

d. 患者経験調査に関する病院アンケート：

今回の患者調査の集計解析結果は各病院個別の報告書にしてそれぞれに報告した。病院宛報告書は、米国でかつて参加病院宛に作成報告されていた調査報告書の内容に準じて作成した^{§§}。報告書の内容は右の目次で示した。

病院宛報告書の送付に当って、病院管理者と質管理担当者を対象にした患者経験調査に関するアンケートを行った。

得られた回答全数は 27 件。うち 11 件は院長・副院長から寄せられた。以下にその回答集計をまとめた。

d-1 患者調査票について

患者調査票に対する病院関係者の意見は、図-IV-d-1 に示した。

ここでは病院関係者の調査票設問に対する納得度を知るために、「(患者の) 回答 (の集計) 結果を見て違和感をもった設問・ディメンジョンがなかったか」また同じく「回答結果に納得できた設問・ディメンジョンがあったか」、さらに「思わぬ発見ができた設問・ディメンジョンがあったか」を訊ねた。これらの質問には、該当する具体的な調査票設問番号をリストするよう求めた。しかし、上の質問に「あった」と答えた人のすべてが該当する設問番号もしくは側面 (ディメンジョン) を挙げてくれたわけではなかったが、アンケートに記入された設問は一覧表に示した (表 IV-d-2)。ディメンジョン (側面) について項目を挙げた回答はなかった。調査票に欠けていると感じた設問項目・ディメンジョンでは、「できれば入れたい設問項目」として「医療連携に関連する項目」をあげた回答が 1 件あった。

表 IV-d-1

病院宛報告書 目次

- **主要な調査結果**
回収率、総合印象評価の概要、各側面の問題スコア一覧
- **優先改善課題の検討**
総合印象評価と相関の高い側面 (マトリックス解析図)
- **患者の評価が高かった領域**
患者の問題体験が少なかった領域 (設問レベル)
- **改善を検討すべき領域**
患者の問題体験が多かった領域 (設問レベル)
- **他施設参照情報**
各設問別の問題スコアと病院平均と 6 病院におけるベストスコアの比較表
- **層別解析報告**
入院では手術を受けた患者、外来では初診患者について、上と同じ一連の集計解析結果を掲載
- **改善に関する患者意見**
改善に関して患者が記入した自由意見の総覧
- **回答者プロフィール**
回答者の手術入院 (初診外来) の層別、年齢・性別の 6 病院平均との比較一覧表

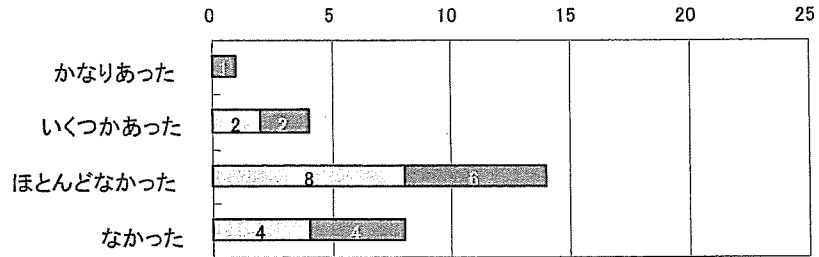
§§ 現在、米国では当該病院のみがアクセスできるウェブサイト調査結果を掲載し、同病院関係者が随時アクセスして利用するフィードバック方式が採られていてペーパーによる病院宛報告書は作成されていない。病院によっては患者経験調査を毎週あるいは毎月実施して院内の業績評価や経営改善に活用している。そのためウェブサイトには当該病院の最新の調査データとともに逐次更新される全病院平均値とベンチマーク・スコアが掲示されている。

図IV-d-1

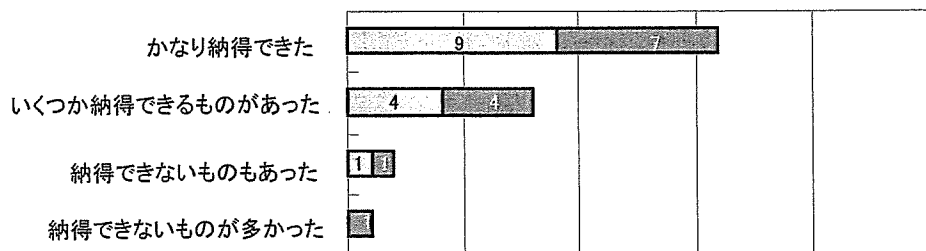
病院アンケート集計
患者調査票について



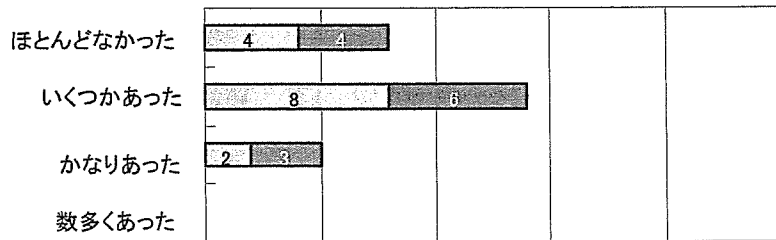
■ (患者)回答の結果を見て違和感をもった設問・ディメンジョンがありましたか。



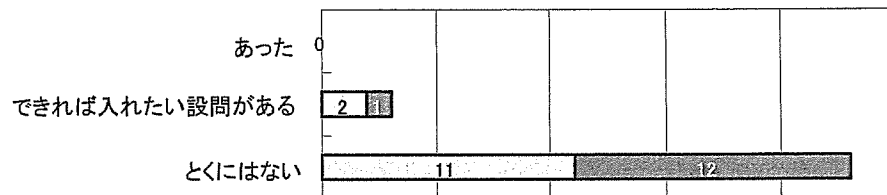
■ (患者)回答の結果に納得できる設問・ディメンジョンがありましたか。



■ (患者回答の結果から)思わぬ発見ができた設問・ディメンジョンがありましたか。



■ 調査票に欠けていると感じられた設問項目・ディメンジョンがありましたか。



表IV-d-2

病院アンケート集計
患者調査票からリストされた設問

入院調査票：

回答結果から見て違和感を持った設問：

	件数
Q37.あなたがもらった痛み止めの薬の量は、どのくらいでしたか。	2

新しい発見ができた設問：

Q5 病室に入るまで必要以上に長く待たされたと感じましたか。	3
--------------------------------	---

Q44 自宅での療養中、あなたに注意していて欲しい薬の副作用について誰かから説明がありましたか。	3
--	---

Q45 病気もしくは手術の経過として、退院後に注意を払っていなくてはならない危険な兆候について話がありましたか。	3
--	---

Q46 たとえば、いつから仕事に戻れるかなど、退院後どのくらいで通常の生活に戻れるかについて誰かから話がありましたか。	3
---	---

Q49 おおよその入院費用や支払方法など、入院中に知りたかったことを病院職員から説明してもらえましたか。	2
--	---

Q41 手術が終わるとあなたがどういう感じの状態になるかについて、医師もしくは看護師が詳しく説明をしましたか。	2
---	---

Q10 医師は、あなたの病状や治療に関する心配や不安について話しあってくれましたか。	1
--	---

Q12 医師たちが、あなたの目の前で、まるであなたがそこにいないかのような会話をしたことがありましたか。	1
--	---

Q15 重要な質問に、看護師からあなたに理解できる答えをもらえましたか。	1
--------------------------------------	---

Q16 病状や治療に関するあなたの心配ごとや不安について、看護師はあなたと話し合ってくれましたか。	1
---	---

Q18 看護師たちが、あなたの目の前で、まるであなたがそこにいないかのような会話をしたことがありましたか。	1
---	---

Q19 看護師たちの礼儀・態度をどう感じましたか。	1
---------------------------	---

Q23 あなたの家族あるいは身近な人が、担当医と話せる機会は十分ありましたか。	1
---	---

Q30 入院中の医療サービスは、あなたの意向と尊厳を尊重して行われたと感じましたか。	1
--	---

Q35 痛み止めの薬を頼んだとき、どのくらいの時間でもらえましたか。	1
------------------------------------	---

Q36 医療スタッフは、痛みをコントロールするためにできることは何でもしてくれたと思いますか。	1
---	---

外来調査票：

回答結果から見て違和感を持った設問：

	件数
Q20 自分が受ける診療について質問したかったのに聞きそなってしまったものがありましたか。	1

Q26 担当者は、あなたの症状がそのまま続いたり、悪化したり、ぶり返したときにどうすればいいか話をしましたか。	1
---	---

Q29 病状や治療について診療担当者からあなたが知りたかった知識・情報を得ることができましたか。	1
--	---

Q40 受診後に、あなたに何か助けを必要とすることが起こったとき、あるいは何か聞きたいことができたとき、誰に連絡すれば良いか知らされましたか。	1
---	---

Q41 会計（支払い）の手続きは、段取りよくスムーズでしたか。	1
---------------------------------	---

新しい発見ができた設問：

Q29 病状や治療について診療担当者からあなたが知りたかった知識・情報を得ることができましたか。	2
--	---

Q40 受診後に、あなたに何か助けを必要とすることが起こったとき、あるいは何か聞きたいことができたとき、誰に連絡すれば良いか知らされましたか。	2
---	---

Q19 あなたの質問に担当者から理解できる答えをもらえましたか。	1
----------------------------------	---

Q22 診療担当者を信用し、信頼することができましたか。	1
------------------------------	---

Q25 診療担当者は、あなたの健康状態にかかわりがあるかも知れない日常生活や家庭環境についてたずねましたか。	1
--	---

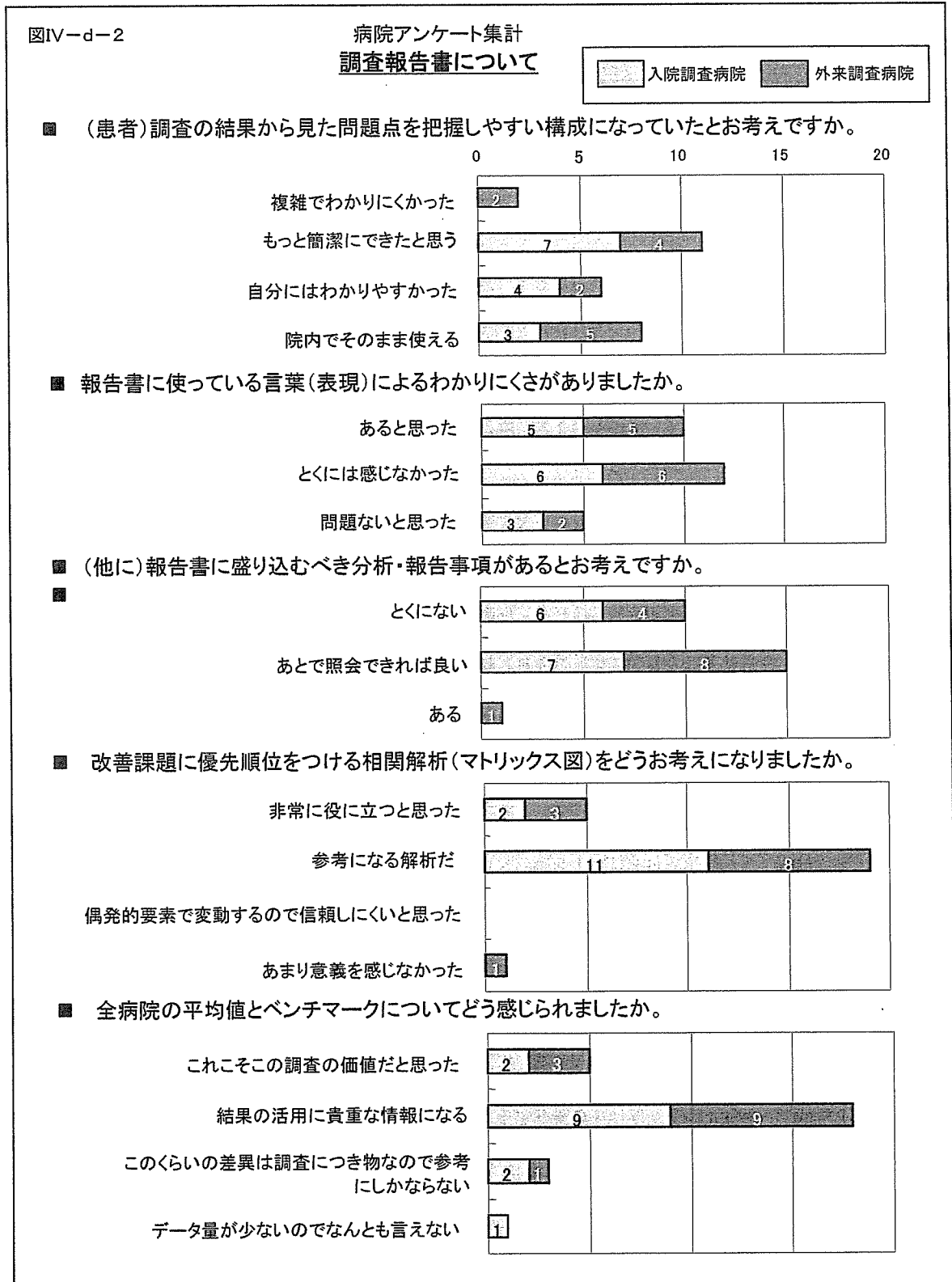
Q26 担当者は、あなたの症状がそのまま続いたり、悪化したり、ぶり返したときにどうすればいいか話をしましたか。	1
---	---

Q27 処方された薬について、何のために服用する必要があるかあなたに理解できる説明がありましたか。	1
---	---

Q33 なぜ検査が必要かについて、診療担当者はあなたに理解できる説明をしましたか。	1
---	---

d-2 調査報告書の構成と内容について

病院宛報告書の内容と構成に対するアンケート結果は、図-IV-d-2の通りであった。



d-3 患者経験調査の活用について

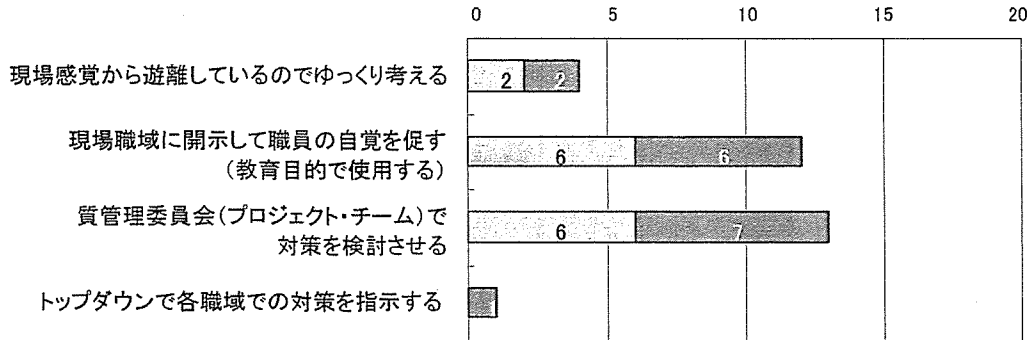
今回の患者経験調査の結果をどう活用しようと考えているかについての回答は、図-IV-d-3に示した。

図IV-d-3

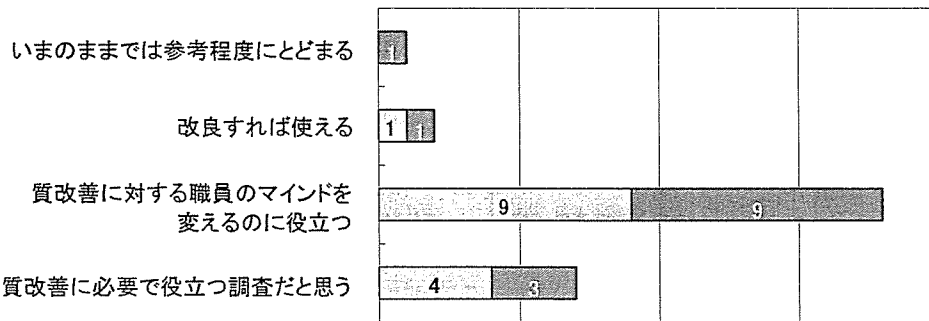
病院アンケート集計
患者調査の活用について

入院調査病院 外来調査病院

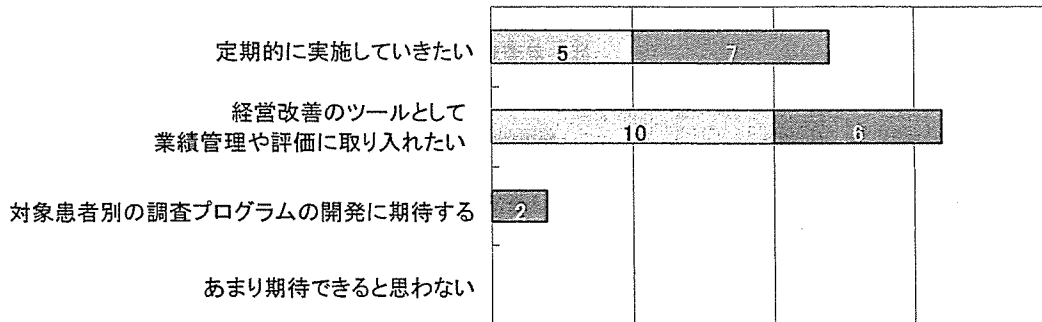
■ 今回の調査結果をどう使われるおつもりですか。



■ 総合して患者経験調査に対する評価・お考えをお聞かせ下さい。



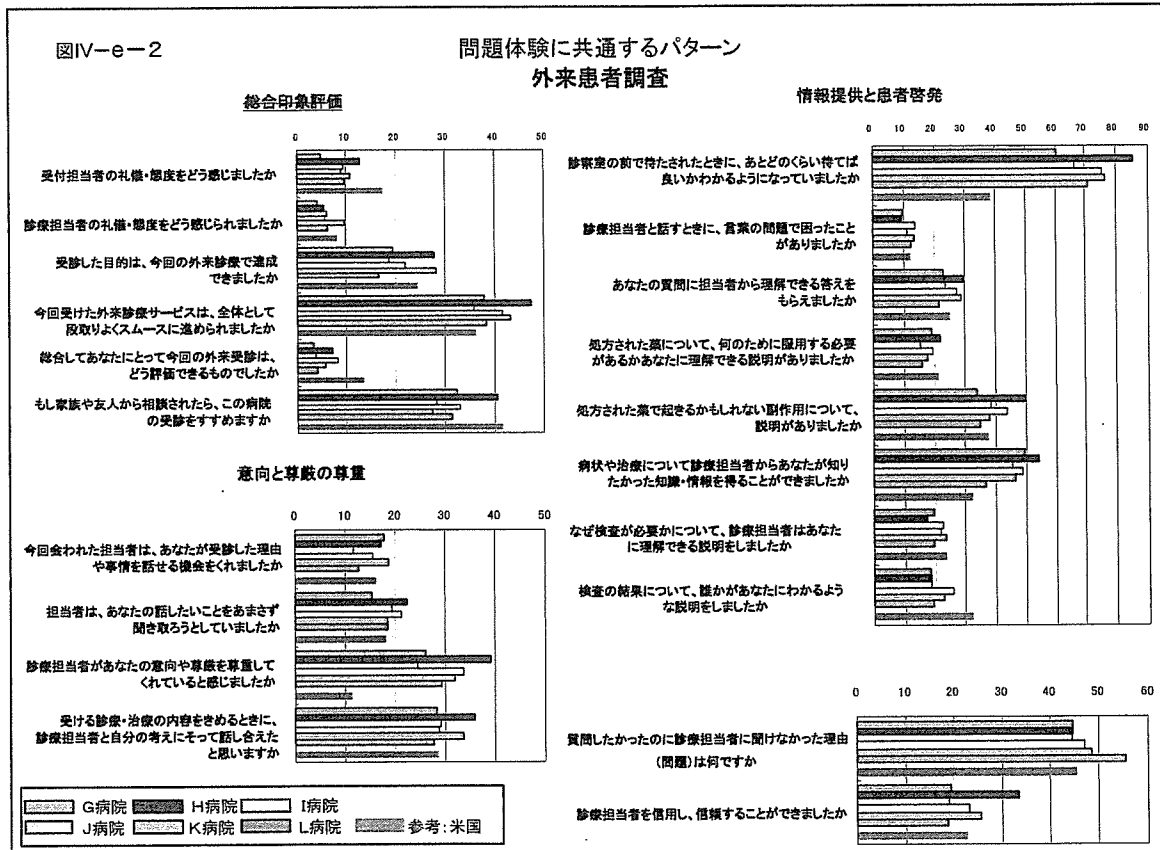
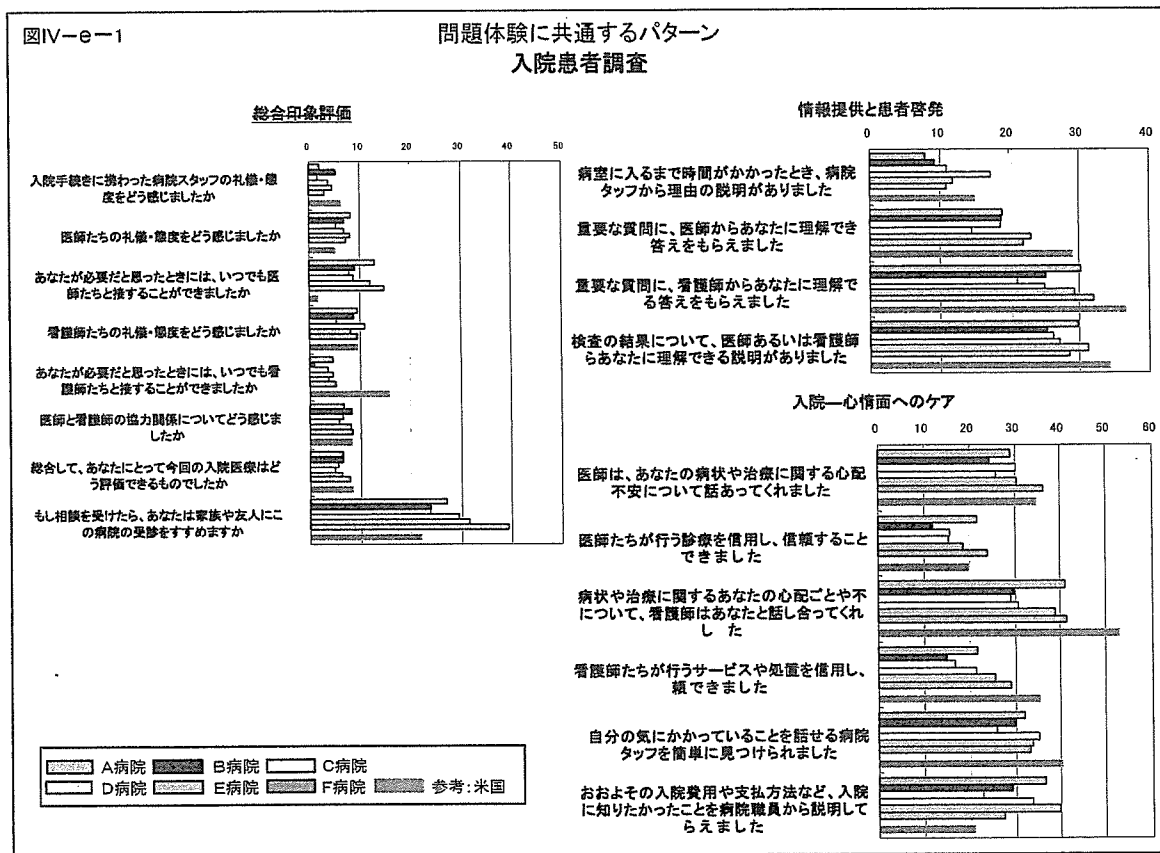
■ 今後、患者経験調査に何を期待されますか。



e. 患者回答に共通して見られたパターン:

病院個別の調査結果には当然各病院の性格や状況に応じた差異が見られるが、全病院の調査結果に興味深い二つの共通する事象が観察された。

1. 入院患者調査および外来患者調査において対象 6 病院の優先課題解析図の最優先区分に共通の側面(ディメンジョン)がプロットされていたことである(pp.8、図-IV-3、pp.9、図-IV-4を参照)。入院患者調査では「情報提供と患者啓発」、「心情面へのケア」の二側面、外来患者調査では「情報提供と患者啓発」、「意向と尊厳の尊重」、「心情面へのケア」の三側面がそれらである。
2. 同じく全病院に共通する事象として、医療サービスの各側面あるいは設問領域の問題スコアが高いのに対して総合印象評価を設問レベルで見ると、医師やスタッフ職員の礼儀・態度に問題を感じたと回答した患者が非常に少なかったことである。この関係を示したのが、図IV-e-1と図IV-e-2である。



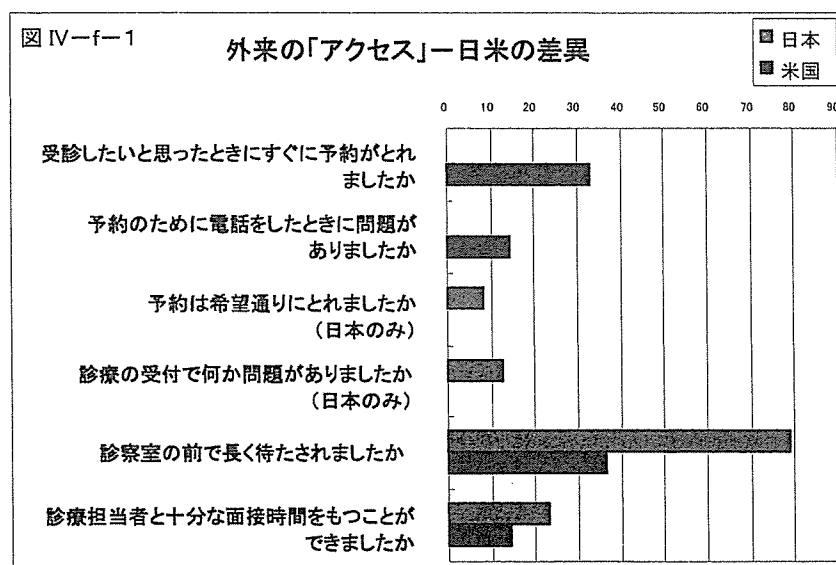
二つの図を通じて総合印象評価を訊ねた設問への回答を見ると、受診もしくは受療中に患者が直接接した医師をはじめとする職員の礼儀・態度および現場職員の協力関係では問題スコアが低い。しかし、診療業務のなかで日常となっている患者の質問への応答や検査の説明、待ち時間の明示のあり方、担当者間の連絡連携システムに問題を感じている患者が多いという結果になっている。

f. Picker 調査のわが国医療への適合性:

米国と日本では、医療システムや診療慣習と患者の受診行動が同じとは言えない。すでに第一次テスト調査の段階で、米国の患者調査票設問うち数問が有効回答数（30件以上）を確保できないことがほぼ明らかになっていた。医療の各側面（ディメンジョン）にある問題を把握することを考えると、それら無効な設問に代わるものを設けて補強する必要があると考えられた。

第一次テストで無効と思われた設問は、外来受診のプロセスの違いからわが国の患者には該当する経験がないと思われることを訊ねたものであった。入院調査では、わが国の場合、予定された入院が大勢を占めているため、救急治療室での受療経験に関する設問で有効回答件数が得られたのは6病院中1病院に過ぎなかった（ここでいう有効回答数は、「救急治療室で治療を受けなかった」と回答したものを除いた数で無回答が多かったわけではない）。外来診療では、米国の場合初診を含めて基本的に電話による事前予約が前提になっているのに対して、日本では初診患者の予約をとっている病院はほとんどなく、再診についても電話で予約をとることは行われていない。そこで今回の調査では、外来調査票にいくつか新しい設問を組み入れて有効に機能するかをテストした。

外来調査の側面「アクセス」に関連する設問で得た問題スコアを米国データと比較したのが図IV-f-1である。



上記のアクセスに関連する設問を含め今回の調査でテストした設問では、その回答における問題スコアと総合印象評価との相関に以下に示す結果が得られた。

表IV-e-1

● 設問: 予約は希望通りにとれましたか。(アクセス)

	G病院	H病院	I病院	J病院	K病院	L病院
問題スコア	10.4	8.6	7.5	9.7	6.2	7.1
総合評価との相関	0.076	0.244	0.122	0.193	0.211	0.134

表IV-e-2

● 設問: 診療の受付に際して何か問題がありましたか。(アクセス)

	G病院	H病院	I病院	J病院	K病院	L病院
問題スコア	5.71	18.66	9.50	18.45	11.06	13.77
総合評価との相関	0.183	0.200	0.273	0.420	0.406	0.404

表 IV-e-3

● 設問:診療の受付手続きは段取りよくスムーズに進められましたか。(ケアの連携と継続性)

	G病院	H病院	I病院	J病院	K病院	L病院
問題スコア	22.09	29.58	26.88	34.40	33.5	28.1
総合評価との相関	0.326	0.285	0.270	0.405	0.429	0.252

表 IV-e-4

● 設問:検査を受けるまでに必要以上に長く待たされたと感じましたか。(ケアの連携と継続性)

	G病院	H病院	I病院	J病院	K病院	L病院
問題スコア	38.05	44.64	49.04	54.85	49.2	41.4
総合評価との相関	0.279	0.206	0.299	0.337	0.248	0.342

表 IV-e-5

● 設問:会計(支払い)の手続きは、段取りよくスムーズでしたか。(ケアの連携と継続性)

	G病院	H病院	I病院	J病院	K病院	L病院
問題スコア	26.54	50.47	30.56	48.95	50.7	32.9
総合評価との相関	0.435	0.214	0.202	0.366	0.272	0.392

V. 結果の考察:

1. 「患者経験調査プログラム」の調査手法としての有効性

回収した患者調査票のうち無効票は病院の郵送リスト作成段階のエラーによるところが多いので、患者経験調査に対する患者の協力度合を示す数値は粗回収率と考えるべきである。今回の調査方法では、各病院から患者に調査キットが郵送された時点以降、患者に回答を督促あるいはリマインドする方法はない。したがって粗回収率は患者のまったく自由な協力意志を代表したものと言える。

また、回収された調査票の各設問に対する回答記入率は高く、無記入の多かった設問はわが国の医療では必ずしも日常的ではない事柄を訊ねた設問（たとえば、外来の電話予約や他の医療機関への紹介手配など）に集中していた。すなわち、ほとんどの調査設問では回答者に不必要なとまどいを生じさせることはなかったと思われる。

粗回収率の水準と設問別回答記入率、またフリーダイヤルへの照会件数と内容から見て今回の患者経験調査プログラムは、調査手法として患者の理解と協力を得る必要十分な要件をもった実用性の高いものと言える。

2. 調査票の計測尺度としての精度向上

第一次テストは参加病院数が少なかったとはいえ、病院間の差異が感じられない平板な結果しか得られなかった。ことに、各側面の問題スコアが総じて高く出たにもかかわらず、総合印象評価とそれらの相関が低く、「多くの問題経験をしているのに患者は満足している」かのような結果になった。

その原因と目された患者調査票の設問と回答スケール（回答選択肢）の言語表現を、二つのテスト調査を経て修正したのが今回使用した患者調査票であった。したがってこの言語表現の修正が患者回答、ことに奇数回答スケールにおける中央値回答への偏重をどう改善したかの検討に大きな意味があった。第一次テストと今回の調査結果の比較は、明らかに中間値項目への回答集中を減少させることに成功したことを示した。

中間値回答項目は、「あった—なかった」、「良かった—悪かった」の中間として「ある程度」、「まあまあ」といった表現になる。こうした表現の項目は、回答者にとって選び易いものになるが、それだけ中央値の回答には肯定的・否定的ニュアンスの答えが混在しやすくなる。中央値回答への過大な集中は、集計結果を受診経験で患者が実際に感じたニュアンスと離れたものにし、病院による患者経験の差異を不明瞭なものにする。今回の調査結果を見ると、第一次テストの集計結果が平板なものになった理由が良く理解できる。

調査票の言語表現修正をするに当たって意をもちいたのは、回答者が二者択一の判断に迷って無難な中央値項目を選ぶことがないようにすることであった。そのために中央値項目のみでなく肯定・否定項目の表現にも配慮して回答者が容易に肯定的回答と否定的回答を峻

別して回答できるように見直した。

中央値回答への集中緩和による回答分散率の改善が病院間の差異を浮き彫りにするように機能したかどうかを見るため、主要な設問に対する回答分散パターンの病院別比較を行った。それらを見ると、入院・外来ともに第一次テストで中間値回答に混在していたような肯定的・否定的ニュアンスの回答がそれぞれあるべき回答項目に分散した結果になっているのがわかる。すなわち、中央値回答から肯定的・否定的ニュアンスの回答を追い出して、肯定もしくは否定回答が相対的に増えたことになるが、肯定・否定が峻別されたことによって調査の感度と精度が高まったことになる。

以上のことから今回の調査では、調査票の計測ツールとしての感度と精度を向上させて各病院それぞれの個性と特性による差異を浮き彫りにすることに成功したと言える。

3. 病院側の患者経験調査に対する評価:

患者対象の調査には相応の時間と人手と費用がかかる。患者経験調査が参加病院にもたらす情報の価値と病院がそれらを活用したいという意志がその鍵を握る。患者経験調査の報告に当たって病院関係者に患者調査票、報告書、結果の活用と患者経験調査について実施当事者としての感想を訊ねるアンケートを行ったが、結果は総じて肯定的であった。

① 患者調査票

患者の回答集計を見て違和感をもった設問・ディメンジョンの有無では、ディメンジョンに関するものはなく、設問ではやや外来調査票のものが多かった。回答結果に納得できた度合は入院・外来のいずれとも高く、患者調査票でさらにカバーすべき設問項目やディメンジョンに関してはほとんどが「とくにない」という回答であった。唯一「できれば追加すべき設問・ディメンジョンの領域」を挙げた意見は「医療連携に関するもの」であった。

患者の回答結果から新しい発見ができた設問の有無（ここでもディメンジョンについては何もなかった）では、入院と外来調査ともに大きな差はなかった。なかに患者回答に違和感をもった設問と新しい発見ができた設問と同じ設問を挙げた回答もあった。

違和感をもったあるいは新しい発見ができた設問があったとした人がすべて該当する設問番号をリストしてくれたわけではなかったが、少なくともリストされた設問とそれらに対応する当該病院の患者回答と照らし合わせて見ると以下のような見方ができる。すなわち、医療提供者側が日常の診療業務のなかで患者にとって問題であると意識・認識していなかった事柄、もしくは患者にとっては問題だろうと推測していた事柄と患者側の受け止め方とのズレをあらためて認識する機会になったということである。言い換えれば、患者経験調査は患者側が問題と感じている事柄を医療提供者側に気付かせる有効な方法になると見ることができる。

患者調査票設問と構成について基本的疑義はなく、調査結果に対する納得と新鮮な情報としての評価も得られたものと思われた。

② 病院向け報告書

病院向け報告書が「調査結果が明らかにした問題点を把握しやすい構成になっていたかどうか」については、「複雑でわかりにくかった」が2件、「もっと簡潔にできたと思う」が11件で合計13件あった。一方、「自分にはわかりやすかった」および「そのまま院内で使える」とした回答は合計14件であった。

しかし、「もっと簡潔にできたと思う」という11件の回答のうち5件、および報告書に用いた言葉によるわかりにくさが「あると思った」という10件の回答のうち6件が、院長・副院長によるものであったことは留意すべきことである。患者経験調査を病院運営やサービスの質改善に活用する上で重要な役割を果たすのは院長・副院長である。日常多忙な院長・副院長にとって目を通しやすく調査結果を把握・理解しやすい報告書のあり方はさらに検討すべき重要な課題であると言える。

紙幅の関係で報告書に盛り込める事項には限界があるが、その点については「別途細部を照会できれば良い」というのは大多数の回答であった。その意味で内容的には今回の報告書で事は足りていると判断できる。

この調査プログラムの特色である優先度の高い改善課題を示唆する相関解析（マトリックス）図については「非常に役に立つと思った」、「参考になる解析だ」と高く評価する

回答が大勢を占めた。同じく、参加全病院の設問別平均問題スコアとベンチマーク値（6病院中のベスト・スコア）については、「これこそこの調査の価値だと思った」（5件）、「結果の活用に貴重な情報になる」（18件）と大多数が情報としての価値を高く評価した。ことに、マトリックス図には、アンケートに回答を寄せた院長・副院長11名のうち9名が、参加病院の平均スコアとベンチマーク値には同じく10名が高く評価したことは特記されるべきことである。

③ 調査結果の活用

患者経験調査は、病院の運営と業務の改善に活かされなければ意味がない。今回の調査結果をどう扱うかについて訊ねたのに対して、「現場感覚から遊離した（結果な）のでゆっくり考える」としたものが4件あった。しかし、「職域に開示して職員の自覚を促す（教育目的で使用する）」（12件）、「質管理委員会（プロジェクト・チーム）で対策を検討させる」（13件）という回答が多くを数えた。「トップダウンで各職域に対策を検討させる」とした意見は1件にとどまった。

アンケート結果から見ると、いずれの病院にも患者経験調査の結果を積極的に活用しようという意欲があるように見えるが、アンケート回答を病院別に見ると、質改善委員会やプロジェクト・チームで調査結果を検討して組織的に問題解決をはかるとした病院は10病院中3病院、院内各職域に開示して職員の意識啓発に役立てるとした病院が5病院であった。しかし、患者経験調査が果たす役割については、「職員の意識を変えるのに役立つ」が18件、「質改善に必要かつ役立つ」が7件と、その意義と役割を評価する意見が圧倒的多数を占めた。別の見方をすれば、患者調査を質改善に組み入れる病院の体制づくりは、まだ入口の段階にあるとということになるのだろう。

④ 今後を含めた患者経験調査への期待

患者経験調査を実施した経験をもとに、今後どうしたいかを訊ねた質問への回答では、患者経験調査を「定期的実施していきたい」が12件、「経営改善ツールとして業績管理や評価に取り入れたい」が16件を数えた。

この患者経験調査に対する見方は、米国において病院経営の改善と業績管理のツールとして活用されるに至っている状況に通じるものと言える。患者の満足という包括的・主観的評価を測る調査では、結果が良くても悪くても何をどこから改善すれば良いかが把握しにくい。それに対して患者経験調査は、何をどう改善すべきかについての手がかりと、他の病院における問題の状況とレベルなど自院の状況を比較検討するのに役立つ情報が得られる点で実践的かつ実効性の高い調査手法になると受け止められていると思われる。

ちなみに「いまのままでは参考程度にとどまる」、「さらに改良すれば使える」とした意見は合計で3件にとどまり、この調査には「あまり期待できない」とした意見は1件もなかった。本調査の病院経営にとっての有用性は、期待を含めて高く評価されたと言える。

4. 患者回答に共通している問題体験：

今回の患者調査結果には全病院に共通する二つの事象が見られた。

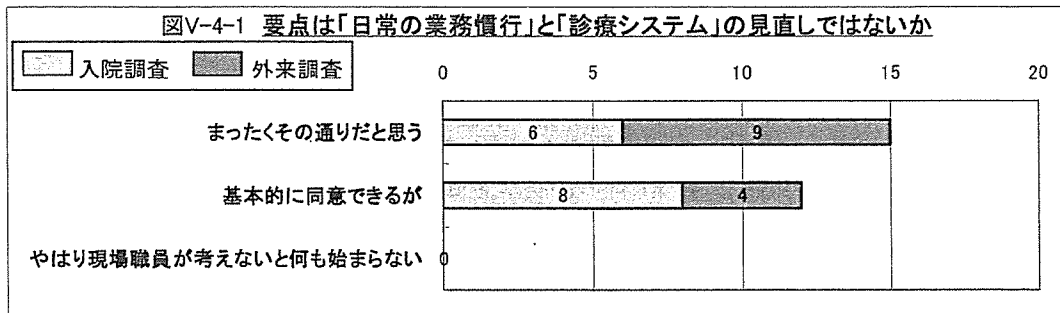
一つは、全病院を通じてマトリックス図の最優先課題の区分にプロットされた共通の側面があったことである。入院調査では「情報提供と患者啓発」、「心情面へのケア」の二側面、外来患者調査では「情報提供と患者啓発」、「意向と尊厳の尊重」、「心情面へのケア」の三側面がそれらである。

これらの側面より問題スコアが高くても総合印象評価との相関が高くない側面があることを考えると、現在の医療において患者が共通して改善を望んでいる問題の所在を示しているのかもしれない。いくつかの先行する患者満足度調査の報告でも、情報と説明と対話が設備や療養環境以上に患者満足にとって重要だと指摘されている。心情面のケアも、患者の視点から見た患者中心の医療の要件を示していると言えるだろう。

他の一点は、サービスの各側面では多くの問題体験があったと報告されているのに対して、総合印象評価のスコアを設問レベルで見ると全病院を通じて医師や看護師その他スタッフ職員の礼儀・態度に問題を感じた患者が非常に少ない結果になっていることである。この現象は、患者が問題と感じた体験を、医師やスタッフ職員の個人的資質による

のではなく、院内の診療業務の上で当然のこととされている習慣や慣行あるいは院内の診療提供システムに起因したものと見ている可能性を示唆している。そこで問題スコアの高い側面を設問レベルに戻って回答結果を見ると病院による差異がかなりある。つまり、そこには各病院個々の業務慣行やシステムがもっている傾向や問題があらわれていると言える。

そこに示唆されているのは、単に職員個々の努力や患者対応の向上を促すだけでは解消や解決のできない問題があるということであり、院内の日常活動の慣行となっている診療業務や手続き・手順、院内の連絡連携や事務処理システムを患者の視点に立って見直すことの重要性である。ちなみに、この見方に対する各病院のアンケート結果を以下に示した。



5. 調査プログラムの改善・改良点:

当研究班が採用した患者経験調査プログラムは、米国の Picker 研究所が開発したプログラムをモデルにしたものであるが、その調査手法の基本骨格はわが国の病院の質管理と改善活動に有用なツールとして利用可能であることはほぼ確認できた。

しかし、日米の医療提供システムと患者の受療行動の違いから米国で採用している患者調査票設問のうち数問が有効に機能しないことがはっきりした。日米間の最も大きな違いは外来受診のプロセスである。米国では通常、外来受診は救急医療を除き事前の電話予約によるのに対し、日本では初診はもちろん再診についても基本的に電話予約を受けていない。

そのため米国では、「受診したいときにいち早く診療予約がとれましたか」という設問に対する問題スコアが高くでているのに対して、フリー・アクセスを基本とする健康保険制度のもとにある日本の外来診療では「診療待ち時間」と「院内での待ち時間」が大きな問題になっている。入院では、救急治療室を経由して入院するケースが米国に比べて少ないため救急治療室での診療に関する設問に有効回答数が集まらなかった。日本では、外来受診時に急遽入院と決まるケースはあるが多くは事前に予定を立てた上での入院がほとんどである。

これら有効に機能しない設問に代わる独自の設問を挿入しないと、一部の側面（ディメンション）における問題経験を把握できないことになる。ことに外来患者調査では、「アクセス」、「ケアの連携と継続性」について何らかの補足設問が必要と思われた。そこで第一次テスト時の患者の自由記入コメントでとくに改善の要望が多かった診療受付と診療科受付、および会計支払いにかかわる問題体験を中心に設問を試作して今回の調査でテストした。その結果、これら設問の多くは問題スコアと総合印象評価との相関から見て有効に機能することを確認できた。

V. 結 語:

2003年9月から2004年1月15日の間に実施した患者経験調査は、実施方法と患者調査票ともに有効に機能し、病院の質改善活動に有用かつ貴重な情報をもたらす調査手法となり得ることがわかった。以下にその要点を列記する。

1. 患者の協力が得られる調査手法である:

患者のプライバシーに対する配慮から、調査票の郵送配布時点以降には回答を促す方法

- がなく、患者の自発的意志にまったく依存するものであったのにもかかわらず全病院押しなべて高い回答回収率を記録した。
2. 患者の問題経験を測る尺度として患者調査票が適切に機能した：
第一次テスト以降、患者の設問回答項目への理解度と回答再現性の確認を重ねて修正した患者調査票は、各病院の特性差を敏感に反映できるものになった。
 3. 病院に新鮮な発見と貴重な情報をもたらす調査である：
患者の視点で見た問題の所在とともに新鮮な発見をもたらし、医療側の先入観と患者側の認識とのズレを修正する調査になる。併せて病院の質改善目標の設定に役立つ優先改善課題に関する示唆と貴重な参照情報となる参加病院の平均スコアとベンチ・マー値（ベスト・スコア）が提供できる。
 4. 患者の改善要望と改善アイデアが得られる：
自由記入の改善容貌欄にコメントを記入した患者は回答者の45%にのぼった。患者の目から見た生の改善アイデアをすでに一部採用した病院もでている。
 5. 調査結果の情報価値に対する病院側の評価は高い：
調査報告書を提出後に病院関係者を対象に行ったアンケートは、10病院（調査対象の延べ数では12病院）から27件の回答が寄せられ、そのうち院長・副院長から11件の回答が寄せられた。アンケートの集計結果は、患者経験調査の有用性に肯定的な評価を示し、今後、定期的な調査の実施や経営管理のツールとして活用したいなど期待が大きいことがわかった。
 6. 院内の診療慣行・診療システムの見直しの重要性が示唆された：
病院数は限られているが、調査結果から全病院の患者に共通する問題側面の所在と、患者が問題を感じているのは、病院勤務者個々の資質・態度ではなく院内の診療慣行や診療システムであることが示唆された。
 7. 患者調査票設問の修正改善ポイントが明確になった：
米国の患者経験調査をモデルにした調査プログラムが多く面でわが国医療に適応可能であることがわかった。ことに入院患者調査では適応性が高かった。しかし、外来患者調査では、外来受診にかかわる制度・慣習と患者の受診行動の違いに適合させるための修正改善が調査票設問の一部に必要なことがわかった。今回の調査を通じてわが国での調査に採用すべき追加設問・回答項目の有効性をテストして、それらが予期した機能を発揮することを確認した。■

¹ 瀬尾隆、片山清志、大久保孝義：「患者による医療評価—予備調査の結果分析と教訓」；上原鳴夫編・監：「NDP（医療のTQM 実証プロジェクト）平成14年度報告」、2003年3月31日、pp. 134-142

² 小泉 俊三、大久保 孝義、片山 清志、阿部 俊子：「患者調査票の妥当性・再現性テスト調査—小規模比較調査」、2003年10月（未発表）

³ 竹山 直子、大久保 孝義、小泉 俊三、阿部 俊子：「患者調査票の設問と回答スケール設定—面接による理解度と回答者心理の確認テスト—」；2003年11月（未公表）

エラープルーフの考え方と 参考例

武蔵野赤十字病院 医療安全推進室
専任リスクマネージャー 杉山良子

ヒューマンファクター工学の知識で ヒューマンエラーの防止へ

「エラーは原因ではなく、結果である」

「エラーは引き起こされる」

人間特性と、人間を取り巻く広義の環境の不一致

・生理的身体的特性

・心理的特性

・認知的特性

・m-SHELのエラー誘発

要因

ミスに関係する人間特性

- ①誰でもミスを起こす
度忘れしたり、見誤ったり、操作し間違えるのは人の証
→
- ②発生率が低い
ハインリッヒの法則 1:29:300
表面に現れてくる重い障害の件数は氷山の一角で、
水面下の不安全行動は数知れず
- ③短時間であれば注意力で防げる
注意力を集中して最高の状態で臨めばミスは起こら
ないが、この状態は短時間しか維持できない

人的ミスへの対処方法

従来は

ミスをした作業者本人への注意・指導
ミスの件数を公表、ミスの防止月間をもうける

しかし、これでは「やる気によって作業の能率や質が左右される」のでミスは防げない。何故なら同じような事故が繰り返されている。

これからは

- ①作業の管理方法の重視
標準化
教育・訓練の工夫

人的ミスへの対処方法

②エラープルーフ

「標準的な人であれば経験がなくともどのような体調や精神状態で作業してもミスしにくいよう、ミスしても大丈夫なように作業方法を変更する」という考え方。

作業の対象となる物の形状・色、作業で使用する設備、作業指示票の様式、作業の手順などを工夫すること。

この本質は、

「人を変えられないのなら、作業を構成するもう一つの要素である「作業方法」を工夫することで、人の特性に合った作業を作りあげよう」というもの。

エラープルーフ(EP) とは

様々な工夫により

人間がちよつとした気のゆるみから犯すミス・過失を防ぐ。

それによって引き起こされる不具合を低減、影響を小さくする。

・フェールセーフ

製品などに事故が生じる時、その機能は失われても安全性が保持されるように配慮する設計思想。

・フェールソフト

製品やその一部の部品などに故障が生じて、システムや製品全体の急激な故障を生じさせないように、部品等一部分の故障や、ゆっくりした機能低下でとどめるような設計思想。

エラープルーフ化の原理

- ① 作業方法が人に合っていないためにエラーが発生する過程(プロセス)に着目した上で、ミスが起こらないようにするという考え方

発生防止

作業ミスを発生させない

- ① 排除 ミスしやすい作業を行わない
- ② 代替化: 作業を人間に任せない
- ③ 容易化: 作業をやさしくして人間にとって容易にする

- ② ミスが事故やトラブルを引き起こす過程(プロセス)に着目した上でミスの影響が大きくならなないようにするという考え方

波及防止

作業ミスを事故に波及させない

- ④ 異常検出: 事故に至る前にミスに気づいて、処置する
- ⑤ 影響緩和: ミスの影響を少なくする

以上 5つの原理がある

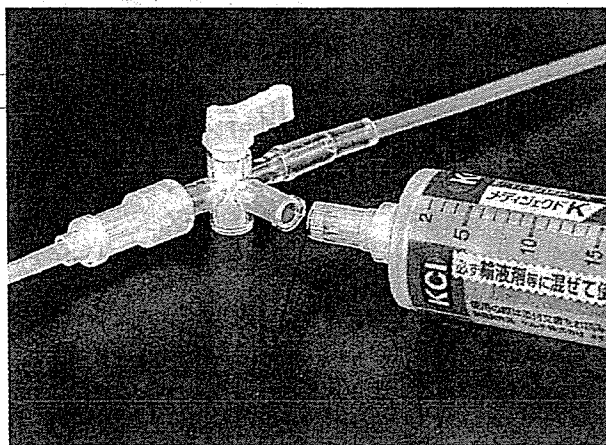
業務方法の改善：第1原理 排除

ミスしやすい作業は行わなくてもすむようにする

具体的な考え方

作業の目的や作業上の制約(禁止事項)を生じる
要因を取り除き、作業や注意を不要にする

フェールセーフ例



ハードキャップのため三方活栓に
シリンジが接続できても注入されない

業務方法の改善: 第2原理 代替化

ミスしやすい作業を人に行わせない

具体的な考え方

完全代替化

作業を作業者が
行わないようにする

作業を連結する

作業を機械で行う

一部代替化

作業者が行う作業を
補助する

記憶を補助する

判断を補助する

業務方法の改善: 第3原理 容易化

作業をやさしくしてミスしにくくする

具体的な考え方

共通化・集中化

変化や相違を少なくする

同時に扱う情報を少なくする

情報の絶対数を少なくする

作業の種類を少なくする

特別化・個別化

変化や相違を鮮明にする

情報の相違を鮮明にする

情報の相違を能動的に確認する

適合化

人間の能力に
あったものにする

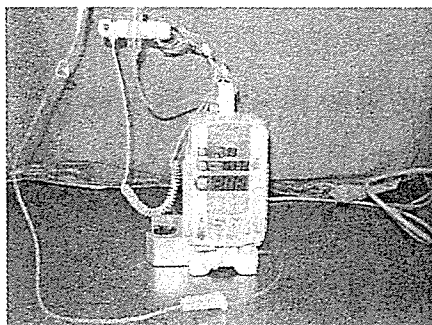
情報の相違を区別しやすいようにす

記憶する時間を減らす

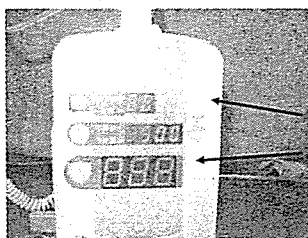
作業環境を適正なものにする

作業対象を適正なものにする

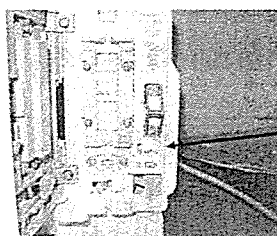
点滴制御タイプ 輸液ポンプ



2003年医療事故防止通知
対応機種

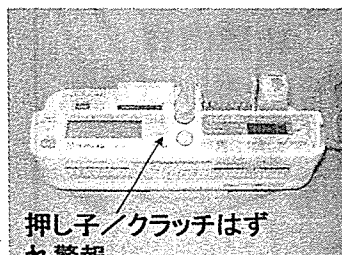


予定量と
流量を別
表示

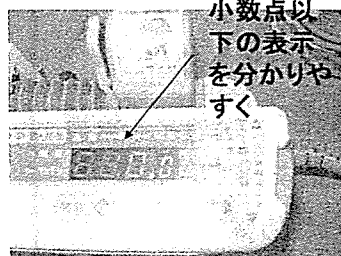


チューブク
ランプ機構

シリンジポンプ

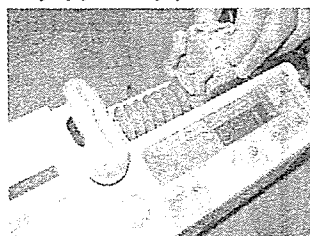


押し子/クラッチはず
れ警報



小数点以
下の表示
を分かりや
すく

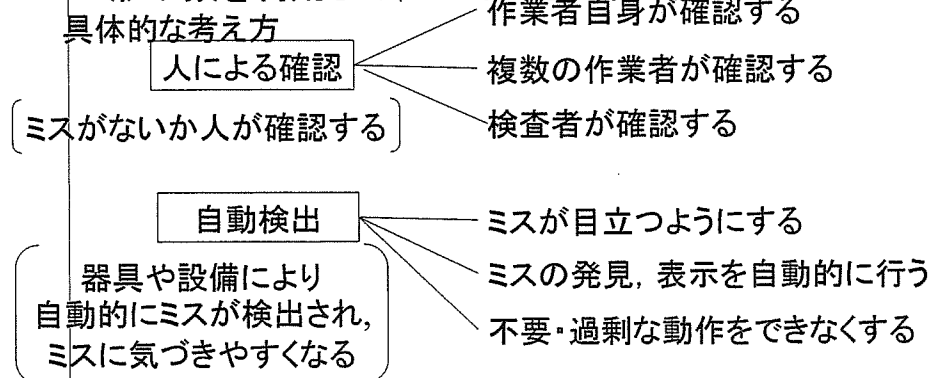
确实装着の
スライダーフック



業務方法の改善: 第4原理 検出

事故に至る前に、動作や作業結果として残る物の形や数を利用して、ミスしたら気付くようにする

具体的な考え方



(例) 輸液ポンプ最終確認チェックリスト

	項目	確認内容
1	氏名	患者さまとボトルを確認
2	刺入部	漏れ、発赤
3	点滴ボトルの薬液	薬液名
4	ポンプの設定量	流量
5	クレンメ	開放されているか
6	三方活栓	開放されているか
7	ライン	折れ曲がり、ポンプ装着
8	コンセント	差し込まれているか
9	残量	内容量の減り

声出しチェックの徹底

輸液ポンプチェック終了