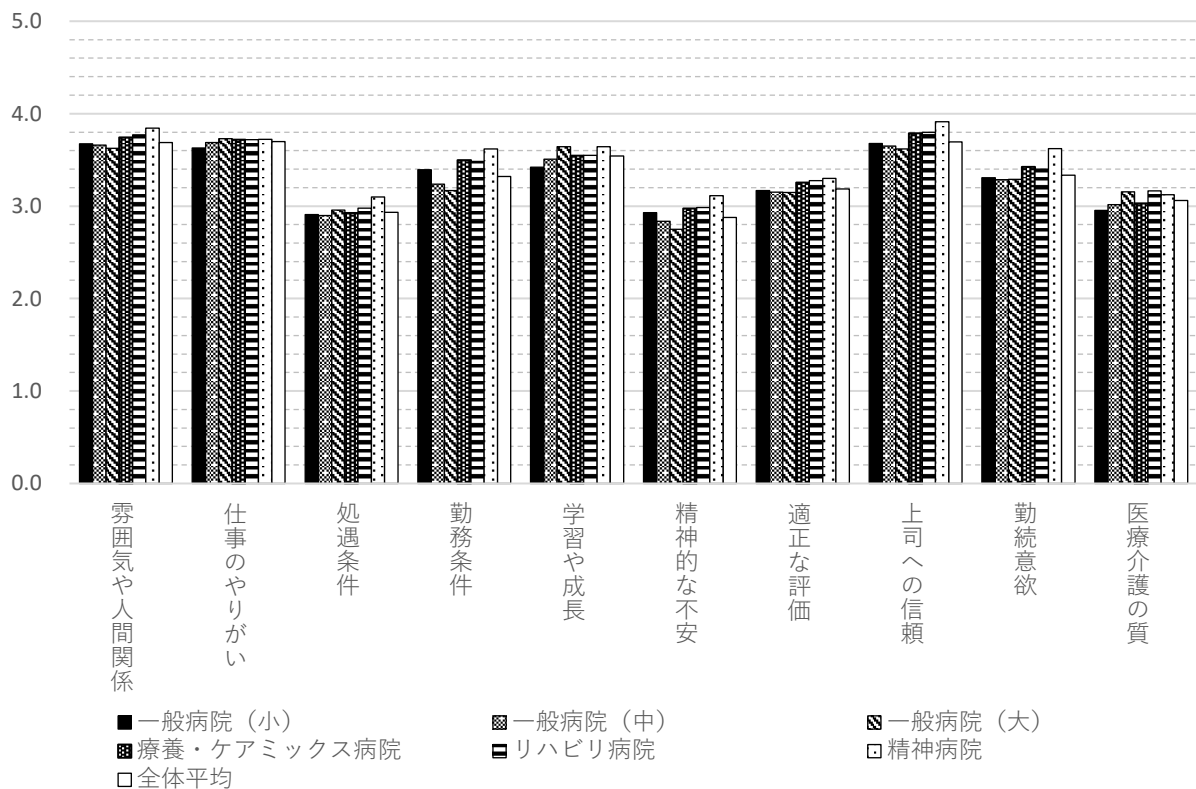
※平均得点=(ベンチマーク参加病院の平均得点の合計) / (ベンチマーク参加病院数)



③ 職員やりがい度調査

カテゴリ	一般病院（小）	一般病院（中）	一般病院（大）	療養・ケアミックス病院	リハビリ病院	精神病院	全体平均
総合評価	2.8	2.9	3.0	2.9	3.1	3.1	2.9
雰囲気や人間関係	3.7	3.7	3.6	3.7	3.8	3.8	3.7
仕事のやりがい	3.6	3.7	3.7	3.7	3.7	3.7	3.7
処遇条件	2.9	2.9	3.0	2.9	3.0	3.1	2.9
勤務条件	3.4	3.2	3.2	3.5	3.5	3.6	3.3
学習や成長	3.4	3.5	3.6	3.5	3.5	3.6	3.5
精神的な不安	2.9	2.8	2.8	3.0	3.0	3.1	2.9
適正な評価	3.2	3.1	3.1	3.3	3.3	3.3	3.2
上司への信頼	3.7	3.7	3.6	3.8	3.8	3.9	3.7
勤続意欲	3.3	3.3	3.3	3.4	3.4	3.6	3.3
医療介護の質	3.0	3.0	3.2	3.0	3.2	3.1	3.1
回答病院数(全178病院)	23	64	39	24	21	7	—

※平均得点=(ベンチマーク参加病院の平均得点の合計) / (ベンチマーク参加病院数)

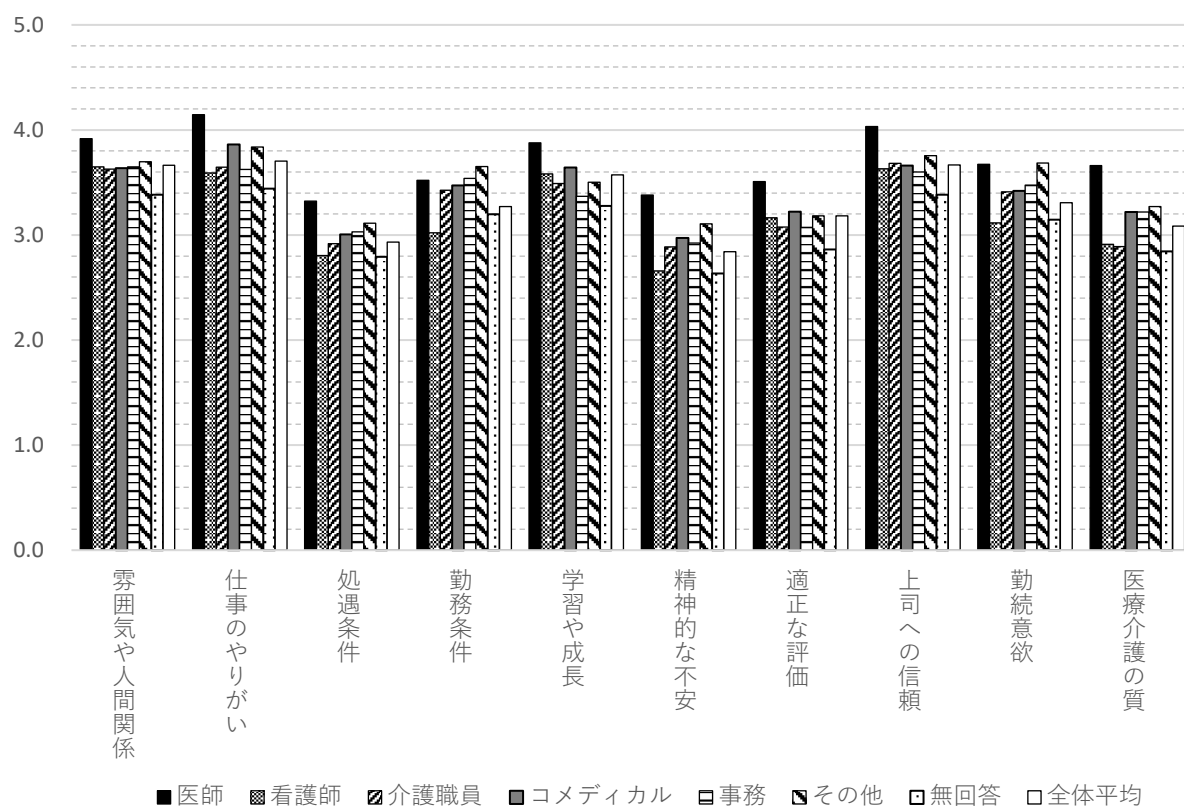


職種別 平均得点比較

対象施設：2020 年度ベンチマークに参加した施設（回答数 50 件以上）

職員やりがい度調査

ベンチマーク設問	医師	看護師	介護職員	コメディカル	事務	その他	無回答	全体平均
総合評価	3.5	2.8	2.8	3.0	2.9	3.1	2.6	2.9
雰囲気や人間関係	3.9	3.6	3.6	3.6	3.6	3.7	3.4	3.7
仕事のやりがい	4.1	3.6	3.6	3.9	3.6	3.8	3.4	3.7
処遇条件	3.3	2.8	2.9	3.0	3.0	3.1	2.8	2.9
勤務条件	3.5	3.0	3.4	3.5	3.5	3.7	3.2	3.3
学習や成長	3.9	3.6	3.5	3.6	3.4	3.5	3.3	3.6
精神的な不安	3.4	2.7	2.9	3.0	2.9	3.1	2.6	2.8
適正な評価	3.5	3.2	3.1	3.2	3.1	3.2	2.9	3.2
上司への信頼	4.0	3.6	3.7	3.7	3.6	3.8	3.4	3.7
勤続意欲	3.7	3.1	3.4	3.4	3.5	3.7	3.1	3.3
医療介護の質	3.7	2.9	2.9	3.2	3.2	3.3	2.8	3.1
回答数(全82,310件)	5,881	40,152	3,122	16,134	10,900	4,926	1,195	—



セミナー開催概要

2020 年度第 1 回活用支援セミナー (ZOOM ウェビナー)

日時：2020 年 9 月 30 日 (水) 13：30～16：30

配信会場：公益財団法人 日本医療機能評価機構

時間	プログラム
13:30～13:40 (10 分)	開会、事務局からのご案内①
13:40～14:20 (40 分)	2019 年度ベンチマーク結果および満足度の測定について 日本医療機能評価機構 理事 長谷川 友紀
14:20～14:30 (10 分)	休憩
14:30～14:55 (25 分)	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 医療の質安全管理室 室長・安全管理責任者 石丸 新 医療の質安全管理室 副室長・質管理者 上原 和美
14:55～15:20 (25 分)	職員やりがい度調査事例報告 独立行政法人国立病院機構 横浜医療センター 事務部企画課 医事室長 斉藤 貴之
15:20～15:30 (10 分)	休憩
15:30～15:55 (25 分)	今年こそ、活用したい ～認識が期待を超える病院になるための意識改革～ 社会福祉法人聖テレジア会 鎌倉リハビリテーション聖テレジア病院 総務課 課長 池田 俊一 本庄 真実子
15:55～16:25 (30 分)	ディスカッション・質疑応答 座長：日本医療機能評価機構 理事 長谷川 友紀
16:25～16:30 (5 分)	事務局からのご案内②
16:30	閉会

リアルタイム視聴：21 病院の視聴

録画配信：121 病院の視聴(2021 年 5 月 10 日現在)

2020 年度第 2 回活用支援セミナー (ZOOM ウェビナー)

日時：2021 年 2 月 26 日 (金) 13:30～16:30

配信会場：公益財団法人 日本医療機能評価機構

時間	プログラム
13:30～13:40 (10 分)	開会、事務局からのご案内①
13:40～13:50 (10 分)	理事挨拶 日本医療機能評価機構 理事 長谷川 友紀
13:50～14:30 (40 分)	基調講演：職員やりがい度調査をどう活用するか？ 公立大学法人 横浜市立大学附属病院 病院長 後藤 隆久
14:30～14:40 (10 分)	休憩
14:40～15:05 (25 分)	患者満足度・職員やりがい度 活用支援セミナー事例紹介 宗教法人在日本南プレスビテリアンミッション 淀川キリスト教病院 統括副院長 鍋谷 まこと
15:05～15:30 (25 分)	職員やりがい度調査を通じた質改善の取り組み事例 公益財団法人操風会 岡山旭東病院 財団営業本部長・人材育成センター長 河村 武人
15:30～15:40 (10 分)	休憩
15:40～16:05 (25 分)	患者満足度・職員やりがい度を活用した取り組み 社会医療法人財団白十字会 燿光リハビリテーション病院 事務部 課長 濱田 太一
16:05～16:25 (20 分)	質疑応答、ディスカッション 座長：日本医療機能評価機構 理事 長谷川 友紀
16:25～16:30 (5 分)	事務局からのご案内②
16:30	閉会

リアルタイム視聴：44 病院の視聴

録画配信：71 病院の視聴(2021 年 5 月 10 日現在)

活用事例

2020 年度 発行分

2020 年度は、以下の 6 事例を発行した。
ホームページからダウンロードすることができる。

<https://www.jq-hyouka.jcqh.or.jp/support/satisfaction/case-2/>

1. 職員のモチベーション管理・組織の活性化に関する法人としての考え方・取り組みについて
～医療法人健育会の事例～
2. 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～
3. 職員やりがい度調査を通じた質改善への取り組み
～市立札幌病院の事例～
4. 職員やりがい度調査事例報告
～国立病院機構 横浜医療センターの事例～
5. 今年こそ、活用したい ～認識が期待を超える病院になるための意識改革～
～社会福祉法人聖テレジア会 鎌倉リハビリテーション聖テレジア病院の事例～
6. 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～

職員のモチベーション管理・組織の活性化に関する 法人としての考え方・取り組みについて

～医療法人健育会の事例～

医療法人健育会

理事長室 室長 渡部 泰寿

大学卒業後、日本航空株式会社に入社。

2003 年医療法人健育会グループの株式会社ヘルスケアシステムズに入社し、健育会本部に配属。

グループ病院と介護施設運営全般に関わり、BSC 導入や海外医療人材の受け入れ、新規病院の開設に携わる。



医療法人健育会

クオリティマネージャー 森 智美

看護師。埼玉県立がんセンター入職。

2011 年に株式会社ヘルスケアシステムズに入社し、健育会本部に配属。

グループの病院や介護施設の医療やケアの質の管理と看護部の全体の支援、海外医療人材のリクルートや受入れに携わっている。



【法人基本情報】

住所：東京都千代田区神田錦町 3-18

施設数：9 病院 2 クリニック

職員総数：約 3,000 名

1. 法人概要

医療法人健育会グループは、東京板橋の竹川病院を発祥とし、本年 67 周年を迎えました。東京・神奈川・静岡・福島・宮城・北海道に 100 床～200 床の回復期リハビリテーション病棟や療養病棟を有する病院と老健・特養・有料老人ホーム等の介護施設を展開しています。病院数は 9 病院、病床数は合計で 1,385 床です。職員数は、訪問看護等の在宅事業もあわせ

ると合計で約 3,000 名となっています。

法人本部を東京千代田区におき、グループ病院と介護施設の運営をサポートしています。患者満足度調査と職場環境調査（職員やりがい度調査）は 2004 年よりグループ全病院で実施しており、法人運営上の重要な要素として、その改善活動にも積極的に取り組んでいます。

2. 法人運営

法人運営の方針は、ミッション・ビジョン・バリュー(通称 MVV)として定めています(図 1)。法人の存在意義や長期的な目標、クライアントに提供する価値を示しており、健育会グループに入職する職員には、入職後半年経過後に実施している法人本部の研修で必ず理事長より直接話をしていきます。

Mission
光り輝く民間病院グループ
Vision
クライアントの心を豊かにする病院グループ
Value
1.患者さんには、「質の高い医療サービス」を
2.ご家族には、「安心」を
3.地域には、「貢献」を
4.紹介元には、「満足」を
5.取引先には、「納得」を
6.職員には、「やりがい」を
7.株主には、「名誉」を

図 1 健育会の MVV

また理事長が職員に約束していることは 3 つあります。まず、やりがいのある職場環境の整備、2 つめは忙しくても人生の夢が持てる職場環境の整備、3 つめは医療や介護に携わる者としての使命感を育てるということです。

職場環境を整備するために、法人では特に教育研修に力を入れています。法人グループ内の症例発表会や研究会、管理職研修やリーダー研修等、年間を通して、様々な研修を企画し職員に提供しています。また、人事考課制度を 20 年前から導入しており、従来の年功序列型ではなく、頑張った人が評価される、頑張る人を応

援する制度となっています。職種や役職ごとに「あるべき姿に向かって発言や行動をしているか」ということを評価する「役割行動考課」と、「部門の目標達成のために個人の強みを活かしチャレンジしているか」という点を評価する「成績考課(目標管理)」から成り立っています。

さらに、使命感を育てるという点からは、多くの勉強会を設けている他に、報奨制度も設けており、職場の仲間や患者さん、ご家族から褒められる機会を作っています。例えば、病院経営や医療の質向上に貢献した職員個人を表彰する「理事長賞」、チーム医療により奇跡の回復を成しえた症例をたたえる「ミラクル賞」等、成功体験を職員全員で共有することで、使命感が育っていくことを期待しています。

3. 職員のモチベーション向上へ

(1) 理念プロジェクト

職員のモチベーションを高めて、ベクトルを合わせる取り組みとして、「病院理念プロジェクト」を行っています。それぞれの病院の理念が実現したときに、病院はどのような姿になっているのか、このような病院になっていたいというイメージを 15 分程の映像にして、全職員が共有するという取り組みです。プロジェクトメンバーを中心に、職員全員でディスカッションをおこない、病院理念の実現時の姿を具体的に落とし込んでいき、映像のシナリオを作成します。そしてそのシナリオをもとに、外部の協力会社にも協力していただきながら、職員自らが出演し、映像を製作します。今では法人グループのほとんどの病院と介護施設で理念映像が完成しており、新入職員の入職研修時や院内会議の際に映像を流して職員の

イメージ共有に活用しています(図2)。



図2 理念プロジェクト

(2) 看護部の取り組み(教育)

看護部における専門職としての能力や技術の向上は、個々の仕事に対するモチベーションの根底になるもので、健育会本部でも教育を重要視しています。特徴的なものにステップアップ研修と看護研究があります。

ステップアップ研修とは、個々の人事考課の等級に合わせたラダー教育で、eラーニング(学研メディカルサポート)を利用します。成長段階(等級)に合わせて指定された必須6つのテーマに加え、個々が自由に選択する6つのテーマを視聴します。さらに看護部の年度の目標にあわせて決められたテーマに沿ったレポート提出するという構成になっています(図3)。

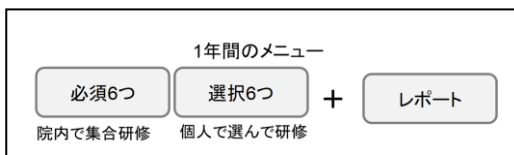


図3 ステップアップ研修内容

2012年度から開始し、今年度は8年目になります。開始当初は、図4の通り、受講状況も芳しくありませんでしたが、受講率を上げるため、各病院の教育委員会が工夫をしました。例えば、教育委員が真っ先に受講し、良かった点などのコメ

ントを貼り出して皆の興味を引き出したり、一人ひとりの受講状況を確認し、未受講者へメッセージカードを出して受講を促すなどです。そのような各病院の教育委員会の取り組みを法人全体でも意図的に共有しました。その結果、今では、看護職員の多くがステップアップ研修を達成しています(図4)。

看護研究については、TV会議システムを利用して本部と各病院をつなぎ、年に6回、大学の教授をお招きして、講義や個別指導をいただいています。また一般社団法人 日本看護研究学会に毎年各病院から演題を出しています。最近では論文や雑誌投稿まで出来るようになってきました。各病院が一体となり、ともに勉強し進んでいくため、仲間意識も高まる効果があります。今では、各病院で指導者が育成されてきたこともあり、研究の理解も深まり、興味を持って取り組んでいるようです。新設の病院の看護師らが法人の看護研究の発表会に刺激を受けて自主的に研究に取り組む姿もあり、長年の蓄積による効果を感じています。

(3) 看護部の取り組み(医療の質の向上)

看護の質を測る一つの要素として、臨床指標があります。2003年からクリニカルアウトカムを定義し、毎月データを取り、蓄積してきました。特に経管栄養(人工栄養)・褥瘡・オムツ装着・身体抑制・膀胱留置カテーテルに関する項目は看護の質の中心指標になっています。このような数字は、単に見るだけではなく、掘り下げてみるのが重要です。例えば、褥瘡では、各病院のマットの種類や数、使用している薬剤、褥瘡委員会の構成メンバーや活動内容など様々なポイントを調査し、皆で共有した結果、道具そのものではな

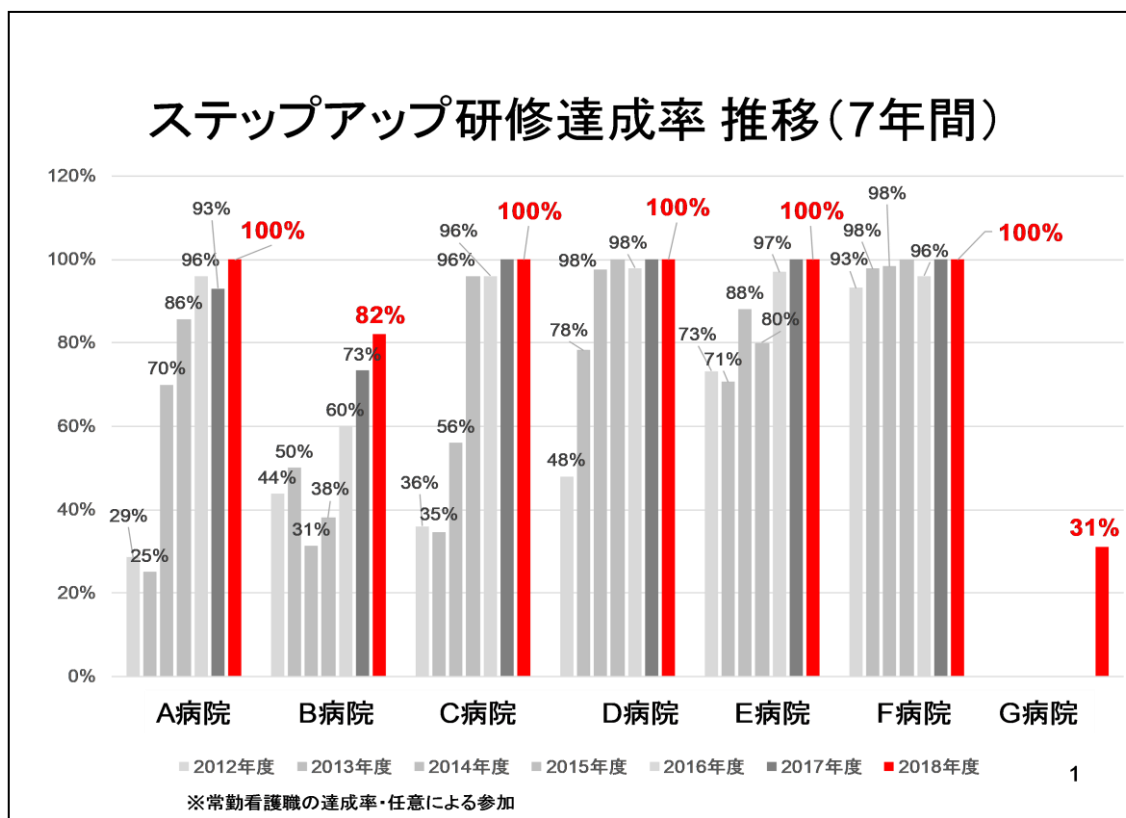


図4 ステップアップ達成率の推移

く、日々の看護ケアの仕方や当たり前に使っていた道具の使い方が違うということに自ら気が付くことになりました。すると取り組みに力が入り、最近では一般・地域包括・回復期・療養などの病棟の種別でごとにデータを比較し、看護管理研修でディスカッションをしています。病院を超えて、お互いの看護の工夫や数字の背景を探る機会は、貴重で良い刺激になっています。そして、競争心も働くようです。

(4) 介護職への教育

慢性期を主体とする病院の場合、介護職も看護師とほぼ同数配置されているため、彼らへの教育も重要になっています。看護部の教育が充実し始めると、介護職から、自分たちにも教育の仕組みがほしいという声が上がりました。

そこで、介護職にもキャリアラダーを策定、さらに国が勧めている「介護プロフ

ェッショナルキャリア段位制度」(内閣府が策定した事業で、介護職種ごとの実践能力を評価する仕組み。人材育成や教育の仕組みを構築する目的がある)を導入、各病院で評価者となるアセッサーの育成を試みることにしました。今では、アセッサーによる介護職員らのレベル認定が進んでいます。さらに、年に2回、法人全体でアセッサーや候補者(リーダークラス)を集め、施設の介護職らとともに研修を行い、レベル認定の進捗を共有したり、教育の仕組みについて検討や勉強を重ねています。

4. まとめ

看護部における職員の仕事に対するモチベーションは、このように専門職としての成長となる教育、個人が目標を達成できるための支援、取り組みや工夫を共有することによる意識への働きかけが、

重要に思います。特に様々な実践の共有は競争心や主体性につながり、良い変化をもたらすことを実感しています。患者満足度調査の看護の評価を表す「看護職に安心感がありますか？」の問いの数値は、取り組み前よりも伸びてきており、私たちの思いや看護の質が患者さんに届いているように思います(図5)。

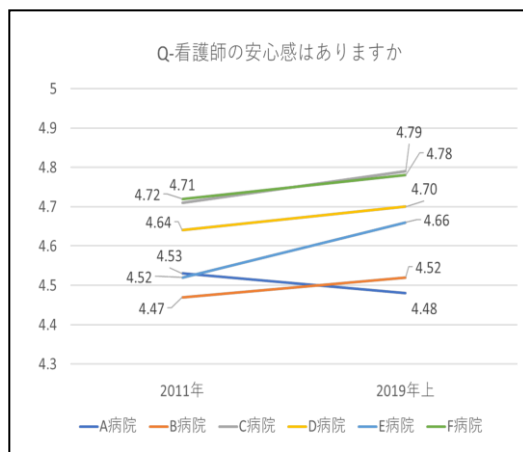


図5 患者満足度調査結果

しかし一方では、職場環境調査(職員やりがい度)の「学習や成長の機会が十分にあると思いますか？」という問いに対する数値は、決して高値ではなく、今後の課題です。一人ひとりの様々な目標に対する支援を強化していく必要があると考えています。引き続き、法人全体で工夫や試行錯誤をしながら、地道に取り組んでいきたいと思っています。

2020年4月発行

「満足度・やりがい度活用支援」活用事例集 vol.14

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)

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

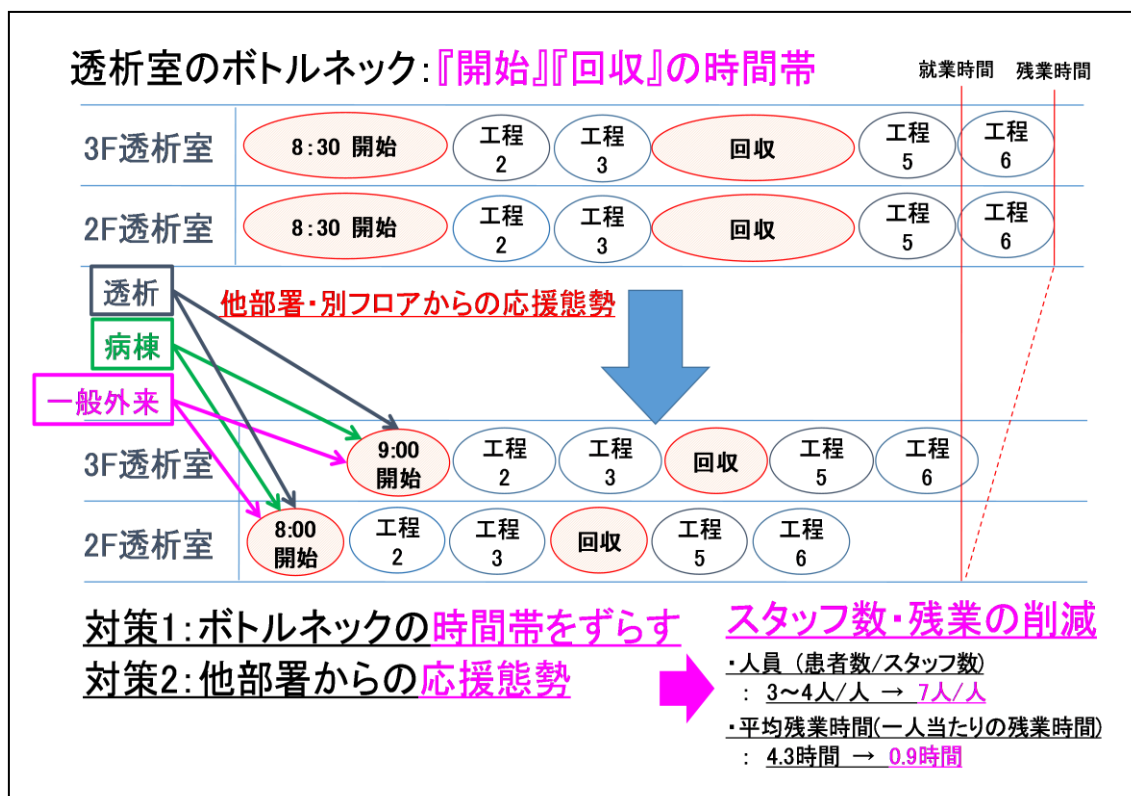


図2 業務のボトルネックへの対策

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

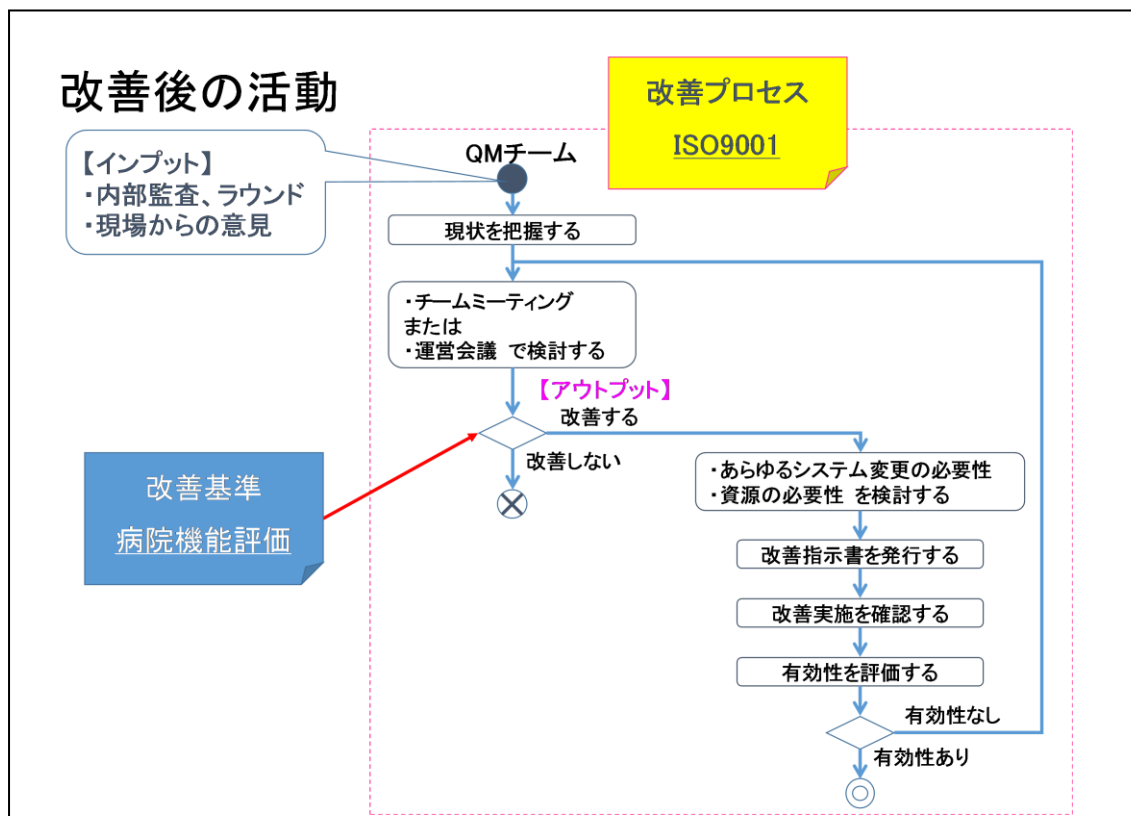


図 3 改善後の活動

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

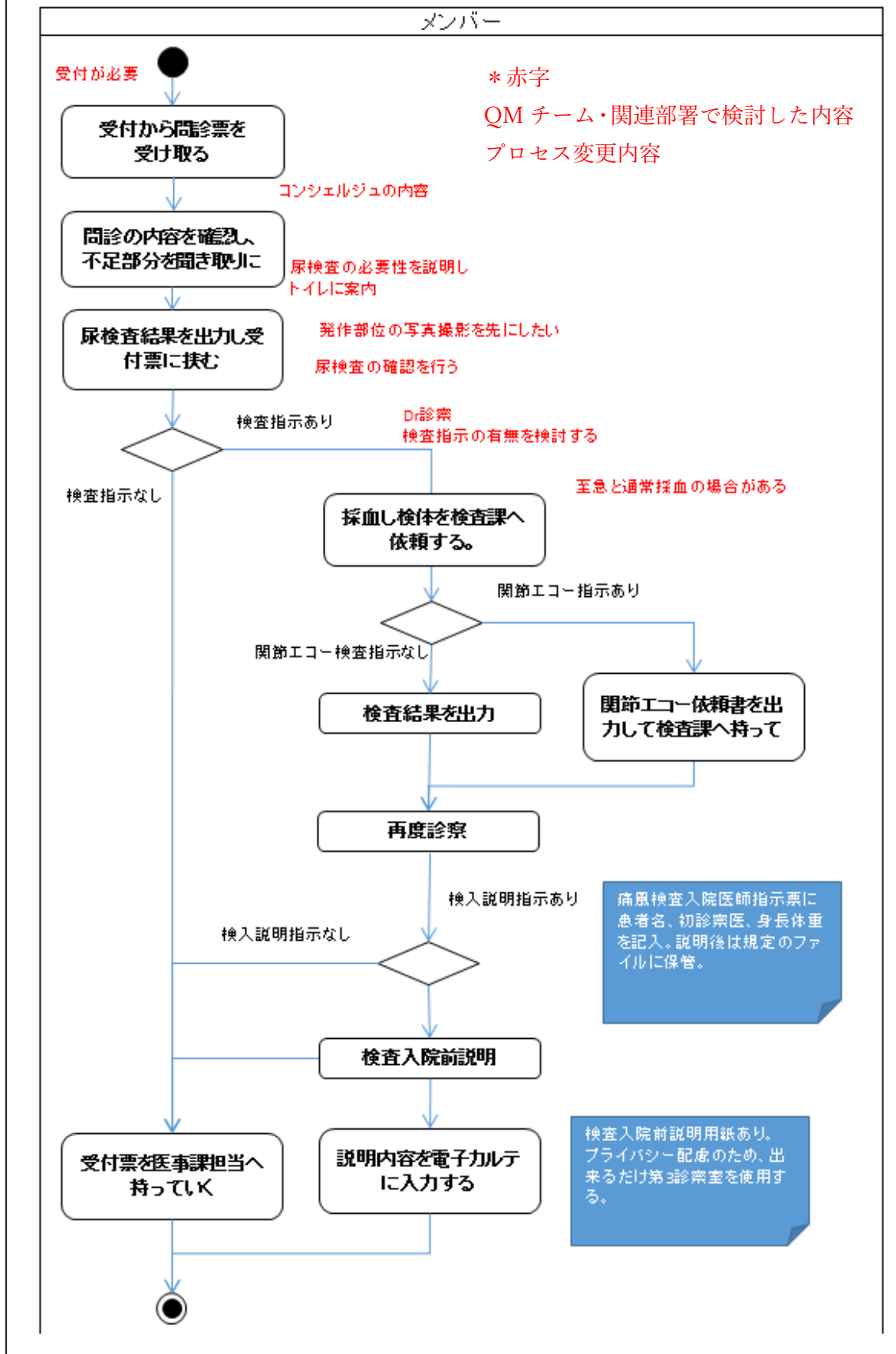


図4 外来プロセス(改善前)

改善後「問診」

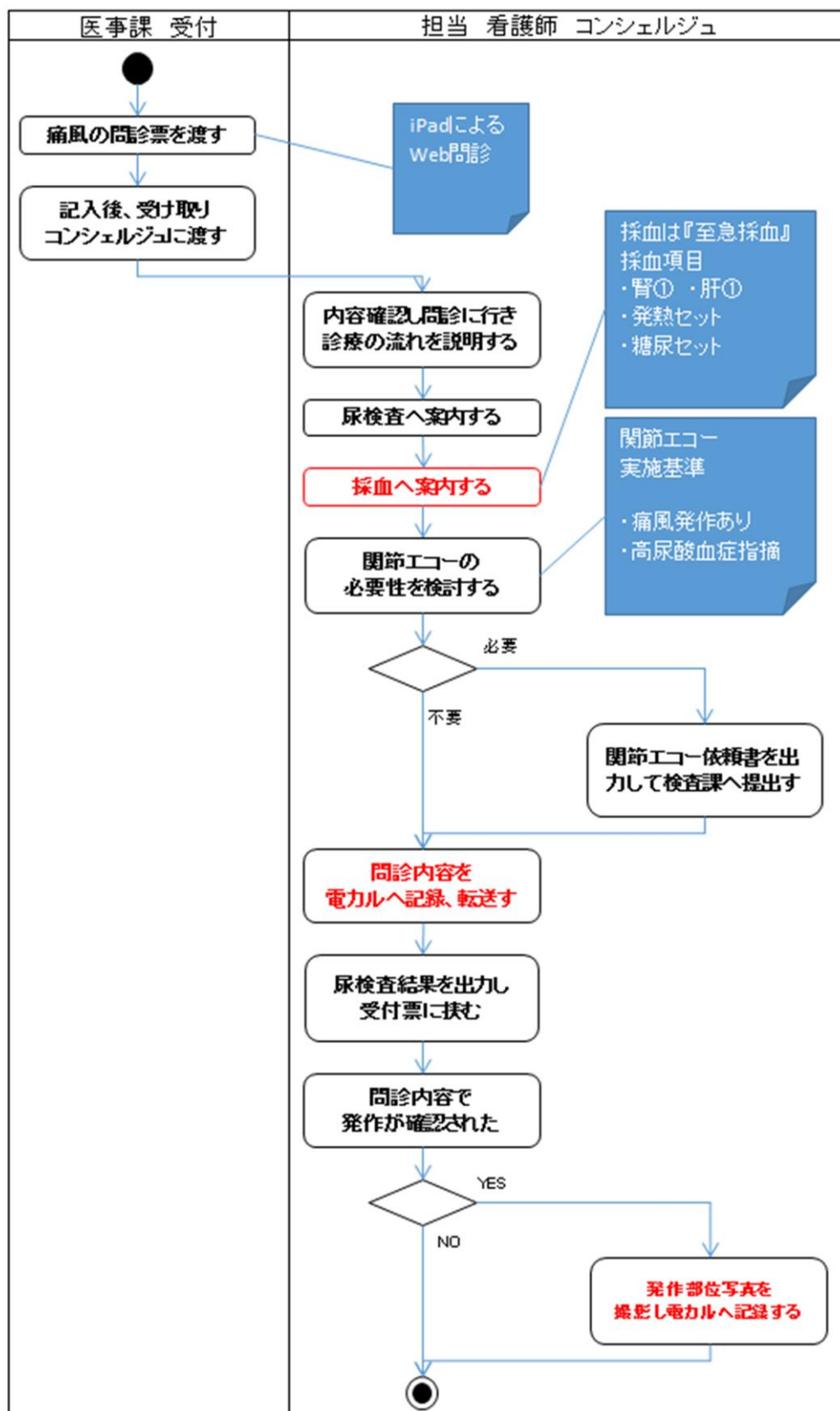


図 5 外来プロセス（改善後）

改善後「診療」

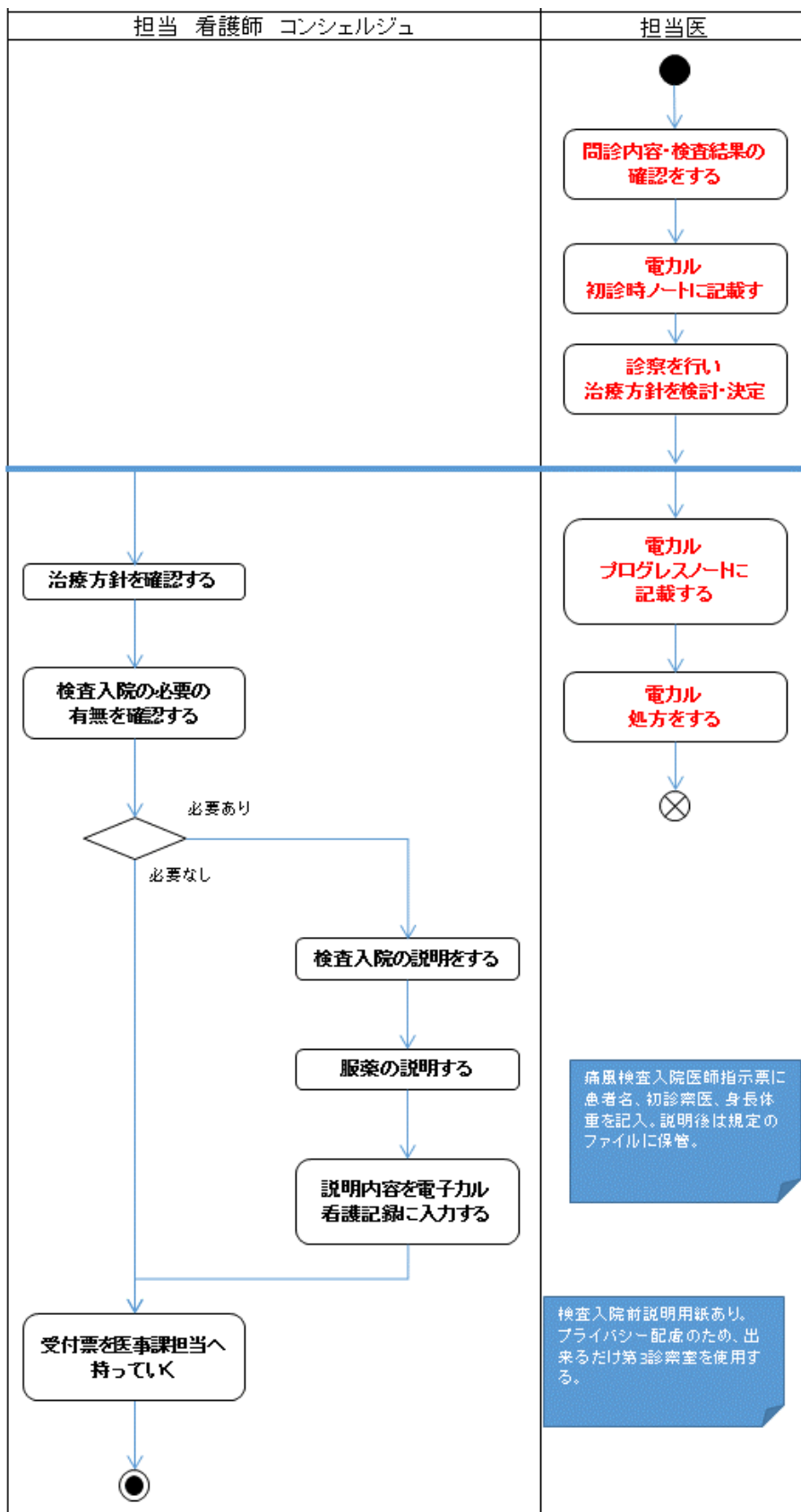


図 6 外来プロセス（改善後）続き

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を記載した依頼表を院内に掲示、(2)院内メールで配信、(3)個人(スタッフ・患者)へ直接調査依頼表を配布、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

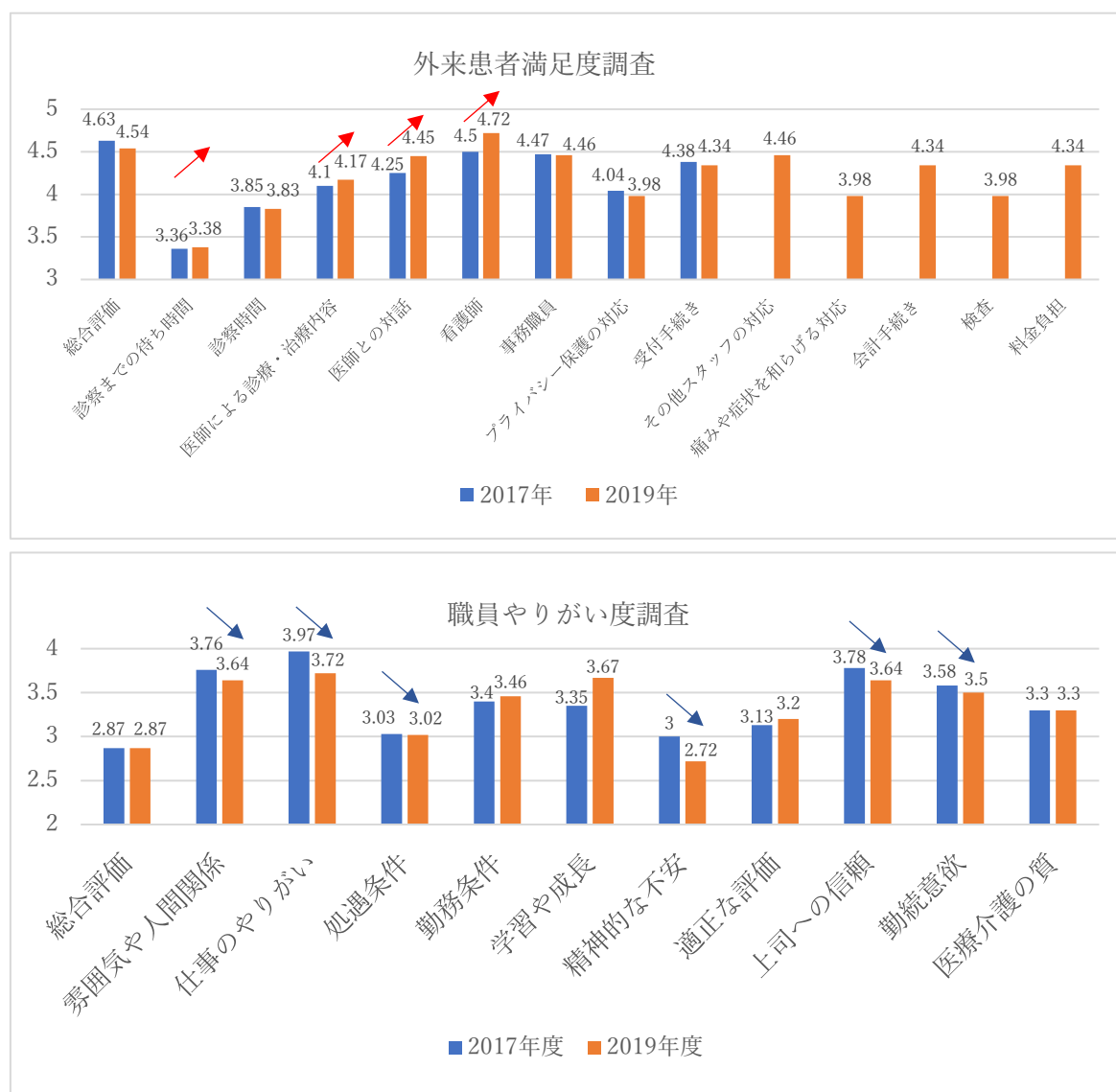


図7 患者満足度・職員やりがい度調査結果

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)

職員やりがい度調査を通じた質改善への取り組み

～市立札幌病院の事例～

市立札幌病院 医療品質総合管理部長 仁木恵美子

1983 年 市立札幌病院入職

2007 年 看護部看護教育担当課長

2012 年 認定看護管理者認定

2017 年 医療品質総合管理部業務改善支援課長就任

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 医療品質総合管理部長・地域連携センター部長



医療品質総合管理部 業務改善支援課長 松本 厚子

1989 年 市立札幌病院入職

2005 年より病棟・手術室・救命救急センター等看護師長

2018 年より現職

2016 年 診療情報管理士資格取得

2018 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



【病院基本情報】

住所：〒060-8604 北海道札幌市中央区北 11 条西 13 丁目

病床数：672 床（救急 38 床 精神 38 床 感染症 8 床含む）

診療科：33 診療科 呼吸器内科/消化器内科/循環器内科/腎臓内科/糖尿病・内分泌内科/
リウマチ・免疫内科/血液内科/精神科/脳神経内科/小児科/新生児内科/外科・乳腺
外科/整形外科/形成外科/脳神経外科/呼吸器外科/心臓血管外科/皮膚科/泌尿器科
/腎臓移植外科/産婦人科/眼科/耳鼻咽喉科・甲状腺外科/リハビリテーション科/
感染症内/放射線治療科/放射線診断科/麻酔科/緩和ケア内科/歯科口腔外科/病理
診断科/救急科

外来患者数：1270 人/日

職員数：1350 名

1. 病院概要

札幌市は、人口 190 万人を超える北海道の政治・経済・文化の中心都市であり、市立札幌病院はその中心部に位置しています。2019 年に創立 150 年を迎え、古くか

ら札幌市民の健康を支えてきました。

また、札幌市の急性期医療を担う 672 床の基幹病院として、地域医療支援病院、災害拠点病院、3 次救命救急センター、総合周産期母子医療センターなどの機能を有

しています(図 1)。全職員数は 1350 人おり、病院の基本理念は「すべての患者さんに対してその人格信条を尊重し、つねに“やさしさ”をもって診療に専心する」です。

病院機能評価は 4 回の認定を取得しており、2022 年には 5 回目の更新を目指しています。



図 1 市立札幌病院

2. 職員やりがい度に関する

取り組み

(1) 調査担当部署について

当院では、2016 年度に「組織横断的に医療の質向上及び経営健全化のための効率化及び改善活動を行うとともに、医療の質を評価し、医療の質向上に貢献する」ことを目的に、医療品質総合管理部 業務改善支援課が設置されました(図 2, 3)。

職員満足度調査は、2016 年度から業務改善支援課が中心となり実施し始め、2018 年度からは、日本医療機能評価機構の「職員やりがい度調査」を活用しています。

調査の目的は、職員が日頃認識している職場の問題点を明確化し、的確な対策を講じることにより、働きやすい職場づくりにつなげることです。対象は、医師を含め正規職員全員に拡大しています。

医療品質総合管理部の紹介

私たちは「みえる」「つながる」「かわる」を大切に、医療の質向上に貢献します

みえる: 様々なデータ、現象を整理し、見える化して課題を明らかにできるようにします

つながる: 患者・家族、地域の医療機関、市立札幌病院で働く者同士と思いがつながるように、協同(ともに力・心を合せて助け合って仕事をする事)します

かわる: 病院を取り巻く社会や医療環境、顧客ニーズの変化をとらえながら、より良い病院へとみんなでかわり、PDCAサイクルを回し続けます

貢献する: 皆さんと共に歩み、支援することに力を尽くします

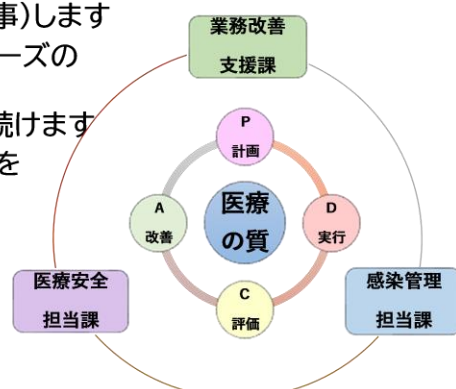
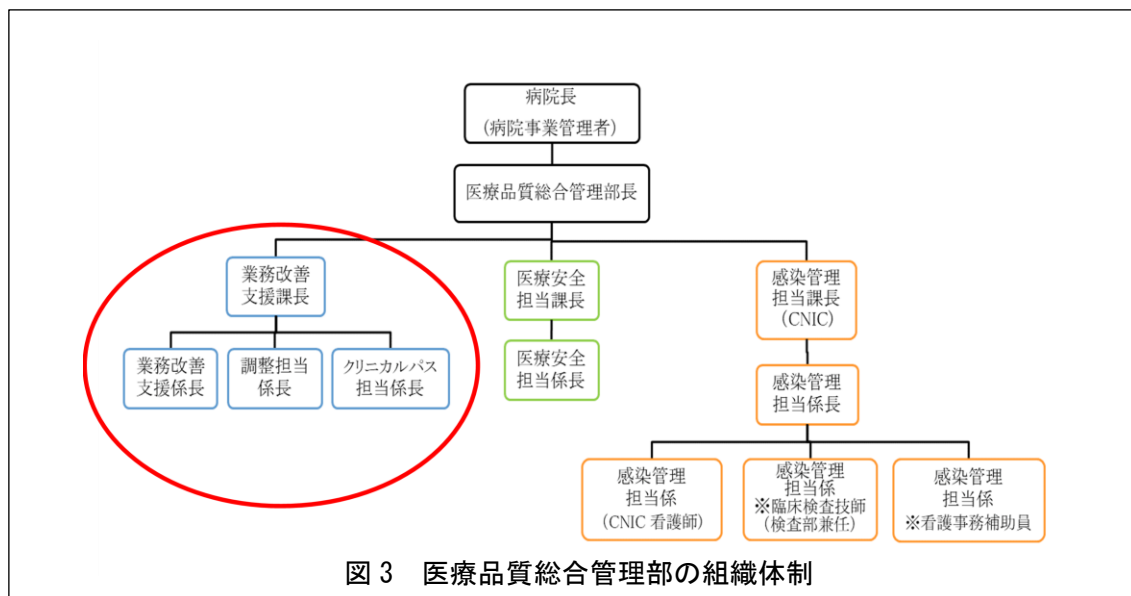


図 2 医療品質総合管理部について



(2) QM (クオリティマネジメント) 委員会での取り組み

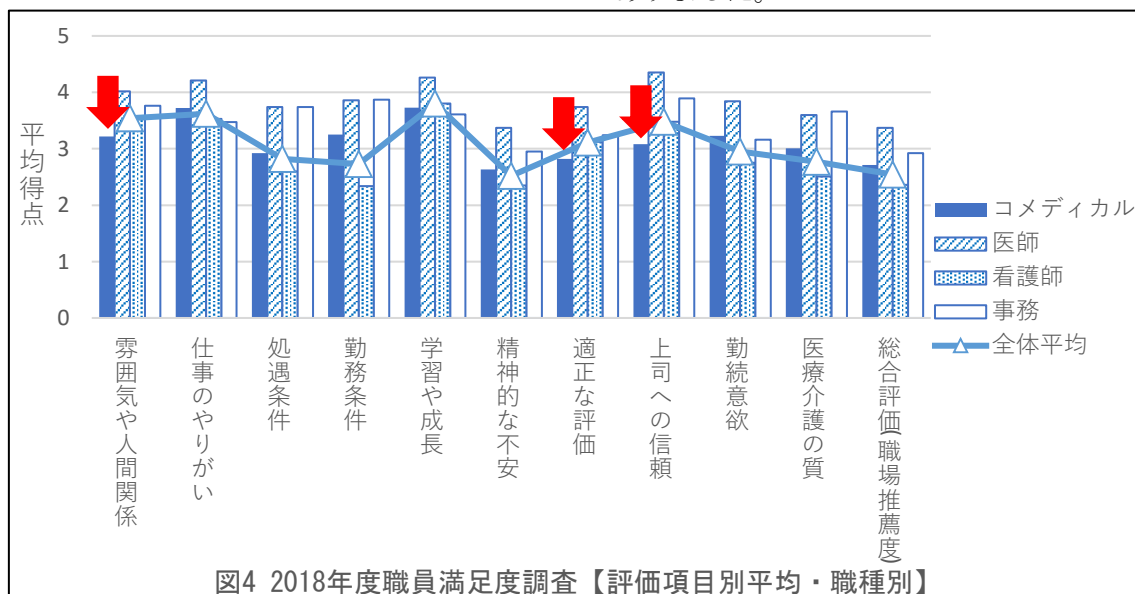
病院の基本理念に基づき、良質な医療を提供するために継続的に改善することを目的に、2017年度にQM(クオリティマネジメント)委員会が設置されました。事務局は、医療品質総合管理部業務改善支援課が担当し、経営層と全部門の管理者で構成しています。職員やりがい度調査を委員会の活動として位置づけ、結果はQM委員会を通して院内に報告し、結果から改善活動を行っています。

3. 調査結果を踏まえた改善への

取り組みと取り組み後の変化

(1) 第三者機関による介入

2018年度の職種別の結果では、コメディカルが「雰囲気や人間関係」「適正な評価」「上司への信頼」の3項目において全職種で最も低い結果でした(図4)。また、コメディカル部門の自由回答欄には、改善してほしい点として、「上司のマネジメントに関する不満」「業務改善への他部門の介入」「調査結果の情報公開」など多くの意見がありました。



そこで、第三者による介入が効果的ではないかと考え、北海道が各医療機関における自主的な勤務環境の取組みに対する支援を行うために設置した「北海道医療勤務環境改善支援センター（以下、支援センターとする）」に支援を依頼しました。支援センターからコメディカル7部門の管理者へ業務改善介入に関する説明を実施し、その中で介入を希望したリハビリテーション科への介入を決定しました。

具体的には、支援センターの担当職員1名が、現状把握のために2019年1月からリハビリテーション科にヒアリングを実施し、結果を科内のスタッフ全員で共有しました。そこから、支援センターの担当職員とリハビリテーション科の管理職(担当課長・主査)を中心に全職員の業務を見える化を実施し、労務管理の周知及び役割分担の確認や見直し、方向性や目標設定の確認を行いました。また管理職以外の選抜メンバーを中心に、目標であったキャリアパス作成に向けた取り組みを行いました。

こちらは2018年度後半からの取り組みでしたが、2019年度の職員やりがい度調査ではリハビリテーション科の年度別項目毎の結果（平均値）が、「総合評価」「勤務条件」「勤続意欲」「医療介護の質」の項目で上昇していました。

現在も取り組みは継続しておりますが、次年度以降は、支援センターの介入により作成した支援プランを基に、継続して取り組む予定です。

また今後は、部署の業務改善へ第三者の介入を求める意見がある部門へ、支援センターの介入を病院として進める方向で計画しています。

(2) 職員提案・相談窓口の設置

職員やりがい度調査の「改善してほしい点」の自由記載欄には、業務改善に他部門の介入を希望する意見が多数記載されていました。このことから、2018年9月、全職員を対象に『職員提案・相談窓口』を設置しました。2019年12月までの1年4ヵ月間で13名14件の相談があり改善活動を行いました（表1）。

相談内容は、業務改善・職場環境改善など多岐にわたっていました。取り組みに対して職員からは「どこに相談したらいいかわからなかったことが相談できた」「相談の結果、勤務環境改善につながった」「他部門との交渉がスムーズに進んだ」等の反響がありました。

No.	相談内容	職種
1	管理体制の改善	医療秘書（6名）
2	指導体制の改善	
3	夜勤時の勤務内容の見直し、土日祝日の勤務体制の検討	薬剤師（1名）
4	検査時のルール順守の徹底	看護師（1名）
5	身元不明者や身寄りのない患者への対応、金銭管理	看護師（1名）
6	検尿一元管理	医師（1名）
7	受診受付時間に関する事	
8	持参薬調査に関する事	
9	病院職員の受診(非紹介患者初診加算)に関する事	看護師（1名）
10	女性専門外来の廃止に関する事（医師が看護師に相談）	看護師（1名）
11	患者搬送用エレベーター利用拡大	看護師（1名）
12	外注検体に関する事	
13	臨時注射薬受払いに関する事	
14	持参薬に関する事	

表1 職員提案・相談窓口への相談内容

【改善事例-泌尿器科外来における 検尿検査の一元化】

実際に業務改善した事例の一つとして、泌尿器科外来の検尿検査の検査部一元化についてご紹介します（表2）。検査結果の記事入力業務の効率化と確実性、検査の精度向上、感染予防対策の理由から、2019年8月に泌尿器科医師より泌尿器科外来のみが外来で尿沈渣測定をし、医師が診察時に実施していた検尿検査を検査部で一元化してほしいという相談が相談窓口にありました。院長・検査部統括副院長と共有の上、検査部と事務局である業務改善支援課

と、改善に向けた協議を行いました。協議の際は、検尿検査件数等データ収集の上、検査数の制限や曜日の限定など実施可能な方法を提案しました。しかし、10月には検査部長・課長より「人員不足・検査機器の購入が必要であり、今はできない」と回答がありました。QM委員会において、中間報告を行い、11月には院長より「前向きに検討するように」という指示や、依頼医師から実施に向けた強い要望があり、院長が直接検査部へ指導を行いました。その結果、2019年11月より実施に向けて外来看護師長を含めて検討を再開し、2020年1月14日より検尿検査の一元化を開始しました。

検尿一元管理実施の検討経過	
8月	相談内容確認 院長・検査部管轄副院長と共有 検査部と事務局の協議（対面・メール） 検査件数等のデータ収集の上、可能な方法を提案
10月	「人員不足・検査機器の購入が必要でできない」と回答
11月	QM委員会中間報告 院長：「前向きに検討するように」 依頼医師：「なぜできないのか」
11月末	院長が直接検査部へ指導 実施に向け外来看護師長を含め検討再開
1月14日	一元化開始

表 2 検尿一元管理実施の検討経過

その際は、業務が増加し負担となる検査部の要望（搬送時間、採取時間の記載方法等）に可能な限り対応して実施する運びとなりました。

実施まで4ヵ月を要し、度重なる交渉に非常に苦労しましたが、今回の取り組みで、泌尿器科医師も検査の必要性を再検討し、必要な患者へ必要な検査を依頼するようになりました。運用開始後の評価はこれからですが、泌尿器科外来では尿検査の担当職員が他の業務を実施できるようになり、業務の効率化・改善につながっています。一方検査部では、検体が分散されて届くことで著しい業務の増大にはなっていないようです。互いにWIN-WINな改善につながるよう今後も支援を継続していきます。

（3）管理者のマネジメント能力の強化

2018年度、2019年度の職員やりがい度調査における自由記載欄の結果をカテゴリー化し、カテゴリー、サブカテゴリーの項目に沿って分類しました。2019年度は、「管理に関すること」のカテゴリー・サブ

カテゴリーともに多く記載されており、職員が働き続けられる環境を整えるため、組織的な取り組みが必要であり、管理者のマネジメント能力の強化の必要性が示唆されました。

そこで、全職員対象に毎年実施している職員ストレスチェック結果も踏まえて、衛生委員会とQM委員会共同で管理者研修を実施しました。対象は、医師・歯科医師を除く部長・課長職28名で、「働きやすい組織づくりについて学ぶ」ことを目的に勤務時間内の2時間の中で講義形式で開催しました。この研修は、コメディカル・看護職・事務職が一緒に行った初めての研修として開催した研修でした。

研修後のアンケートでは、「人との関係を円滑にするためには、自身を知ることが大切」「部下とのコミュニケーションに役立つ内容」「方法論が聞きたい」「概論的な内容で実践に活かさない」「医師職も受講するべきだ」など様々な感想がありました。次年度以降は、演習なども交えながら継続していきたいと考えています。

4. まとめ・今後の課題

病院事業管理者(市立札幌病院院長)は、職員やりがい度調査を以下のように位置づけています。

- ・ 病院全体の職員の士気を反映するものである。
- ・ 個別の部署に何か問題がないかを知る尺度の一つとなる。
- ・ 内容の解析で各部署の問題点を明らかにする一助になる可能性があり、その解決法を考慮するための参考となる。
- ・ 問題点を解決することが可能であれば、職員のやりがいが上昇し、勤務継続につながる。

病院長をはじめ経営層が、働きやすい勤務環境にしたいという熱い思いがあります。QM 委員会の活動を通して、現状把握と改善活動を積み重ねています。地道な活動が、よりよい勤務環境の構築に繋がっていると考えています。

今後は、改善活動の可視化に加え、今まで独自に行っていた患者満足度調査を、2020 年度より日本医療機能評価機構の患者満足度調査に変更し、その結果をもとに改善活動を実施していきたいと考えています。

2020 年 6 月発行

「満足度・やりがい度活用支援」活用事例集 vol. 16

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)

職員やりがい度調査事例報告

～国立病院機構 横浜医療センターの事例～

い医療人の育成

独立行政法人国立病院機構 横浜医療センター

事務部企画課 斉藤貴之

2007 年 国立病院機構 横浜医療センター 診療情報管理士 入職

2012 年 国立病院機構 栃木病院（現：栃木医療センター）

事務部企画課 専門職 就任

2018 年 国立病院機構 横浜医療センター

事務部企画課 診療情報専門職

医事室長 就任



【病院基本情報】

住所：神奈川県横浜市戸塚区 3-60-2

病床数：510 床

診療科：内科/心療内科/精神科/神経内科/呼吸器科/消化器科/循環器科/アレルギー科/リウマチ科/小児科/外科/整形外科/形成外科/脳神経外科/呼吸器外科/心臓血管外科/小児外科/皮膚科/泌尿器科/産婦人科/眼科/耳鼻咽喉科/リハビリテーション科/放射線科/ 歯科/歯科口腔外科/麻酔科

外来患者数：827 人

職員数：979 人

1. 病院概要

当院は、昭和 18 年戸塚海軍病院として創設し、国への移管を経て現在は厚生労働省が所管する独立行政法人国立病院機構横浜医療センターとして、510 床、32 診療科、救命救急センターを有する急性期医療機関である(図 1)。運営方針としては「1. 患者さまの目線にたち、国民に満足される安心で質の高い医療の提供、2. 政策医療の提供、3. 臨床研究を通じた情報発信などわが国の医療向上への貢献、4. 教育研修を通じた質の高

などを目指し、経営の効率化と共にナショナルセンターを含む法人内の広汎で質の高い政策医療ネットワークを生かして成果を挙げ国民の付託に答えていきたい」とを運営方針としている。



図 1 横浜医療センター

2. 取り組み

(1) 経緯

患者満足度調査については、毎年10月に各国立病院機構病院において、入外患者を対象とした調査を行い、国立病院機構本部が結果報告・分析をとりまとめているが、職員のやりがい度調査については実施されていなかった。また、令和元年度の病院目標「患者および職員の満足度向上」と合致したこともあり、調査の実施を幹部会議により決定した。

(2) 体制・準備・回答管理

特別な委員会や部会は組織せず、準備・広報・集計・分析等は事務職員2名が担当。調査期間は7月1日から7月23日の23日間、調査対象は病院職員と併設する附属看護学校職員、非常勤職員含む約1,000人とした。回答方法はWEB回答のみとし、イントラネットにて回答用URL、QRコードを配信する方法とQRコードを貼り付けた案内文を対象職員に配布を行った(図2)。回答管理については、職種・性別・年代・雇用体系のセグメントを設定し、事務担当職員が日次チェックを行い、回答率の低い部門に対しては、職場長へ調査協力の依頼をかけ、回答数の増加を図った。



図2 イントラネットでの案内

3. 調査結果

回答数は790件、対象職員の約80%の回答率であった。設定質問の全体サマリ結果は下図の通りであった(図3)。

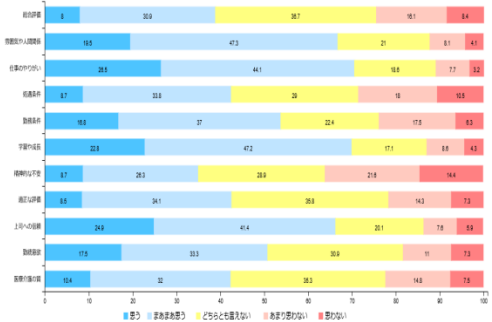


図3 職員やりがい度調査結果

(1) 設問結果

設問	調査結果
雰囲気や人間関係	やりがい度 高
仕事のやりがい	
学習や成長	
上司への信頼	
総合評価	やりがい度 低
処遇条件	
精神的な不安	
適正な評価	
医療介護の質	

表 各設問の調査結果

サマリからは、表のような情報が得られたが、「上司への信頼度は高いが、適正な評価をされていない」という矛盾した結果もあった。ベンチマークとしては平均値以上…であったが、“果たして喜ぶべき結果なのか？”あくまで、調査参加病院間のベンチマークであり「やりがい度の高い病院である」と位置付ける証明ではないことは、病院幹部も認識しているところである(図4)。

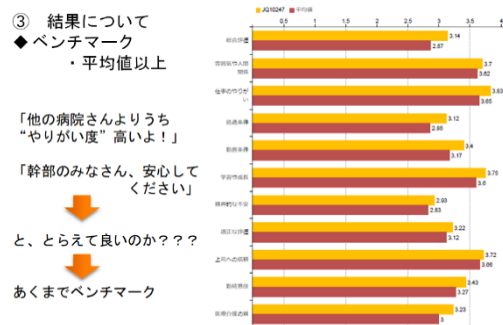


図4 ベンチマーク結果

属性比較からは、興味深い結果が表れた。総合評価において、年代比較では30～50代において年代が上がるにつれ、やりがい度値が下がり(図5)、雇用体系比較では常勤のやりがい度は平均値以上だが、非常勤では平均値以下。仕事のやりがいを対象とした分析では、医師・看護師・コメディカル・介護職員は平均値以上だが、事務職は平均値以下など、様々な観点からの分析結果を確認できた(図6)。気になるところとしては、非常勤職員のやりがい度が総じて平均値以下であったことである。このことは、診療報酬に係る施設基準の安定した非常勤職員の配置に影響してくると考えられるので、軽視できないところでもある。

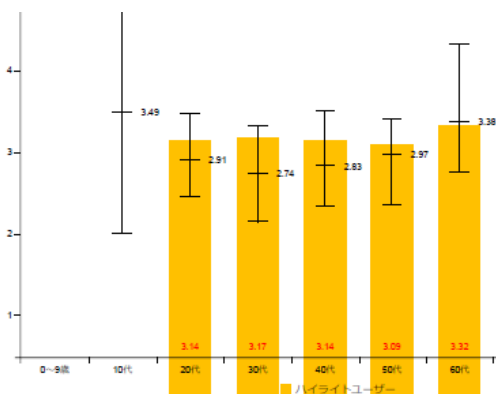


図5 ベンチマーク結果
(総合評価・年代別)

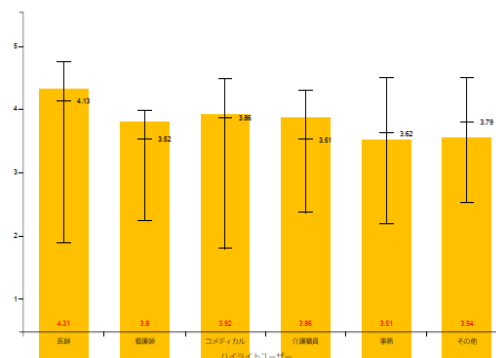


図6 ベンチマーク結果
(仕事のやりがい・職種別)

(2) 自由記載の結果

今回調査でとりわけ目を引いたのは、「不満や改善してもらいたい点をお聞かせください」という自由記載に対する回答であった。回答数は約200件超であり、各職種より様々な意見を引き出すことができた。あらかじめセグメント(職種・年代・性別・雇用形態)設定を行い、I 処遇関係 II 対人関係 III 建物・設備関係 IV 給与関係 V その他 に自由回答を仕分け整理した。「I 処遇関係」の医師要望では、フレックスタイムの導入、届出書類の簡素化、増員要求。看護職からは交代勤務の変更要望(2交代⇒3交代 or 3交代⇒2交代)、休暇取得、連休取得要望が多くを占め、コメディカルからは超過勤務の削減や事務クランク配置の要望などが見られた。「II 対人関係」では、一方からの意見ではあるが、パワーハラスメントと疑われるような事象の訴えもあった。その他では、患者用シャトルバスや立体駐車場の導入案、ペーパーレス促進、建物内の環境衛生徹底の提言など、様々な意見が見受けられた。

4. 調査後の取組み

(1) 結果の共有

今回は初回調査ということもあり、調査結果については幹部職員のみでの共有

にとどめ、全職員への公表は次回以降に検討するとした。自由記載回答については慎重に対応することとし、優先度の高い意見・要望に関しては、病院幹部より担当する部門の職場長や委員会の委員長に情報を伝え、改善に向けた早急な取り組みを指示した。

(2) 改善への取組

自由記載回答の集計結果より、処遇関係の意見・要望が多かった。寄せられた具体的な意見・要望についての記述は割愛するが、パワーハラスメントやモラルハラスメントと疑われる事象や、職場長や副職場長の労働基準法の認識不足と思われる言動などがあげられた。これらについては、職場長の各種ハラスメントおよび、労働基準法等の理解が必要であると考えられた。対策としては、職員教育研修委員会を組織し、各部門の職場長および副職場長を対象とし、各種ハラスメントおよび労働基準法関連の理解を深める研修を実施できる体制づくりが重要と考え、今年度においては委員会の設置および研修企画等を準備しているところである。

5. 調査の振り返り

(1) アンケート回答率確保

約 1,000 人を対象とした回答数は 790 件、約 8 割の高い回答数となった。WEB 回答のみを採用した結果、事務系職員は自身のデスク上 PC 端末からの WEB 回答が多く、自身の端末を貸与されていない医療系職員は QR コードを使い、自身のスマートフォンやタブレットからの WEB 回答が多かった。当初、調査方法は「アンケート用紙を配布・回収の調査方式を採用したほうが回答数を得られるのでは？」との意見もあったが、印刷・配布・回収・集計の事務作業時間の効率化を優先し、WEB 回答のみを採用した。結果

としては、高い回答率の獲得と本調査における人件費の縮減に繋がった。前述でも述べたとおり、1,000 人対象の調査で担当事務職員 2 名の配置での実施が可能であり、複雑・専門的な集計もなく、迅速に院内分析を行うことができた。

(2) 参加して良かった点

本調査は、参加施設間のベンチマークではあるが、自院職員のやりがい度を様々な角度から客観的に見ることができた。また、自由記載からはネガティブな意見も多々あったが、職員からの貴重な意見を聞くことができ、職場長が各種ハラスメントと働き方改革について再認識する契機となる意見を伺えたことが参加して良かった点としてあげられる。また、自由記載の回答促進のために、匿名性の担保に関する案内を徹底することで、様々な意見を聞くことができた(図 7)。

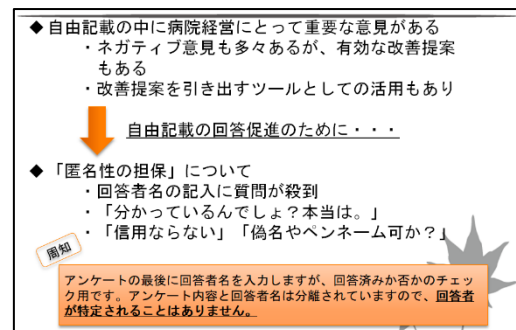


図 7 自由記載欄の取り扱いについて

6. 課題とまとめ

設問別ベンチマークについては、調査参加病院間での当院の立ち位置を客観的に把握することができた。調査前の予想に反して、全項目で平均値以上となったが、“本調査のベンチマークで得られた数値=職員やりがい度”と理解すべきではないことは前述した。属性比較でも分かるように、職種や年齢、雇用形態といったセグメント別でやりがい度の“バラツキ”は様々である。職員のやりがい度調査の次

回課題は、やりがい度が低いセグメントに対し、有効なフォローアップを行い、結果、やりがい度アップにつなげられるかが課題と考える。また、自由記載からは有用・有効な意見や改善提案が見られことから、次回調査でも継続して実施したい。

初回の調査ではあったが、職員の満足度評価を客観的に見出すことができ、また、貴重な意見や提案も引き出すことができた。今後は定期的に調査を実施し、職員やりがい度・満足度の改善を行い、それが患者の満足度につながり、地域から信頼され愛される病院になるよう努力したい。

2020 年 12 月発行

「満足度・やりがい度活用支援」活用事例集 vol. 17

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）

今年こそ、活用したい

～認識が期待を超える病院になるための意識改革～

～社会福祉法人聖テレジア会鎌倉リハビリテーション聖テレジア病院の事例～

社会福祉法人聖テレジア会鎌倉リハビリテーション聖テレジア病院

総務課 課長 池田俊一

2004 年～2008 年 社会福祉法人聖テレジア会聖テレジア病院

2008 年～2010 年 医療法人社団友好会事務局

2011 年～2014 年 医療法人九折会成城木下病院

2015 年 鎌倉リハビリテーション聖テレジア病院 入職



総務課 本庄真実子

大学卒業後、広告代理店にて販促業務に従事

2018 年 鎌倉リハビリテーション聖テレジア病院 入職



【病院基本情報】

住所：神奈川県鎌倉市腰越 1-2-1

病床数：回復期リハビリテーション病棟 128 床

診療科：内科／脳神経内科／リハビリテーション科／放射線科

職員数：327 人（2020 年 9 月 1 日現在）

病院概要

当院は、神奈川県鎌倉市にある 128 床の回復期リハビリテーション病院です。病棟は相模湾に面しており、江ノ島を眼下に臨むロケーションは患者さんにも職員にも憩いの風景になっています(図 1)。在宅部門にも力を入れており、外来リハビリ、訪問リハビリ、通所リハビリ、看護小規模多機能事業所（訪問看護ステーション併設）、地域包括支援センター2 施設と計 6 事業を展開しています。神奈川県

は回復期病棟が相対的に不足傾向にあるため、病床稼働は安定しています。また鎌倉市は高齢化率が全国平均より高いため、在宅部門の需要もある地域です。

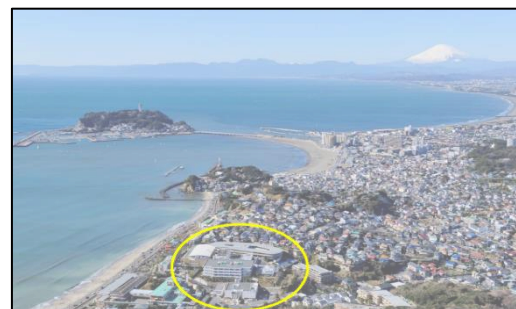


図 1 聖テレジア病院

人員構成は病院・在宅部門合わせて347名です。リハビリ部職員数と看護部職員数がほぼ同数である点が特徴です。リハビリ部職員の年齢構成は若い世代が多く、これは回復期リハビリテーション病棟協会主催全国大会でいつも話題になるのですが、若手リハビリ職員の教育が多くのリハビリ病院にとって課題となっています。

はじめに

当院が患者満足度・職員やりがい度調査に参加して今年で4年目になります。この活用事例報告では、①過去3年分の満足度調査・やりがい度調査の結果から病院全体での改善活動に至らなかった経緯、②以前より病院独自で実施している患者投書箱のご意見に対しての改善実施との比較、そして、③4年目を迎える今年 of 取り組みについて報告させていただきます。

参加の経緯とアンケート実施体制

2016年、病院機能評価を受審したことが本調査の参加の契機となりました。翌2017年から連続して3回参加しています。アンケート実施方法は紙ベースです。患者さんにも職員にもアンケート用紙を配布し、2週間の回答期間を設け、回収箱を設置し、自由回答という形をとっています。集計と分析は総務課で行っています。

声なき声を聞きたい

(1) 2017年度分析

初めてベンチマークシステムを目にし、これは一体どう使ったらいいのか、ど

んな結果を引き出せばいいのか、まずはベンチマークシステムを知ることから始めました。手探りでしたので、全体を把握するのにとても時間がかかりました。

悩んだ末に、患者満足度に関しては、総合評価を度数分布とランキングで提示し、ここから当院は上位20病院に入ることが分かったため、上位20グループで集団を作り、その集団の中での比較で現状を把握する分析方法をとりました。パッと見た印象は良かったのですが、それぞれの項目を丁寧に紐解くと、厳しい結果もあることが分かりました。病院としてこの分析から改善点を見出し、改善活動を展開するという動きにはなりませんでしたが、自由回答欄に記載されたそれぞれの「声」には、各部署の判断で対応できるものに関して対応し改善しました。「1階の外来者用トイレの扉が開きっぱなしになりやすい」や「4階トイレのウォシュレットのボタンが遠い」などといった具体的なご意見には速やかに対応させていただきました。

職員やりがい度については、基本的には同じ分析スタイルでしたが、さらに属性比較を活用したことで、見逃してしまいそうな厳しい結果にも気付くことができました。例えば、「学習や成長」の項目で、度数分布と散布図を見る限りでは悪くない結果だったのですが、属性比較の年代別グラフを見たところ、30代の平均得点がぐっと低いことが分かりました。病院にとって、働き盛りであり未来を担う世代のやりがい度がガクッと下まっているという事実は大変厳しい結果なのではと思い、これが「声なき声」なのかもしれないという感覚を持ちました。

(2) 2018 年度分析

当年の分析をする前に、前年度の分析結果から改善活動を生み出すことができなかった要因は何かを探ることから始めました。膨大すぎた分析量（スライド数 30 枚以上！）を分かりやすく簡潔にすることはできないか、機構が発行されている年報や活用事例集を参考に模索しました。過去の事例集にヒントとなる他院様の分析が掲載されていたので、その方法を取り入れてシンプルな分析を目指しました(図 2)。

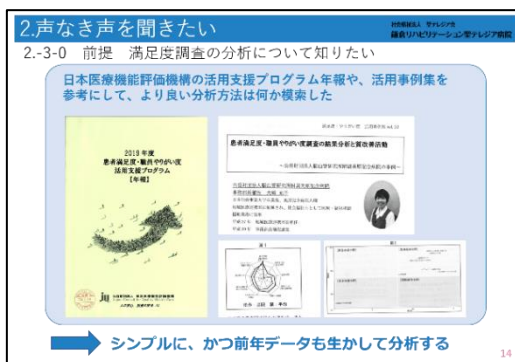


図 2 他院の活用事例

また、せっかく、2 回目の参加ですので、前年度のデータを活用して比較することを目指しました。集計表データを CSV 出力し、レーダーチャートを作りました。平均値と当院の当年データと昨年データを可視化し比較したところ、昨年より下がっている結果が一目で分かりました。また、散布図を活用したマトリクスも作成し、改善の必要性を可視化することができました(図 3)。

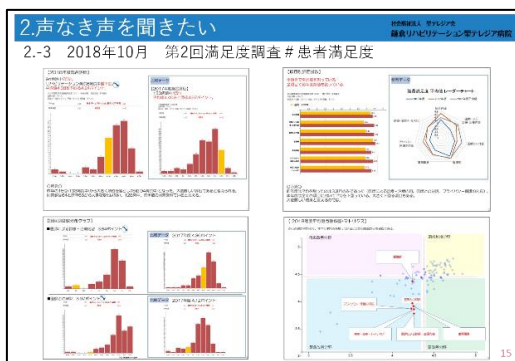


図 3 調査結果の可視化

分析はずいぶんスマートになりましたが、残念ながらこの年も病院としてこの分析から改善点を見出し、改善活動を展開するという動きにはなりませんでした。

(3) 2019 年度分析

どうして改善の動きを作ることができないのかというモヤモヤを解消できずに迎えた 3 度目の分析は、前年度メソッド（レーダーチャートとマトリクス）を踏襲しました。レーダーチャートで過去 3 回の結果を一目で比較することができて、やり続けることの意義を感じました。このベンチマークシステムは、他院との比較という点で優れているのは周知のことですが、参加回数を重ねることで、自院の過去データとの比較も容易にできる点で大変優れていると思いました。病院独自でここまでではできません。素晴らしいシステムだと実感しました。しかし残念ながら、この年も改善への動きはつくれませんでした。

患者投書箱との比較

当院が改善の動きを作れないからと言って、決して改善活動に対して消極的なわけではありません。それは患者投書箱への対応実績で明らかになりました。2017 年 11 月から 2019 年 11 月（満足度調査実施期間）の全ご意見数をカウントし、分類し、その内容と対応について調査してみました(図 4)。

内訳はお褒めの言葉が 11 件に対し、クレームが 54 件でした。クレームについて、対応したものは 17 件、非対応は 37 件で、改善率は 31%でした。対応したものは、トイレの水洗レバーを手動から自動への変更、外来自動血圧計の椅子の変更など

が挙げられます。非対応の中には、対応できないものも含まれているため、実感としての改善率はもっと高いです。対応できるものには対応している結果が現れたとの所以はここにあります。聞こえる声には対応させていただいております。にも関わらず、満足度調査の分析からは改善活動を作り出せない理由はどこにあるのか、さらに考察を進めます。

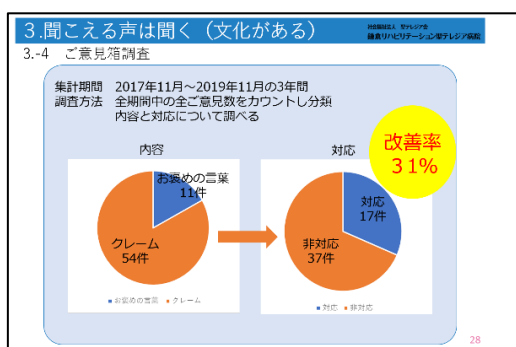


図4 患者投書箱への対応

活用への挑戦への着想

どのようにこの調査を活用していくかの考察は、前職の医療法人での幹部兼法人理事としての経験が元になっています。様々な案件に対応してきて、それぞれの立場のそれぞれの想いにはギャップや溝があることを痛感しました。患者さんからの意見、職員からの意見、幹部の意見、人と人が対峙する際に必ず生じるギャップです。患者さんからは「病院としての対応は？」と、職員からは「病院としての方向性は？」などと判断や決断を迫られた時、私は当時の役割から、この「病院として」という立場に立たされましたが、「病院として」常に正解を知っているわけではありませんでしたし、同時に、一個人としてまた一職員として、「病院として」の判断を迫る側の気持ちも痛いほど分かりました。それぞれの想いから生じた溝の底で苦悶した経験から、まずはそれぞれ

の想いをチューニングすることが私の役割であり使命であると気づきました。この気づきが、次の第4回調査を活用する挑戦策のベースになっています。

活用への挑戦策：モニター調査と幹部職員の事前予測

具体的な挑戦策は3段階設定しました。第1弾はモニター調査です。全職員に「もし私が入院患者だったら」と題して実際の患者満足度調査アンケート用紙に回答してもらいます。第2弾はフォーキャスト(予測)です。幹部職員に患者満足度調査アンケートの結果予測をしてもらいます。ここには、幹部を含めた全職員に患者満足度調査自体を知ってもらうことと、病院を客観的にとらえる意識をもってもらうことという2つの狙いがあります。そして第3弾は仕上げとして、第4回患者満足度調査の結果と第1弾のモニター調査の結果と第2弾のフォーキャストの結果をクロスさせます(図5)。

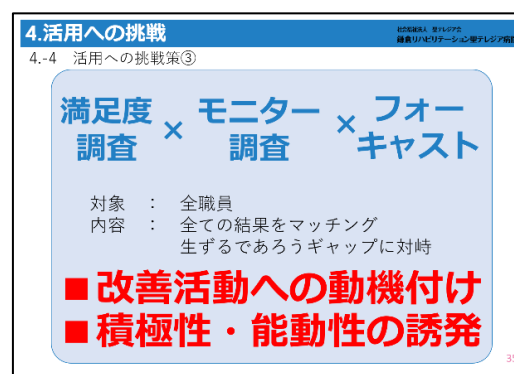


図5 活用への挑戦策

クロスした結果、おそらく何らかの差異が生じるはずですが、その生じた差異に、職員それぞれが対峙することで、改善活動への動機付けや能動性・積極性を誘発したいと考えています。「どこが違うのか、どうして違うのか」と、一人ひとりが思考を始めたら、私たちの想いが届いたというものです。この一人ひとりの思考こそ

が改善活動へのモチベーションになると期待しています。

職員一人一人が思考し具現化する組織へ

プロジェクトや専門委員会を立ち上げ、職員を集めて、トップダウン的なスピード感のある改善活動を展開するのではなく、なぜ、一人ひとりの思考に照準を定めるのか、なぜそんな回り道をとられる方もいらっしゃるのではないのでしょうか。その理由として、中小病院の実情が挙げられます。この実情とは、「現状維持で精一杯」という現実です。「ない」と「ある」ものの狭間で身動きが取れずに雁字搦めになっている、とも言えましょうか。

「ない」とは、「時間がない、人がいない、物資がない、IT化されていない、キャッシュがない」などです。「ある」とは、「臨床業務、施設基準、法令、マニュアル、ガイドライン、会議、委員会、研修、新人教育」などです。

この「ない」と「ある」に搦めとられた現状で、もしプロジェクトや専門委員会を立ち上げたとしても、忙しそうにしているいつもの顔ぶれが揃い、定例会議でも各種委員会でも「看板と議題」が変わっただけで、そこに新たな課題を提案しても、建設的で持続可能な改善活動を産み出せるとは、にわかには考えにくいです。ならばと、一人ひとりの思考に照準を定めることにしました。

先の挑戦策で、改善活動への動機付けや能動性・積極性の誘発ができれば、当院の最大の資源である職員一人ひとりの能力を活かすことができると思い至りました。患者さんのために、病院のために、「私は何がしたいのか、どうなったら良いと思うのか、どうありたいのか」という問いか

ら、職員一人ひとりが思考し、その思考を具現化することで、改善が現実のものになると考えます。

内なる声をかたちにするために：職員の主体性を開発する

リハビリ病院として、当院は「患者さんの主体性の回復」を目指す取り組みに挑戦しています。患者さんが、自分にしかできないこと、自分の可能性とは何か、などを自ら再認識し、課題解決へ向かっていくとする意志を回復してもらいたいという取り組みです。職員にも耳なじみのあるこの「主体性の回復」というスローガンを、改善活動にも転用できるのではと考えました。ずばり、「職員の主体性を開発する」です。主体性を開発するには挑戦することや成功・失敗体験を積むことが不可欠であり、判断や決断する勇気を持てるかどうかは主体性を開発できるか否かの境界線になると考えます。勇気を持てる環境づくりにも併せて考慮していけたらと思います。

期待が認識を超える病院になるために

職員の主体性が開発された暁には、もともと職員が保有している利他性と相まって、患者さんのための改善活動が展開されると考えます。利他性が備わっているのは、病院職員ならではかもしれません。入職時の初心「患者さんのために」を思い返してもらえれば自明のことです。繰り返しになりますが、期待が認識を超える病院になるために、患者さんのための改善は、開発された主体性と、もともと所有している利他性に支えられて成し遂げられると考えています(図6)。



図 6 主体性と利他性

開発された主体性が職員やりがい度も改善

満足度調査のもう 1 つ大切な調査「職員やりがい度」の改善も、職員の主体性を開発することで成し遂げられると思っています。単なる思い付きではなく、「幸福学」に依拠しています。幸せの 4 因子がそろっていると幸福度が上がるという、慶応義塾大学前野隆司先生の研究があります。「やってみよう」＝自己実現と成長の因子、「ありがとう」＝つながりと感謝の因子、「なんとかなる」＝前向きと楽観の因子、「ありのままに」＝独立とマイペースの因子です（出典：前野隆司『幸せのメカニズム 実践・幸福学入門』講談社現代新書 2013）（図 7）。

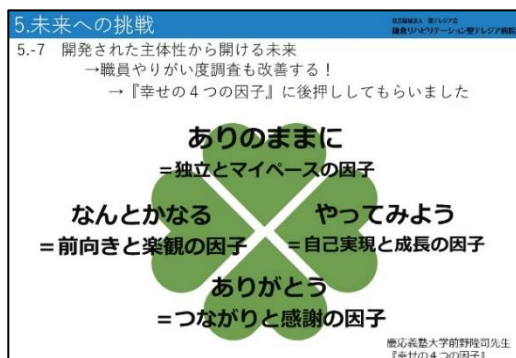


図 7 幸せの 4 因子（出典より一部改変）

最後に：他病院の皆様へ

過去 3 回の分析を振り返ることで、今後の調査に向けて、「あるといいな」と思

ったことがまとまりましたので最後に共有させていただきます（図 8）。

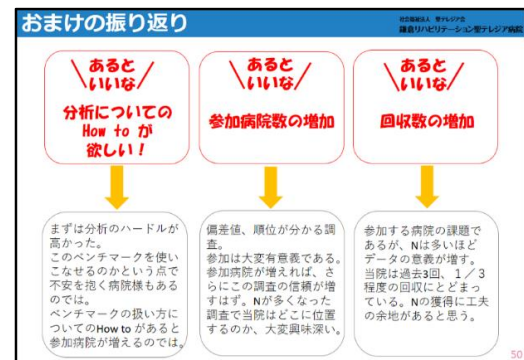


図 8 満足度プログラムへの要望

このような発表の機会を頂戴し、改めて、本調査が大変有意義であることを認識しました。さらに、こうして活用事例を紹介しあうこの取り組みは、普段、病院事務を縁の下で支える事務職員の横のつながりを生む大変有難い取り組みであると認識しました。分析業務は、語弊があるかもしれませんが、地味で孤独な業務です。ですから他院様の活用事例は、参考になり励みになります。これからも本調査がますます繁栄されますことを心より祈念致します。

2021 年 1 月発行

「満足度・やりがい度活用支援」活用事例集 vol. 18

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）

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

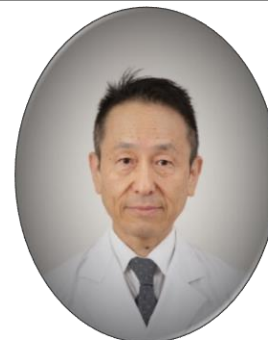
1995 年 東京医科大学 外科学第 2 講座主任教授

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い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

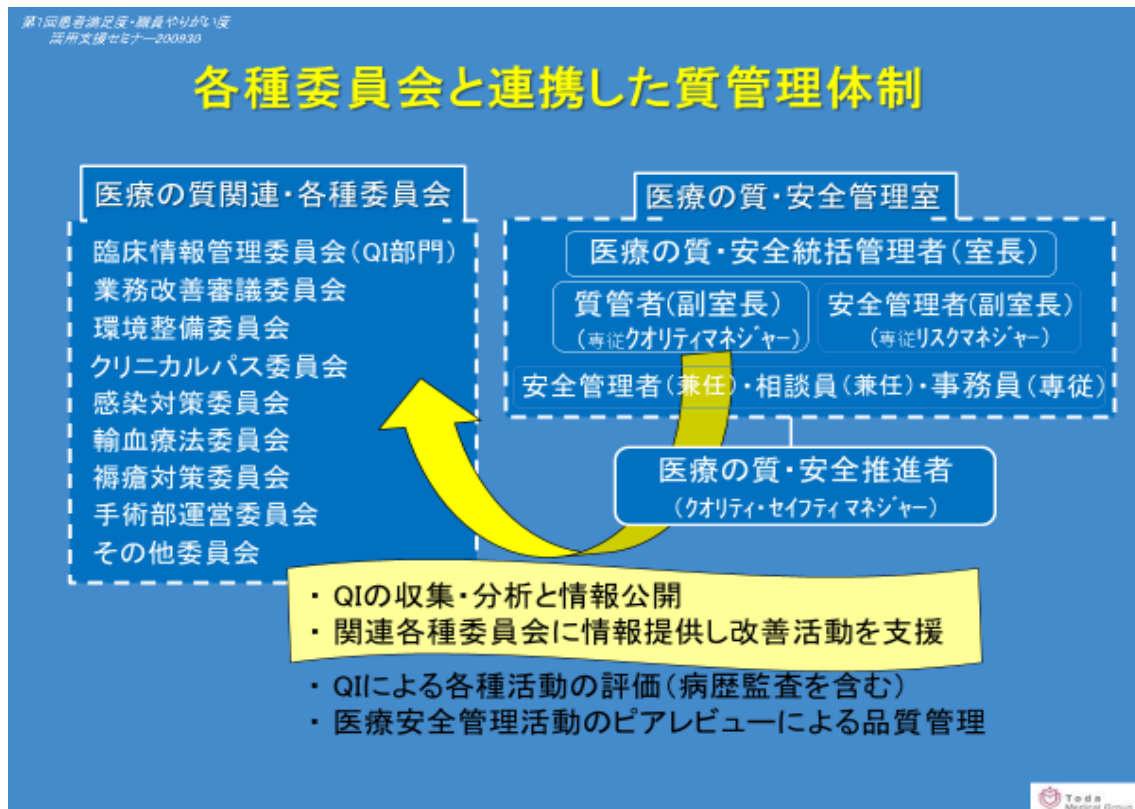


図2 院内の質管理体制

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)。

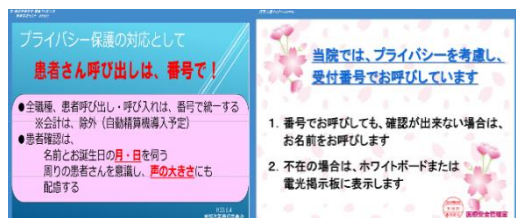


図4 ポスター・掲示板を用いたお知らせ

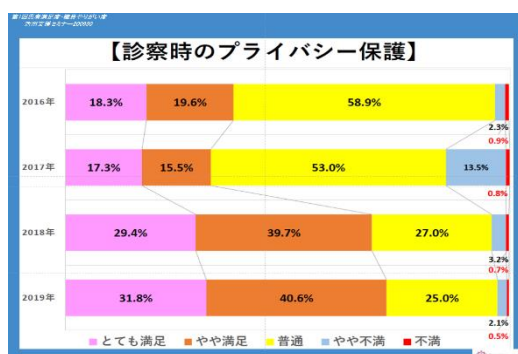


図5 外来患者満足度調査結果
(診察時のプライバシー保護)

(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)。

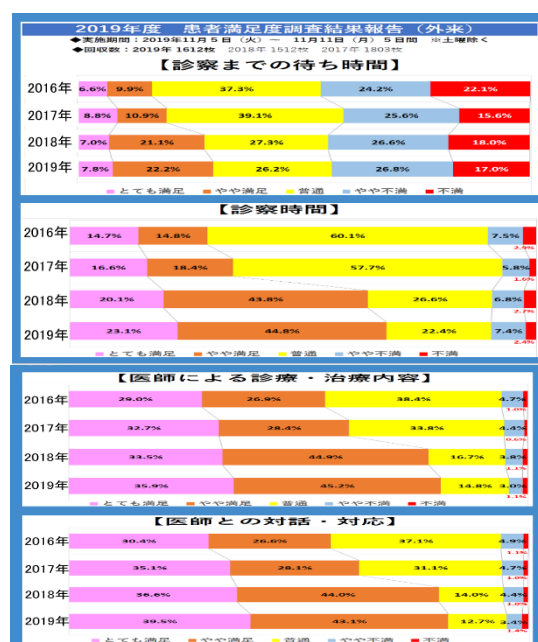


図6 満足度調査結果(医師関連の項目)

(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できました。

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

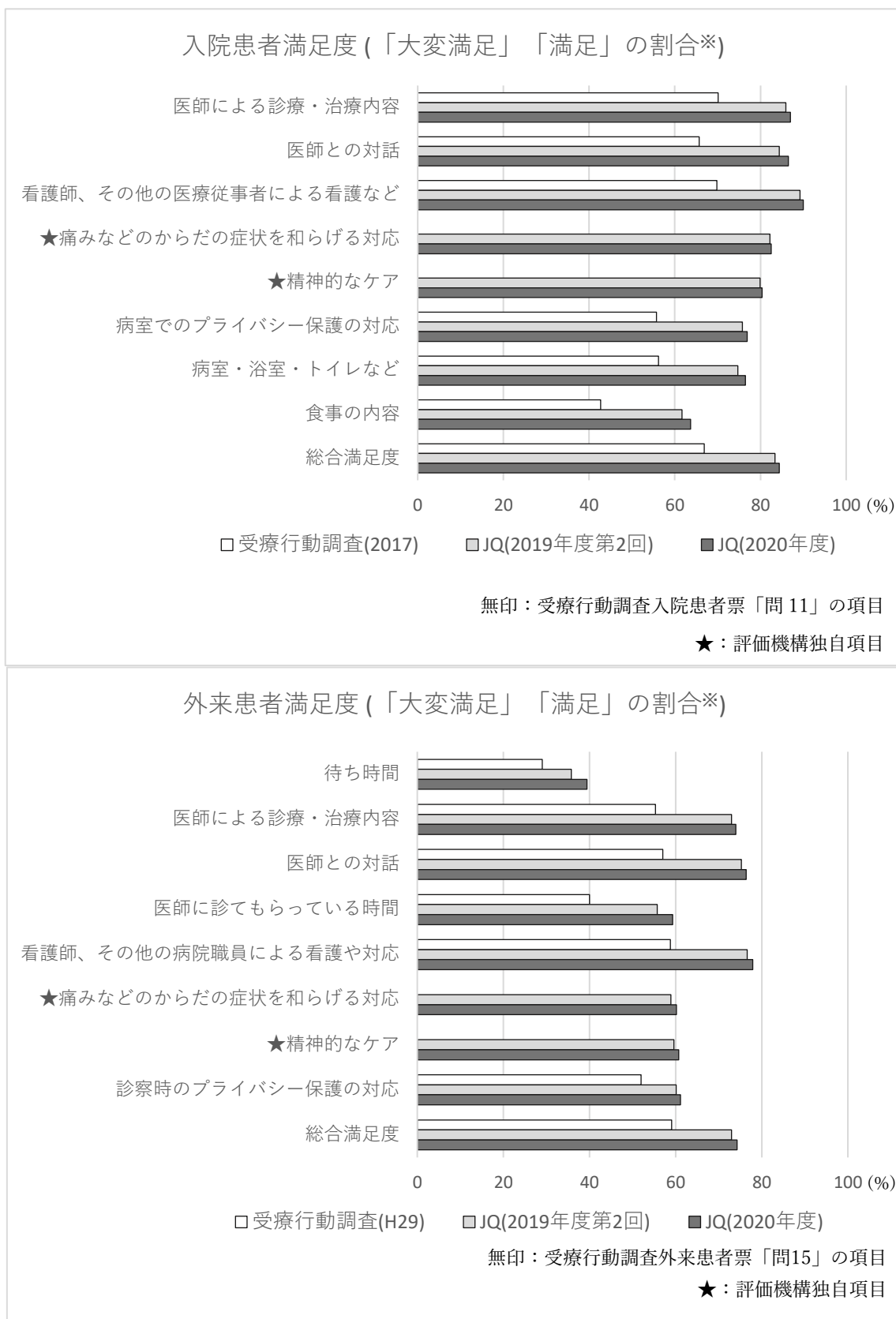
TEL：03-5217-2320(代)

/03-5217-2326(評価事業推進部)

参 考 資 料

患者満足度：受療行動調査との比較

厚労省が実施する受療行動調査の2017年度の結果と、評価機構が実施する患者満足度調査の2020年度の結果の比較は以下の通りであった。



※「大変満足」「満足」の割合＝

(「大変満足」の回答件数+「満足」の回答件数)/総回答数×100

よくいただくご質問

【1. プログラム全般について】

Q1-1. 満足度調査の結果は病院機能評価の認定と関連付けられますか

A1-1. 継続的な質改善活動は病院機能評価の評価対象ですが、満足度調査の結果(設問の平均点等)は、病院機能評価の評点や認定の可否には直接関係しません。

Q1-2. 病院職員だけでなく、法人全体の職員が利用することは可能ですか?

A1-2. 法人単位ではなく、病院単位でお申し込みください。

※法人全体で利用を希望される場合は、評価事業推進部 企画課へお問い合わせください。

Q1-3. 患者満足度調査と職員やりがい度調査のどちらか一方のみの実施も可能ですか?

A1-3. どちらか一方のみの実施も可能ですが、参加費は変わりません。

(可能であれば患者満足度調査と職員やりがい度調査の両方の実施をおすすめしております。)

Q1-4. 調査の実施開始日・期間は病院で決めてもよいのでしょうか?

A1-4. 調査システムは通年で利用可能ですので、調査の実施日・期間は病院で決められます。ただし、ベンチマーク(他病院の結果との比較)については、評価機構が指定した期間に登録されたデータが対象となります。

Q1-5. ベンチマーク期間が年2回ありますが、どちらも実施しなければなりませんか?

A1-5. どちらかのみの実施でも差し支えありません。病院で実施しやすい時期をご選択ください。

Q1-6. 調査期間の全患者すべてを調査対象としなければなりませんか?

A1-6. 各病院の状況に応じて実施できる範囲で実施してください。診療科別に除外すること(精神科、産科等)や、慢性期病院等は在院患者も可とします。

Q1-7. 必ず患者本人が回答しなければなりませんか。

A1-7. 小児や高齢者、自ら意思を表明できない患者等の場合は、家族・関係者の回答も可能です。

Q1-8. 職員やりがい度調査で、回答者が特定される職種等がある場合は、どうすればよいですか。

A1-8. 職員やりがい度調査を行う際に、調査の目的とデータの扱いを院内でルール化し、周知して実施してください。

Q1-9. 申し込みから調査実施まではどのような流れになりますか。

A1-9. お申し込みのフローは以下の通りです。

Web よりお申し込み→同意書を評価機構へ郵送→ID・パスワードの発行/請求書送付

→参加費の振込/調査項目設定→調査実施

詳細は Web ページをご参照ください。

Q1-10. 調査項目の根拠について教えてください。

A1-10. 患者満足度調査に関しては、厚生労働省が平成 26 年度に実施した「受療行動調査」を基に作成しております。職員やりがい度調査は今回のシステムを運営している株式会社ケアレビューがこれまで行っていた職員やりがい度調査の項目を参考にしています。

【2. 調査方法・システム設定について】

Q2-1. タブレット端末やスマートフォンでの回答が難しい場合はどうしたらよいですか？

A2-1. 紙を使用した回答も可能です。設定した設問を印刷できる機能や、CSV ファイルによる回答の一括アップロード機能を備えております。

また、(株)ケアレビューが提供する OCR サービス(有料オプション)もごございます。

Q2-2. タブレット端末やスマートフォンの貸出はありますか？

A2-2. 評価機構での貸し出しは行っておりません。使用する場合は、各病院でご用意ください。

Q2-3. 各調査の設問は変更できますか？

A2-3. 患者満足度調査では「総合満足度」以外に 5 段階評価の設問を 15 問まで設定可能ですが、職員やりがい度調査では各病院共通で 11 問が固定です。患者満足度・職員やりがい度とも、そのほかに自由記載項目を 2 項目、選択式項目（任意セグメント）を 2 項目まで追加可能です。

Q2-4. 診療科毎や病棟毎にデータを取りたい場合はどうすればよいですか。

A2-4. 回答選択肢を設定できる任意セグメントをご活用ください。

Q2-5. 任意セグメントで複数回答したい場合はどうすればよいですか。

A2-5. 複数回答はできません。主要なものを一つ選択し回答ください。

Q2-6. 病院で調査したい項目が、選べる設問項目にない場合はどうすればよいですか。

A2-6. 患者満足度調査では「その他」を 4 枠用意しておりますので、補足説明を加えてご利用ください。

【3. データについて】

Q3-1. データの取り扱いについてはどのようになっていますか？

A3-1. 評価機構は、本プログラムの改善や医療の質向上を目的とし、調査で収集いただいたデータを利用する場合があります。その際は、匿名化、統計的な処理を行い、個別の病院名や個人名を特定されないようにします。

詳細につきましては、実施規約の第 9 条 (https://www.jq-hyouka.jcqhc.or.jp/wp-content/uploads/2018/02/20180209_jissikiyakunew.pdf) をご参照ください。

Q3-2. Web 実施の場合の回収率はどのように考えればよいですか

A3-2. 患者満足度では実施期間の、患者満足度では実施日の患者数を、職員やりがい度（満足度）は調査時点での職員数を分母とし、回収数のうち無効回答を除外した有効回答数を分子として考えるのが一般的です。

公益財団法人 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」 実施規約

第1条（総則）

この実施規約は（以下、本規約という。）は、日本医療機能評価機構（以下、評価機構という。）が実施する、「患者満足度・職員やりがい度 活用支援プログラム」（以下、プログラムという。）の実施にあたり必要事項を定めるものとする。

第2条（プログラムの目的）

プログラムは、「医療機能評価を通じて、患者が安心して医療を享受でき、職員が働きやすく、地域に信頼される病院づくりに貢献する。」という目的に資するべく、「患者満足度・職員満足度」の調査・集計・分析を通じた病院等の質改善活動を支援することを目的とする。

第3条（対象）

プログラムは、日本全国の病院を対象とする。

第4条（期間）

プログラムの実施は、年度（4月1日～翌3月31日）を単位とする。

第5条（参加方法）

病院は、本規約に同意し、同意書（様式1）を評価機構に提出することにより、プログラムに参加することができる。

第6条（参加費）

プログラムに参加する病院（以下、参加病院という。）は、参加費として年間132,000円（税込）を評価機構の指定する口座に支払う。ただし、評価機構が実施する病院機能評価の認定を取得している病院、および病院機能評価の受審申し込み済み病院の場合は年間88,000円（税込）とする。

第7条（内容）

プログラムにおいては、評価機構は、参加病院に対し、以下を実施する。

- (1) 参加病院の利用者や従業員等に対して、インターネット上で実施できるアンケート調査・集計検索システム（以下、システムという。）の提供
- (2) 評価機構があらかじめ指定する期間に、参加病院が（1）のシステムを用いて収集したデータ（評価機構があらかじめ指定するベンチマーク対象項目のデータに限る）を他の参加病院の収集したデータと比較した結果（以下、ベンチマークデータという。）の提供
- (3) 「患者満足度・職員やりがい度活用支援セミナー」の開催。なお、参加病院は当該セミナーに各回1病院につき2名まで参加費を支払うことなく参加できるものとする。

- (4) その他、評価機構が開催するセミナー等の案内

第8条（システム）

前条（1）に示すシステムは、株式会社ケアレビュー（以下、ケアレビューという。）が開発・運用している「満足度調査支援システム」（以下、システムという。）を利用して、以下のとおり提供・運用するものとする。

- (1) 評価機構は、参加病院に対して、システムの ID・パスワードを付与する。
- (2) システムの利用期間は ID・パスワードを付与した日から当該年度末日までとする。
- (3) システムのデータ保持期間は、各データの登録日から 2 年後の同月末日までとする（例：2018 年 4 月中に登録したデータは 2020 年 5 月 1 日に自動的に削除される）。ただし、当該病院が退会した場合、禁止事項に抵触する事象が認められた場合、天災および不慮の事故等による場合はこの限りではない。

第9条（調査データの使用）

- (1) 評価機構は、参加病院からシステムに登録された参加病院のデータをプログラムに関する資料等の作成および医療の質向上への目的に非独占的に利用することができる。
- (2) システムに登録された参加病院のデータおよび評価機構で作成した二次データ（データ）は評価機構に帰属する。
- (3) 参加病院は、前項の目的のため、当該病院のデータが他の参加病院のベンチマークにあたって利用されることをあらかじめ承諾する。
- (4) 評価機構は、当該病院の承諾を得ることなく個人や個別の病院を特定できる形でデータを公開しない。
- (5) 参加病院は、自己の責任においてデータを利用するものとし、データに基づいて行った活動により被った損害に関連して、評価機構は一切責任を負わない。ただし、データの誤りの原因について評価機構に故意または重過失があった場合には、この限りではない。
- (6) 参加病院は、ベンチマークデータを当該病院の学会発表等、外部に公表する場合、あらかじめ評価機構の承諾を得る必要がある。

第10条（評価機構への協力）

プログラムの目的に鑑み、参加病院は、プログラムの履行について評価機構が実施するアンケート調査に回答し、改善点を確知した場合は評価機構に通知する。なお、参加病院は、原則として患者満足度調査と職員やりがい度調査の両方を実施するよう努める。

第11条（退会、更新、および届出事項の変更）

- (1) 退会を希望する参加病院は、評価機構に退会届（様式 2）を用いてその旨を申し出ることとする。
- (2) 参加病院から退会の申し出があった場合、評価機構は、書面を受領した翌月の末日をもって当該病院の ID を削除し、システム上の当該病院のデータを破棄する。ただし、

退会申し出の翌月末日までに評価機構が作成した資料に当該病院のデータが含まれる場合、記載内容は変更しない。

- (3) 参加病院から毎年 2 月末日までに書面による退会の申し出がない場合は自動継続とみなす。
- (4) 法人名・病院名の変更、移転等による承諾書記載内容に変更があった場合、および担当者が変更になった場合、参加病院は変更届（様式 3）により速やかに評価機構へ届け出るものとする。

第 12 条（禁止事項）

評価機構は参加病院に対し、以下の行為を禁止する。以下の各号のいずれかにあたる利用が明らかになった場合、評価機構は、当該参加病院に対し、本システムの利用を停止、または中止できるものとする。これにより参加病院および第三者に損害が生じた場合であっても、理由の如何を問わず評価機構は一切の責任を負わない。

- (1) 参加病院以外と第三者がシステムまたは本プログラムで提供する内容を共同して使用する行為
- (2) 事前に評価機構の承諾を得ることなく、システムを含む本プログラムで提供する内容を、営利・非営利を問わず使用する行為
- (3) 本システムの全部または一部を、自ら複製・改変し、もしくは第三者をして複製・改変させる行為およびこの複製物・派生物を第三者に使用させる行為
- (4) 本システムの情報通信システムの利用に支障を及ぼす、または及ぼすおそれのある行為
- (5) 誹謗・中傷行為、脅迫行為
- (6) 第三者に対して不利益を与える行為
- (7) 第三者のプライバシーまたは個人情報を侵害する行為
- (8) 法令に違反する行為、もしくは違反のおそれのある行為または公序良俗に反する行為
- (9) その他、評価機構が本プログラムの運営上不適当と判断する行為

第 13 条（免責事項）

- (1) 評価機構は、本プログラムおよび参加病院が本プログラムを通じて得た情報等について、その完全性、正確性、確実性、有用性の他いかなる保証も行なうものではない。
- (2) 参加病院が登録した情報に誤りがあった場合、また、その後の変更に関して、第 11 条(4)の定めるところによる届出がなかった場合、それらに起因して発生した参加病院の損害について、評価機構は一切責任を負わない。
- (3) 評価機構は、参加病院の本プログラム参加に起因するソフトウェア、ハードウェア上の事故、通信環境の障害、参加病院と第三者の間において生じたトラブル、その他の事故等によって生じた一切の損害について責任を負わない。
- (4) 参加病院が自院のデータを本プログラム以外に利用した結果生じたトラブル、損害等について、評価機構は一切の責任を負わない。

第 14 条（個人情報の取扱い）

評価機構は、参加病院から取得した問合せに関する情報、E-mail アドレス等の個人情報を、評価機構の個人情報保護方針（別紙、評価機構の個人情報の取り扱いについて）に基づき適正に管理する。

第 15 条（規約の改定）

評価機構は、本規約を改定する場合、参加病院に対し事前に変更箇所を通知する。

第 16 条（その他）

評価機構と参加病院は、本規約に定めのない事項又は本規約について疑義を生じた事項については、誠意をもって協議するものとする。

附則

本規約は 2018 年 4 月 1 日から施行する。

2018 年 8 月 1 日 一部改定

2020 年度 患者満足度・職員やりがい度 活用支援プログラム【年報】

2021 年 5 月 31 日発行

発行 公益財団法人日本医療機能評価機構

(担当：評価事業推進部 企画課)

〒101-0061 東京都千代田区神田三崎町 1-4-17 東洋ビル

TEL：03-5217-2326 FAX：03-5217-2331

(無断転載・複製を禁じます)