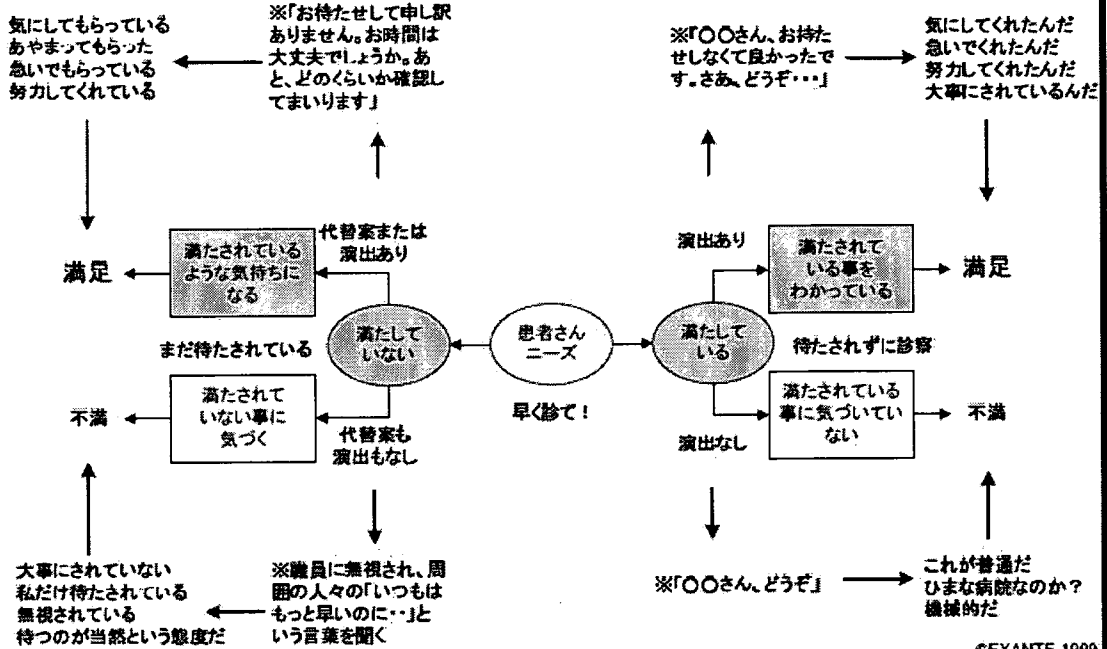


※患者さんが早く診て欲しいというニーズがある場合



©EXANTE 1999

---

## 患者満足向上ワークショップ

---

### 1. はじめに

CSワークショップは、先に開発・実施された「外部顧客満足度調査」の結果に基づき、各施設経営陣のCS改善と向上の戦略立案と実行をサポートするためのツールとして位置づけられる。ワークショップの構成・内容は、平成15年～17年に「外部顧客満足度調査」に参加した約400施設から得た具体的なCS改善ツール開発への期待、実際にワークショップに参加した39施設から得た事前アンケートによるCS実践状況、平成8年～平成17年に国立医療・病院管理研究所および各施設で実施した病院CS研修、延べ1,000回の実績を基に構築した。平成18年2月16日、17日に実施したワークショップは、前述の39施設43名が参加し、グループワークを中心に医療サービスクオリティの中から6クオリティについて、CS課題抽出、要因分析、改善アクションプラン立案を行った。ワークショップ終了1ヵ月後に回収した参加者のワークシートから本ワークショップが病院経営陣にとって画期的な試みであり非常に有益であったとの評価を得た。病院CSはすでに啓蒙の時期は過ぎ、CS取り組み状況によって施設間格差が生じるようになってきている。CS向上こそが病院勝ち残りの施策と認知された今日において、病院経営陣を支えるための多様で具体的な改善向上方法論やツールの開発がますます期待されると考えられる。

### 2. 研究開発目的

CSワークショップ開発の目的は、平成15年度に開発され、すでに日本を代表する急性期病院をはじめとする約400施設が調査実施している「外部顧客満足度調査」の結果を基に、各施設において具体的なCS改善向上を行うためである。CSワークショップはそのスタート地点として、病院経営者を対象に経営改善を考察するツールとして位置づけられる。CSワークショップ開発とその開催への期待は、「外部顧客満足度調査」開発・実施された当初からあった。CSワークショップ開発への期待は、今後のCS改善向上方法論およびツール開発の方向性を示唆するものであるため、まず各施設からの期待について述べる。

#### ①複雑な経営環境と調査結果

各施設経営陣から「調査結果についてのレクチャーを得たい」という声は、調査初年度からあった。その主たる理由は、いわゆる護送船団型、キャッチアップ型経営の時代が終わったことに関係する。

調査結果についての画一的な見方は通用しなくなり、各施設が経営戦略と照らし合わせ調査結果がもつ多面から何を選択するかを決定しなければならないからである。医療サービスに対する患者さんの要求は日々高まっているが、経営を取り巻く環境は厳しさを増していく。そのなかで病院経営上は「患者さんの言うとおりの何でも直しましょう」というわけにはいかない。効果的な資源の再配分を行うためには、調査結果に対する客観的な意見が必要である。病院経営陣が、これらのアドバイスを外部に求めていることが、病院経営が置かれている厳しい現状と、病院経営における慣習のブレイクスルー、そして病院経営の進化を示している。

## ②病院経営における能力と人材不足

一言で言えば、病院には厳しい経営環境を乗り越えるに必要なマネジメント能力とその人材が著しく不足している。これは、ひとえに病院経営者が経営のプロではなく医療のプロだからである。一般的に病院経営は、その経営規模から産業界における中小企業経営と同列に語られることがある。しかし、病院経営者と中小企業経営者を比較するなら、前者が金融、経済の最新情報に関わる時間はあまりに少ない。中小企業経営者であれば必ず知っている経済、経営のトレンドを病院経営者が知らないことは多い。病院経営者は最新の経営技術や産業動向の情報を得にくい環境にいる。病院経営者がこれらの情報を得て、さらに病院経営について考える環境を欲しているというのが、CSワークショップ待望論につながっている。

## ③いわゆるトップセミナーの価値

病院経営者に限らず、経営トップは忌憚なく意見を交わす人間関係が少ない。同じ程度のリスクを背負う他の病院経営者との情報交換の場を必要としている。CSワークショップはその機会として適していると考えられる。

## 3. 研究開発方法

CSワークショップのカリキュラム等は、平成 18 年 2 月 16 日、17 日に、国立保健医療科学院での第 1 回CSワークショップ(パイロット版)実施にそって決定した。

### ①参加者

CSワークショップ参加者は、全国の病院長、病院副院長、看護師長にしぼった。これはCSワークショップをCSテクニク編ではなく、経営戦略としてのCSを考察する場とするためである。

### ②開催時間

1.5 日とした。これは全国から集まる多忙な上記参加者に質の高いワークショップを提供するためにぎりぎりの時間である。

### ③カリキュラム設計

カリキュラムは、平成15年～17年に「外部顧客満足度調査」に参加した約400施設から得た具体的なCS改善ツール開発への期待、実際にワークショップに参加した39施設から得たCS実践状況、平成8年～平成17年に国立医療・病院管理研究所および各施設で実施した病院CS研修、延べ1,000回の実績を基に構築した。特に、知識詰め型の経営研修ではなく、CSワークショップ参加の各経営者が、数日後にも自分の施設でCS改善向上をリーディングできることを目的とした。

時間	テーマ	内容
1日目		
13:00～13:30	研修目的とオリエンテーション	
13:30～14:15	問題提起	<ul style="list-style-type: none"> <li>・CS調査開発の経緯 医療サービスを測る必要性</li> <li>・CS調査の構造 CS・ES・DSの3つの連動</li> <li>・日本のCS調査ディフェクトスタンダード版としての役割 現状把握から改善へ</li> </ul>
14:15～15:00	CS調査の特徴と分析結果	<ul style="list-style-type: none"> <li>・改善の指標 10の医療サービスクオリティ</li> <li>・情報の非対称性 印象と行為</li> <li>・サービス評価ポイント シーン別評価</li> </ul>
15:00～15:10	休憩	
15:10～16:00	病院CS基礎	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病院CS 3つの課題</li> <li>・客観的な現状把握</li> <li>・病院CSと職員満足(ES)</li> </ul>
16:00～17:00	病院CS応用	<ul style="list-style-type: none"> <li>・顧客の総受領価値と10クオリティ</li> <li>・インターナルマーケティングとES向上の工夫</li> </ul>
17:00～17:10	休憩	
17:10～18:10	病院CSマネジメント	<ul style="list-style-type: none"> <li>・経営戦略としてのCS</li> <li>・SPDの継続</li> </ul>
18:10～18:30	課題設定	2日目の内容説明、グループワークの課題設定
2日目		
9:00～10:30	CS改善ミーティングの技術	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ミーティングの手法</li> <li>・効果的なグループワークの方法</li> </ul>
10:30～12:30	グループワーク	<ul style="list-style-type: none"> <li>・10のサービスクオリティモデルについて</li> <li>・現状把握と原因仮説</li> <li>・改善アクションプラン検討</li> </ul>
12:30～13:30	昼食 休憩	
13:30～15:00	発表	8名×5グループ 1グループ7分 FB5分 合計12分×5グループ
15:00～15:30	まとめと講評	
15:30～16:00	質疑応答(自由参加)	

### 4. 研究開発結果

CSワークショップでは、10の医療サービスクオリティのうち、人的要素の強い「コミュニケーション」、「職員能力」、「丁寧さ」「反応の速さ」、「顧客を理解していること」の5項目と、関心の高い「プ

「プライバシー保護」の計 6 クオリティについて、グループ分担とし、現状把握を行い、現状仮説から改善のためのアクションプランを導いた。この成果については、発表し他のグループの成果についてもブレイクダウンシートのコピーを配布した。CSワークショップ終了 1 ヶ月後に回収した参加者のワークシートから本ワークショップが病院経営陣にとって画期的な試みであり非常に有益であったとの評価を得た。参加者から得た評価で、次のものは本ワークショップ開発の意図でもあり、大変良い結果を得たと思われる。

#### ①施設内で実践できる技術の提供

・実習:トラストワーク、技法:ミーティング技法について高い評価を得た。院内において再現実施するとの意見が多かった。

#### ②共感の場として価値

グループワークを通じて同じ環境を生きる経営者同士が、新しい時代の医療サービスの役割、病院経営のあり方を模索できたことが有意義であるとの評価を得た。

#### ③情報交換

医療サービス向上、CS改善向上についての各施設の具体的な取り組みを情報交換できたことが有意義であるとの評価を得た。特にモデルの少ない医療連携の実践については、その進捗状況に格差が大きく、最新モデルを実践する施設との情報交換が評価された。

### 5. 考察

CS改善向上ツールとして、CSワークショップの効果が確認できた。その一方で、ツールとしての汎用性等には課題が大きい。特に CS ワークショップは実験的なものであり、今後は個別施設内での実施と、グループ病院のための指導者コースに分けられることが望ましい。

#### ①ワークショップ品質

ワークショップの品質を決めるのは、カリキュラムなど供給サイドだけの問題ではない。参加者の参加動機、病院経営レベルにも左右される。

#### ②復元性

CSワークショップを全国で大量に供給することは困難である。その意味では大変コストパフォーマンスの悪いツールである。しかし、ワークショップにはライブの良さがありビデオなどの複製品では、同じ品質を提供することはできない。

### ③継続

参加者がワークショップで技法等を学び、病院経営についてのモチベーションを高めても、翌日から病院内で同じようにCS改善向上に取り組むことは困難である。サポートツールが必要である。

### ④実効性1・・・個別施設コース

複数の施設が参加するいわゆるオープンセミナー型でのCSワークショップの実施は、体験版の意味が強い。本来であれば、各施設内で病院経営者と幹部職員、管理職などの参加によって実施されるべきである。

### ⑤実効性2・・・指導者コース

グループ病院本部や私立病院の法人本部の担当者のために、全資源からの再配分検討や各施設の改善指導力を高めるためのコースは、上記の個別施設コースとは役割が異なるため、別途開発の必要がある。

## 6. 結論

大多数の経営改善手法は、現状を把握し、計画し、実践し、評価する、というプロセスである。このプロセスに則るなら、「外部顧客満足度調査」は現状把握ツールであり、CSワークショップは計画と実践をサポートするためのツールである。しかし、現段階においては調査もワークショップも一過性の「イベント」で終わってしまうケースがほとんどである。これらはまだ、病院経営における「点」でしかない。点を線にし、面に広げ、一連のサイクルをつくりだすまでには、これらツールには改善すべき点が多い。特に各ツールの開発が進む中では、複数のツールのパッケージ化、提供方法の合理化、対象者別のカリキュラム再検討、構造的な活用方法などに力を注ぐ必要がでてきた。

# 病院顧客満足度調査の リスク調整有無についてのベンチマーク手法の比較研究

## 1. 目的

病院顧客満足度は、臨床指標のひとつであり、患者の視点を反映するという点で極めて重要な指標のひとつである。しかしながら、報告者の知り得る限りこれまで患者満足という主観的判断による施設間ベンチマーク方法について十分な議論がなされていない。本報告は平成 17 年度に公的病院を中心とする地域中核病院 338 施設の外来患者を対象として行った病院顧客満足度調査データを基に、施設間ベンチマーク手法を検討するものである。

## 2. 方法

調査票は個別サービス評価項目 84 項目、総合的満足度評価 10 項目及び患者属性項目から構成される。本報告では、個別サービス評価 84 項目を用いた Total Satisfaction Index(TSI)と、総合的満足度 10 項目のうち「全体としてこの病院に満足しているか」という 1 項目を用いた Comprehensive Satisfaction Index(CSI)という評価概念を定めた。

参加・回収状況 H16,H17

H16	施設数	退院調査	外来調査
総計	277	52,662	121,654
急性期500床未満	91	15,791	42,986
急性期500床以上	88	31,826	65,320
療養・ケアミックス	98	5,045	13,348
回収率(施設平均)		80.1%	79.2%
H17	施設数	退院調査	外来調査
総計	339	64,732	144,802
急性期500床未満	139	25,172	60,693
急性期500床以上	81	32,934	66,010
療養・ケアミックス	119	6,626	17,856
回収率(施設平均)	—	—	—

## 方法

- ・「全体としてこの病院に満足したか」(1~5)を被説明変数とする固定効果ordered probit model
- ・患者属性調整変数  
外来データ  
性別、年齢、来院所要時間、自己健康感(1-5)
- 退院データ  
性別、年齢、入院回数(初回、2回目以上)、入院期間、自己健康感(1-5)

### 3. 結果

338施設 149627名の回収があった。TSIを構成する84要素(合計得点平均値192.2点、標準偏差30.0点)について検証的因子分析を行ったところ、クロンバック $\alpha$ 信頼性係数( $\alpha \geq 0.7$ )、Comparative Fit Index (CFI $\geq 0.9$ )が求められ、各項目の妥当性が確認された。

さらに84要素を次元圧縮するために主成分分析を適用した。得られた主成分得点を被説明変数とし、性別、年齢、来院時間、自己健康感、地域ダミー、施設ダミーを説明変数とし最小自乗法による推定を行った。CSIは、1項目に対する回答を被説明変数とし、TSIと同様の属性変数を説明変数とする固定効果順序プロビットモデルによる推定を行った。適合度はTSIのOLSに対する調整済みR<sup>2</sup>、CSIの順序プロビットモデルに対する尤度比及びAICはいずれも良好な結果を得た。

施設ベンチマークは固定効果パラメータ推定値を用いた。TSI並びにCSIの比較のため、相関係数を算出したところ、全体的には非常に良好な結果を得たが、対象施設を分割し同様の分析を行ったところ、中位の2グループにおける両者の相関は低い結果となった。

#### 推定結果のまとめ

- 入院外来ともに、男性は女性と比較して、満足度が高い
- 入院外来ともに、年齢が上がるほど満足度は高い
- 入院外来ともに、自己健康感が高いほど満足度は低い傾向がある
- 入院経験がある人に比べて、初回入院の人は満足度が高い

#### 結果(ベンチマーク)

- 患者属性を調整したベンチマークと単純平均値でのベンチマークを比較すると、入院外来ともに上位群、下位群では比較的両者の順位は一致している
- 順位が大幅に変化した施設は性別や年齢が全施設平均と比して大きく偏っており、患者属性調整によって、属性の偏りを排除してベンチマークされている

#### 推定結果1 急性期500床以上外来

推定結果: 外来・急性期500床以上

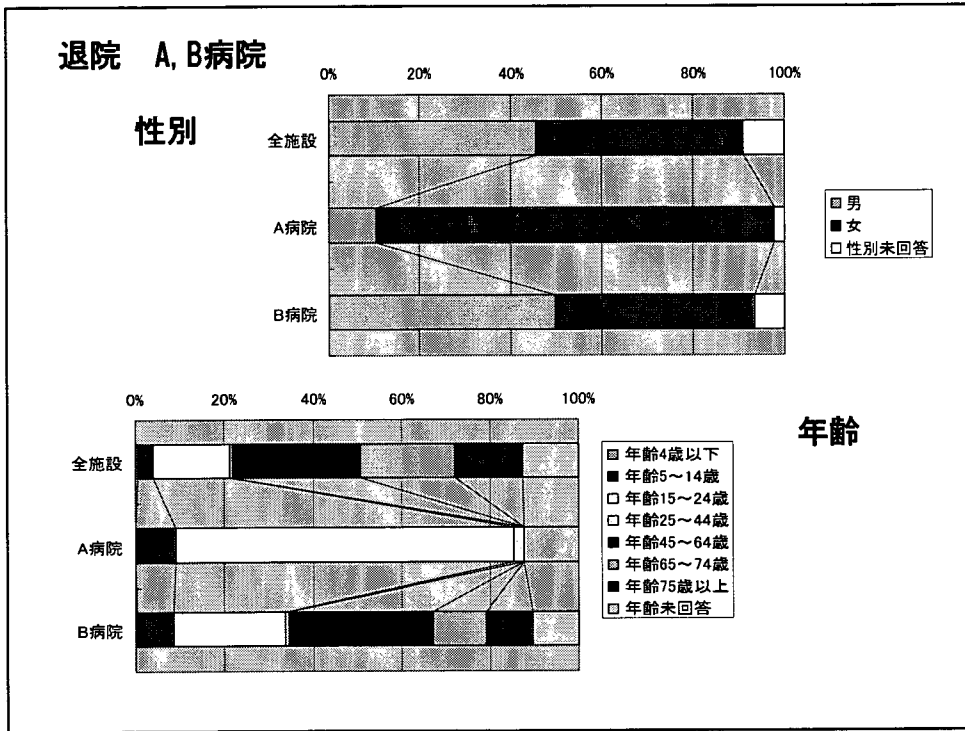
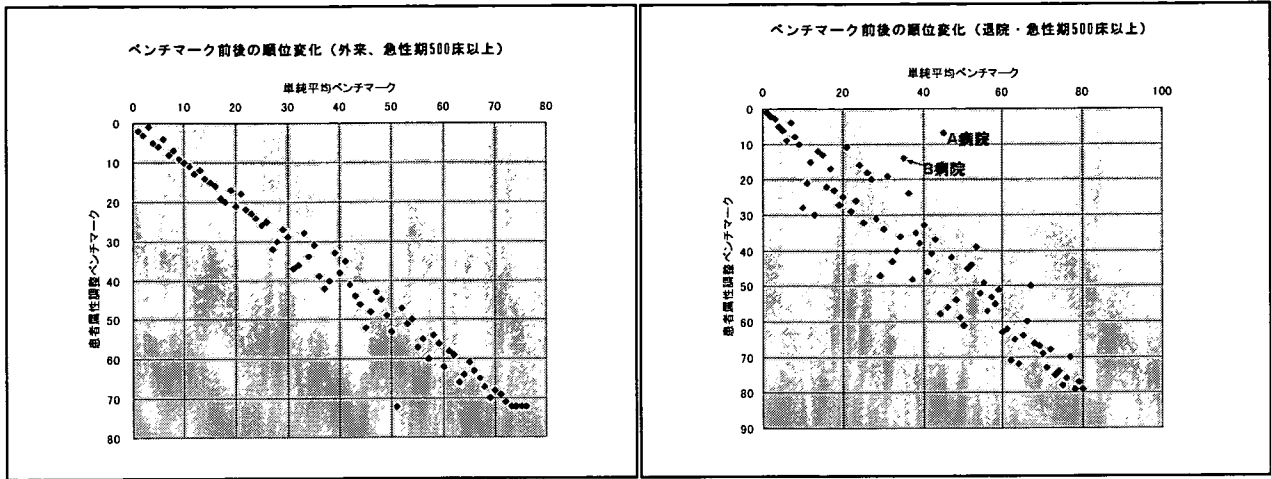
	係数	S.E.	P値
男性ダミー	0.1130	0.0097	<0.001
性別欠損ダミー	-0.0299	0.0222	0.177
年齢	0.0127	0.0003	<0.001
独居ダミー	-0.0081	0.0155	0.603
家族人数欠損ダミー	-0.2224	0.0243	<0.001
自己健康感	-0.2355	0.0045	<0.001
来院時間15分~30分	-0.0473	0.0141	0.001
来院時間30分~1時間	-0.0229	0.0145	0.115
来院時間1時間~1時間半	0.0269	0.0179	0.133
来院時間1時間半以上	-0.0241	0.0238	0.311
来院時間欠損ダミー	-0.1527	0.0218	<0.001

#### 推定結果2 急性期500床以上退院

推定結果: 退院・急性期500床以上

	係数	S.E.	P値
男性ダミー	0.0731	0.0145	0.025
性別欠損ダミー	0.0499	0.0369	0.245
年齢	0.0122	0.0004	<0.001
独居ダミー	-0.0097	0.0227	0.513
家族人数欠損ダミー	-0.4031	0.0336	0.001
入院回数初回ダミー	0.0866	0.0146	0.015
入院回数欠損ダミー	-0.0024	0.0330	0.786
自己健康感	-0.3094	0.0071	<0.001





#### 4. 結論

項目の妥当性が確認され、良好なベンチマーク評価指標であることが支持された。今回の手法は、基準施設からの差を各病院の質の差として捉えており、算出された値は相対的な値である。従って調査病院が変われば、値が変わることが容易に推測される。質改善を目的とした指標ベンチマークは、継続したモニタリングが重要であり、この意味において今回の手法には限界があると言えよう。この課題に今後取り組むことで、大きな成果が挙げられると推測する。

## Ⅱ 職員満足度調査

### 1 職員満足度調査の研究成果

奥村泰之、長谷川敏彦（国立保健医療科学院）

---

## 職員満足度調査の研究成果

---

### 1. はじめに

従来から、職務に満足していないことにより、患者満足度の低下、コンプライアンスの低下、職員の離職行動などに繋がることが知られている<sup>[1-4]</sup>。すなわち、職員満足度を維持・向上させることは、医療の質を向上させるために不可欠な要素と考えられている。ここで、職員満足度とは、個人が自分の仕事に対して持つ感情<sup>[5]</sup>のことであり、コミュニケーション、同僚、特別手当、職場環境、仕事そのものの特性、組織の特性、組織の施策と手段、給与、自己成長、出世の機会、安全、監理などの側面より構成されている<sup>[6]</sup>。看護師の職員満足度を測定する質問票は数多く開発されているが<sup>[7-8]</sup>、病院に従事する様々な職員の満足度を測定するためのツールが不足している。そこで、本研究では、病院に勤務する多職種の職員満足度を測定するための簡便なツールを開発することを目的とした。

### 2. 方法

#### (1) 調査対象

平成 17 年 1 月から 2 月にかけて日本の 8 病院に勤務する全職員を対象に、無記名式の調査を行った。調査の手続きは、次のとおりである。まず、8 病院に調査票を郵送した。次に、当該病院の調査担当者を立て、名簿を作成した。調査票を全職員に配布し、病院内に置かれた回収ボックスに投函するよう指示した。

#### (2) 質問票

職員満足度と職員からみた提供しているサービスの質を測定するための 122 項目からなる質問票を開発した。本研究で用いた項目を Table 1 に示した。各項目について、自分の考えに当てはまる程度を、5 段階（「1. まったくちがう」～「5. まったくそうだ」）で評定させた。なお、各項目に、「該当しない」という選択肢も設けた。また、人口統計学的変数として、以下の 13 変数を評定させた：(a) 部署、(b) 職種、(c) 性別、(d) 年齢、(e) 婚姻形態、(f) 勤務形態、(g) 当該職種での実務経験年数、(h) 当該病院での勤務年数、(i) 当該病院での勤務年数、(j) 当該部署での勤務年数、(k) 1 週間あたりの平均勤務時間、(l) 役職の有無、(m) ケアの機会の有無。

Table 1: 職員満足度の項目の平均値, 標準偏差, ネガティブ回答率, 歪度と尖度

項目内容	平均値	標準偏差	ネガティブ 回答率 <sup>a)</sup>	尖度	歪度
(V1) 私は自分の仕事に誇りを感じている	3.77	0.93	7.98	0.18	-0.58
(V2) 私はもっと高度な業務や難しい仕事にチャレンジにしたい	3.44	0.90	10.90	0.11	-0.21
(V3) 私は、現在の職位や職務上の権限に満足している	3.04	1.00	25.49	-0.21	-0.11
(V4) 私は、現在の給与など報酬に満足している	2.53	1.14	51.77	-0.81	0.30
(V5) 私は家族、友人、知人などが病気になるならこの病院にかかることを勧める	3.28	1.01	18.47	-0.18	-0.30
(V6) 私は、この病院にいて、今後も専門的な技能や知識が向上する	3.26	0.98	19.66	-0.18	-0.34
(V7) 私は、職場の人間関係に満足している	3.33	1.08	21.29	-0.47	-0.36

<sup>a)</sup> ネガティブ回答率は、「まったく違う」「やや違う」と回答した人数を、有効回答数で除し、100倍した値を示す。

### 3. 結果

#### (1) 背景因子

8病院に勤務する4240名から調査票が回収された。回収率は、84.3%であった。Table 2に示したとおり、職種の内訳は、医師330名(7.8%)、看護師(48.3%)、コ・メディカル(12.8%)、事務職員(14.4%)、その他の職員(16.7%)であった。

Table 2: 背景因子 (N = 4240)

変数	n	%	変数	n	%
職種			年齢		
医師	330	7.78	20代未満	260	6.13
看護師	2046	48.25	20代	823	19.41
コ・メディカル	544	12.83	30代	1281	30.21
事務職員	610	14.39	40代	928	21.89
その他の職員	568	13.40	50代	702	16.56
未記入	142	3.35	60歳以上	142	3.35
性別			未記入	104	2.45
男性	927	21.86	婚姻形態		
女性	3275	77.24	未婚	1739	41.01
未記入	38	0.90	既婚(子ども有)	2087	49.22
			既婚(子ども無)	365	8.61
			未記入	49	1.16

## (2) 各項目の基本統計量

職員満足度を測定する7項目の平均値、標準偏差、ネガティブ回答率、歪度、尖度を Table 1 に示した。ネガティブに回答される確率が高い項目は、「(V4) 私は、現在の給与など報酬に満足している」であった。各項目の歪度、尖度は、構造方程式モデリングの使用に適した値であった[9]。

## (3) 合計点の分布

Figure 1 に7項目の合計点の分布を示した。内的一貫性を確認するために、クロンバックの $\alpha$ 係数を算出した。クロンバックの $\alpha$ 係数は.79 (95%信頼区間: .78~.80) と良好であった。合計点の得点可能範囲は、7~35点であり、得点が高いほど職員満足度が良好であることを示す。平均値は22.64点、標準偏差は4.66であった。

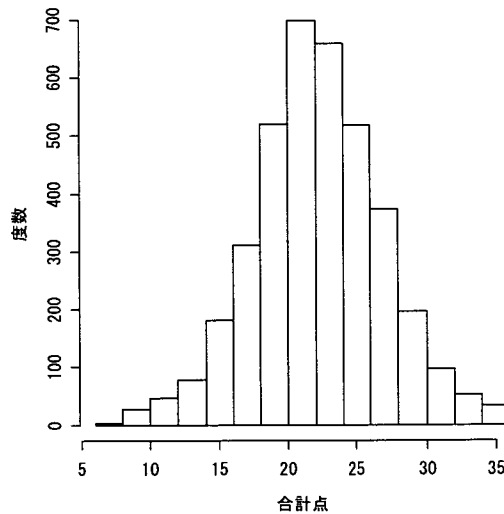


Figure 1: 合計点の得点分布

## (4) モデリング

第1に、7項目すべてに回答している3792名を対象に、最尤推定法による確認的因子分析を施した。誤差共分散は、Figure 2 に示した形で制約を施した。適合度は、Comparative Fit Index (CFI) = .991, Root Mean Square Error Of Approximation (RMSEA) = .038 と良好な値を示した[10]。

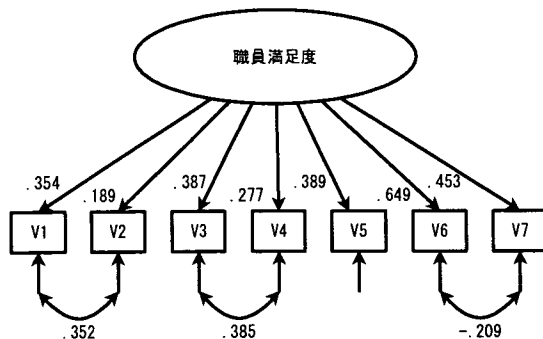


Figure 2: 構造方程式モデリング  
(クラス数=3)

第2に、7項目すべてに回答していない調査参加者以外の欠測値を多重代入法で補完した4095名を対象に、潜在プロフィール分析を施した。Figure 2で示したモデルを仮定した上で、潜在クラス数は、1~3までの全てのモデルを計算した。

Bayesian Information Criteria (BIC), Akaike Information Criteria (AIC) を元に、クラス数を3に決定した。その際の、推定値を Figure 2に示した。また、各クラスの構成比率と、クラス別の平均値と標準偏差を Table 3 に示した。

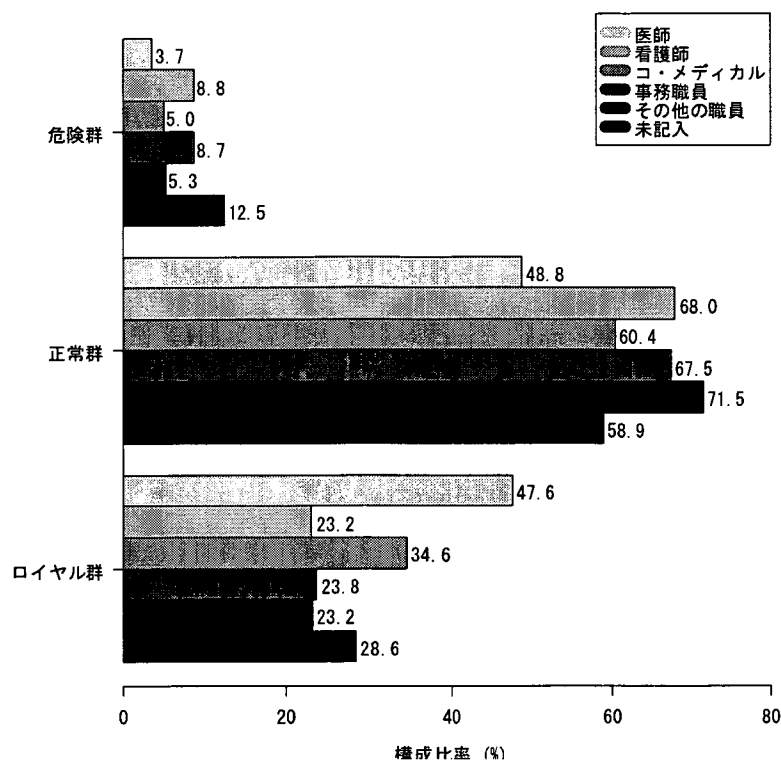


Figure 3: 職種別潜在クラスの構成比率

Table 3: 潜在クラスの構成比率, クラス別の平均値と標準偏差

項目内容	危険群 7.57%		正常群 65.57%		ロイヤル群 26.86%	
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差
(V1) 私は自分の仕事に誇りを感じている	2.63	1.13	3.63	0.81	4.44	0.61
(V2) 私はもっと高度な業務や難しい仕事にチャレンジにしたい	2.99	1.18	3.32	0.82	3.88	0.82
(V3) 私は、現在の職位や職務上の権限に満足している	1.83	0.86	2.84	0.82	3.88	0.83
(V4) 私は、現在の給与など報酬に満足している	1.55	0.80	2.34	0.99	3.26	1.19
(V5) 私は家族、友人、知人などが病気になったらこの病院にかかることを勧める	1.95	0.93	3.12	0.86	4.06	0.77
(V6) 私は、この病院にいて、今後も専門的な技能や知識が向上する	1.42	0.51	3.05	0.69	4.28	0.49
(V7) 私は、職場の人間関係に満足している	1.84	0.91	3.11	0.92	4.29	0.62

Table 3 より、職員満足度が低い「危険群 (7.57%)」、職員満足度が中程度の「正常群 (65.57%)」、職員満足度が高い「ロイヤル群 (26.86%)」の3群に分類されることが明らかになった。合計点の平均値は、それぞれ、危険群 14.25、正常群 21.41、ロイヤル群 28.03 点であった。Figure 3 には、職種別に各クラスの構成比率を示した。医師は危険群が少なく (3.7%)、看護師は危険群が多い (8.8%) ことが示された。

#### 4. 考察

本研究では、病院に勤務する多職種の職員満足度を測定するための簡便なツールを作成することを目的とした。8病院に勤務する 4240 名の職員を対象に無記名式の調査を行い、信頼性の確認をした。本研究で作成したツールには、2つの大きな利点がある。

第1に、項目数が7項目と少ないことである。項目数が少ないことにより、欠測数が減少する、多くの職種に共通した設問に限定できるといった利点が生まれる。信頼性は、合計点を利用した場合でも、クロンバックの $\alpha$ 係数が.79であり、さらに、構造方程式モデリングで、測定誤差を統制した適合度の高いモデリングが可能であった。したがって、病院別、部署別、職種別などの集団比較の際に、本研究で作成されたツールを利用することが可能である。

第2に、実質的に解釈可能な3群 (危険群/正常群/ロイヤル群) に分類可能なことである。個人が、どの群に属するかの可能性を算出するには、特別な計算が必要であるが、便宜的に、危険群は 14.25、正常群は 21.41、ロイヤル群は 28.03 点をカットオフ・ポイントとして利用することが可能であろう。

最後に、本研究の2つの問題と将来の研究の方向性を述べる。第1に、外的基準の指標を取っていないことである。今後の研究では、離職行動、患者満足度などの、他の指標との併存的・予測的妥当性を確かめる必要がある。第2に、調査対象を8病院に限定していることである。より多くの病院で適用することにより、一般化可能性を確認する必要がある。我々の平成18年度調査では、これらの問題点を解決した調査を実施した。別の機会に報告したい。

#### 5. 結論

職員満足度を測定する質問票を開発し、8病院に勤務する 4240 名に、無記名式の調査を実施した。本研究で開発された質問票は、病院に勤務する多職種の職員満足度を測定する良いツールになると考えられた。適用範囲の広い標準化されたツールは、様々な病院の医療の質向上に役立つと思われる。

## 参考文献

- [1] Melville A. Job satisfaction in general practice: implications for prescribing. *Soc Sci Med*, 1980; 14: 495-99.
- [2] Seo Y, Ko J, Price JL. The determinants of job satisfaction among hospital nurses: a model estimation in Korea. *Int J Nurs Stud*, 2004; 41: 437—46.
- [3] Tzeng HM, Ketefian S. The relationship between nurses' job satisfaction and inpatient satisfaction: an exploratory study in a Taiwan teaching hospital. *J Nurs Care Qual*, 2002; 16: 39-49.
- [4] Warr P, Cook J, Wall T. Scales for the measurement of some work attitudes and aspects of psychological well-being. *J Occup Psychol*, 1979; 52: 129-48.
- [5] Lu H, While AE, Barriball KL. Job satisfaction among nurses: a literature review. *Int J Nurs Stud*, 2005; 42: 211-27.
- [6] Spector PE. *Job satisfaction: application, assessment, causes, and consequences*. Thousand Oaks: Sage, 1997.
- [7] Adams A, Bond S, Arber S. Development and validation of scales to measure organisational features of acute hospital wards. *Int J Nurs Stud*, 1995; 32: 612-27.
- [8] Nolan M, Nolan J, Grant G. Maintaining nurses' job satisfaction and morale, *Br J Nurs*, 1995; 4 ,1148-15.
- [9] West SG, Finch JF, Curran PJ. Structural equation models with nonnormal variables: problems and remedies. In Hoyle RH, ed. *Structural equation modeling: concepts, issues, and applications*. Thousand Oaks: Sage, 1995.
- [10] Hu L, Bentler PM. Cutoff criteria in fix indexes in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives, *Struct Equ Modeling*, 1999; 6: 1-55.



## **Ⅲ 安全文化測定**

### **1 患者安全文化尺度日本語版の作成**

奥村泰之、種田憲一郎（国立保健医療科学院）

### **2 患者満足度と職員満足度とヒヤリ・ハット報告数の関連分析**

関山真美子（岐阜赤十字病院）、  
種田憲一郎、長谷川敏彦（国立保健医療科学院）

---

---

## 患者安全文化尺度日本語版の作成と分析

---

---

### 0. 研究目的

人は誰でも過ちを犯す。このことは残念ながら医師をはじめとした医療人も「ヒト」であるかぎり該当する。また医療そのものが不確実な科学であり、間違いを犯しうる人間が医療を行う限り、一定の頻度で医療過誤が起きてしまうことは避けられない。今、この医療安全の課題は日本だけではなく世界的な問題である。

医療安全の担保のために必須の第一歩は、医療人が残念ながら犯してしまった医療における過ちを患者やその家族に誠実に告白・開示することである。この第一歩を踏み間違えると、医療安全が担保できないばかりでなく、医療訴訟へと発展したり、患者側も医療者側も経済的・精神的な大きな負担を抱えたり、お互いに満足のいかない結果となってしまう。

しかしながら実際には、医療過誤の開示がなされていないことも多く、開示されたとしても詳細な説明はなされていない。米国での報告によると、医療過誤を経験した患者の約3分の1だけが医療人からの過誤の開示や謝罪を受けたことがあると報告している。また、医療人の30～60%しか起きた医療過誤を患者に開示していない、という報告もある。

犯した過ち・失敗を告白し、謝罪することは日常の生活においても辛く難しいことである。しかしながら、過ちを患者・家族に告白せずして職場の同僚達やその組織の中で、起きた事実の共有化を図ることは不可能である。そして情報の共有ができなければ、医療事故等の原因分析は困難であり、事故の再発防止は不可能である。

医療人が自らの過ちを告白し、過ちから学び、再発防止へ活かしていくためには、医療過誤に関してお互いに非難することのない文化の発展、即ち安全文化の醸成が不可欠である。また、平成13年9月、厚生労働省医療安全対策検討会のヒューマンエラー部会では、安全な医療を提供するための特に重要な項目の第一に挙げているのが「安全文化」である。本研究ではこの組織における安全文化の現状を把握し、その醸成を支援するために、安全文化を測定するツールを開発することを目的とした。

## 1. 研究方法

### (1) 調査対象

#### ・調査1

平成 17 年 1 月から 2 月にかけて、医療安全に関心があり本研究への協力に同意をした 8 病院に勤務する全職員を対象に、無記名・自記式の調査を行った。調査の手続きは、次のとおりである。まず、8 病院に調査票を郵送した。次に、当該病院の調査担当者を立て、名簿を作成した。調査票を全職員に配布し、病院内に置かれた回収ボックスに投函するよう指示した。

#### ・調査2

平成 18 年 2 月から 3 月にかけて、医療安全に関心があり本研究の協力に同意をした 16 病院に勤務する全職員を対象に、無記名・自記式の調査を行った。調査 1 と異なる調査の手続きは、厳封式で調査票を回収した点である。

### (2) 調査票

調査票は、米国 AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) によって開発され、既に妥当性が証明された英文の調査票を、2 名の英語に精通した研究者が独立して和訳を行い、検討して、最終的に一つの日本語版の調査票を作成した。

患者安全文化の調査項目の要素として 12 因子 (部署レベルの 7 因子・病院全体としての 3 因子・アウトカム変数 2 因子、質問数は 42 項目)、患者安全の総合評価 (1 項目)、イベント報告数 (1 項目)、背景因子 (12-13 項目) の 4 部構成である。なお、調査 2 では、調査 1 の結果を分析後、一部の項目でワーディングを改善した (Table 2-8)。

#### ・オープンなコミュニケーション(部署レベル)

オープンなコミュニケーションとは、患者安全に悪影響を及ぼす何かをみたとき、気兼ねなく指摘し、否定できない事実として問題を取りあげることである。オープンなコミュニケーションは、3 項目で構成され (e.g., “私の部署では、正しくないと感じることについて質問するのをためらうことがある”), 自分の考えに当てはまる程度を「1. まったくない」-「5. いつも」「該当しない」の 6 件法で評定される。

#### ・エラー後のフィードバック(部署レベル)

エラー後のフィードバックとは、起った過誤について知らされ、対策に関してフィードバックを受け、過誤の再発防止法を議論することである。エラー後のフィードバックは、3 項目で構成され (e.g., “私の部署では、事故やミス再発防止策について議論している”), 自分の考えに当てはまる程度を「1. まったくない」-「5. いつも」「該当しない」の 6 件法で評定される。

#### ・イベントの報告される頻度(アウトカム)

イベントの報告される頻度とは、(1) 患者に悪影響を及ぼす前に発見され改善された過誤、(2) 患者には実質的害のない過誤、(3) 患者に害を及ぼしうる過誤だが実質的害はなかった過誤のことである。イベントの報告される頻度は、3 項目で構成され (e.g., “患者に害を及ぼしうるミスが起きたが、被害がなかった場合、どれくらいの頻度で報告されますか”), 自分の考えに当てはまる程度

を「1. まったくない」-「5. いつも」「該当しない」の6件法で評定される。

・仕事の引き継ぎや患者の移動(部署レベル)

仕事の引き継ぎや患者の移動とは、重要な患者のケアに関する情報を、部署間、シフト交代時に伝達することである。仕事の引き継ぎや患者の移動は、4項目で構成され(e.g., “私の病院のシフト交替システムは、患者さんにとって悪影響があるものである”), 自分の考えに当てはまる程度を「1. まったくちがう」-「5. まったくそうだ」「該当しない」の6件法で評定される。

・患者安全に対する病院管理支援(病院全体)

患者安全に対する病院管理支援とは、病院管理が患者安全を促進する環境を提供しており、患者安全を最優先事項としていることである。患者安全に対する病院管理支援は、3項目で構成され(e.g., “私の病院は、悪い事が起きた後でしか、患者安全に関心をはらわないようである”), 自分の考えに当てはまる程度を「1. まったくちがう」-「5. まったくそうだ」「該当しない」の6件法で評定される。

・過誤に対する非懲罰的対応(部署レベル)

過誤に対する非懲罰的対応とは、自分が起こした過誤に非難されているように感じることである。過誤に対する非懲罰的対応は、3項目で構成され(e.g., “私の部署では、職員は自分のミスが人事の記録に残されることを心配している”), 自分の考えに当てはまる程度を「1. まったくちがう」-「5. まったくそうだ」「該当しない」の6件法で評定される。

・組織的-継続的な改善(部署レベル)

組織的-継続的な改善とは、過誤がよい変化を生み、そして変化を測定するという学習文化があることである。組織的-継続的な改善は、3項目で構成され(e.g., “私の部署では、患者安全を促進させるための改善をした後、その効果を評価している”), 自分の考えに当てはまる程度を「1. まったくちがう」-「5. まったくそうだ」「該当しない」の6件法で評定される。

・安全に関する総合的理解(アウトカム)

安全に関する総合的理解とは、病院の制度が過誤を予防するよう配慮されており、患者安全の問題がないことである。安全に関する総合的理解は、4項目で構成され(e.g., “私の部署の業務手順やシステムは、ミスを予防するよう配慮されている”), 自分の考えに当てはまる程度を「1. まったくちがう」-「5. まったくそうだ」「該当しない」の6件法で評定される。

・人員配置(部署レベル)

人員配置とは、職務を遂行するために十分な職員がおり、患者に最良のケアをするために勤務時間は適切なことである。人員配置は、4項目で構成され(e.g., “私の部署では、緊急事態のように、多くの仕事を大急ぎでやっている”), 自分の考えに当てはまる程度を「1. まったくちがう」-「5. まったくそうだ」「該当しない」の6件法で評定される。

・上司の安全に対する態度や行動(部署レベル)

上司の安全に対する態度や行動とは、上司や管理者が職員の患者安全に関する提言を考慮し、定められた患者安全の手続きに従った職員を褒め、患者安全に関する問題を見落とさないことである。上司の安全に対する態度や行動は、4項目で構成され(e.g., “私の上司や管理者は、繰り返