

医療機関における待ち時間対策：具体的方法と待ち時間の捉え方

目次

- I. はじめに
- II. 海外のウェイティング・タイムと日本の待ち時間
- III. 医療機関における待ち時間対策の特徴
 - 1. 待ち時間対策に関する報告のデータベース化
 - 2. 医療機関における待ち時間対策の体系
 - 3. 医療機関の規模・機能ごとの待ち時間対策の特徴
 - 1) 病院の待ち時間対策の特徴
 - 2) 診療所の待ち時間対策の特徴
- IV. 報告されている待ち時間
- V. 待ち時間対策の実際
 - 1. 待ち時間の短縮を目的とする対策
 - 1) 業務改善
 - ①職員の配置や役割分担の見直し
 - ②業務の流れの見直し
 - ③業務の質の見直し
 - ④患者の流れの見直し
 - ⑤診療時間の見直し
 - 2) 情報の流れと管理方法の改善
 - ①紙カルテの管理システムによる改善
 - ②電子カルテの導入
 - ③オーダー・エントリー・システム(オーダーリング・システム)
 - 3) 患者の流れの管理：予約システム
 - ①マンパワー予約システム
 - ②コンピュータ予約システム
 - a. プッシュフォン式電話による予約システム
 - b. インターネットを用いたコンピュータ予約
 - ③予約システムの問題点
 - ④予約システムの複数の問題を解決する方法
 - ⑤予約率は、どの程度以上で効果を発揮するか
 - ⑥予約システムの更なる工夫
 - 2. 待ち時間を快適に過ごせることを目的とする対策

- 1) 待ち状況の報知
 - ①手書き・手作りの小型掲示
 - ②大型ディスプレイによる掲示
 - ③ポケットベルや呼び出しカードを用いたページングシステム
 - ④PHS を用いた混雑状況確認・呼び出しシステム(非ページングシステム)
 - ⑤予約率は、どの程度以上で効果を発揮するか
 - ⑥予約システムの更なる工夫
- 2) 待合室の工夫
- 3) 待つ場所の自由化
- 4) 待ち時間の有効化

- ①問診
 - a. 人による問診
 - b. 自動問診システム
- ②看護
- ③患者教育
- ④その他の工夫

4. 待ち時間の特殊な解決方法
5. 待ち時間対策の事例分析の考察とまとめ

VI. 許容できる待ち時間

1. 許容できる待ち時間
2. オリジナル調査

1) 対象と方法

- ①調査対象
- ②分析対象
- ③方法
- ④質問項目

2) 結果と考察

- ①基本属性
- ②診療所における待ち時間別の医療機関のサービスの質の評価
- ③診療所、病院の待ち時間の印象(予約、予約なし)
- ④症状、重症度別の我慢可能な待ち時間(診療所、病院、大学病院)
- ⑤医療機関以外での我慢できる待ち時間(家族、友人、恋人、レストラン、遊園地)

VII. 待ち時間の捉え方

1. 長い待ち時間は医療における不満のワースト要因
2. 待ち時間に関する満足度と医療機関に対する満足度
3. 長い待ち時間が職員に与えるストレス

4. 職員の意識とチームワーク

5. 待ち時間の捉え方

VIII. おわりに

脚注

引用・参考文献

資料

1. 調査票

2. 待ち時間対策(報告されている待ち時間)

I. はじめに

医療機関における待ち時間の問題は、わが国においては古くて新しい問題である。

厚生労働省よる『平成 11 年度受療行動調査』では、対象者の 29.8%¹⁾ が、平成 17 年度同調査においても 30.7%の患者が診察までの待ち時間に対して不満を感じており、大学病院等の大規模病院においてその傾向が強いことが明らかになっている²⁾。

医療経営においても競争が益々激化してきている昨今、待ち時間の改善に向き合い、その側面において他の医療機関との差別化を図ることも求められている³⁾。医療機関における待ち時間の長さに対する不満は、医療経営上の重要な改善事項であることが明らかであるからである。

この重要性は、日本医療機能評価機構の病院機能評価で、外来待ち時間調査を定期的に行っていることを認定に際しての評価項目の 1 つにしているように⁴⁾、外来待ち時間の問題は、患者サービスの面からもリスクマネジメントの面からも改善が求められている⁵⁾。

このような情勢を踏まえて本論では、医療における待ち時間を短縮するための対策について整理・分析し、考察を加える。

本論の目的は、以下の通りである。

第一に、わが国における待ち時間対策の体系と特徴を示す。

第二に、各種待ち時間対策を紹介し、対策の効果と間断点を明らかにし、考察を加える。

第三に、待ち時間短縮の目標値になると考えられる、許容可能な待ち時間を既存文献とオリジナル調査により明らかにする。

上記第一から第三の目的を達成することにより、待ち時間対策を実施したいと考える医療機関にとって有用な情報を提供することが最終的な到達目標である。

これらの目的に沿って本論の構成は、I. はじめに、II. 海外のウェイティング・タイムと日本の待ち時間、III. 医療機関における待ち時間対策の特徴、IV. 報告されている待ち時間、V. 待ち時間対策の実際、VI. 許容できる待ち時間、VII. 待ち時間の捉え方、VIII. おわりに、となっている。

II. 海外のウェイティング・タイムと日本の待ち時間では、医療体制の違いによって生じる海外での診療までの待ち期間と、日本の待ち時間が生じる理由について触れる。III. 医療機関における待ち時間対策の特徴では、待ち時間対策に関する報告のデータベース化(資料 1)を行い、それを分析して待ち時間対策の体系と特徴を抽出した。データベースの基となっているのは、医学分野における検索エンジンであるメディカル・オンライン・ライブラリーを用いて「待ち時間」というキーワードで検索された学術論文を中心に約 180 件の文献である。

IV. 報告されている待ち時間では、既存文献において報告されている待ち時間を概観する。

V. 待ち時間対策の実際では、資料 1 の待ち時間対策の事例を取り上げながら、各事例

の効果や問題点を考察する。

VI. 許容できる待ち時間では、待ち時間対策の短縮目標となる待ち時間を検討する。

VII. おわりにでは、本論のまとめをしめす。

II. 海外のウェイティング・タイムと日本の待ち時間

医療機関における待ち時間対策をテーマとして取り上げる理由は、全国の医療機関において待ち時間が長いと言われているため、対策が難しいながらも放置することはできないと改めて考えたからである。しかし、この問題は、諸外国にも共通して存在しているのだろうか。

この疑問を解明するために諸外国の状況を確認したところ、日本におけるいわゆる待ち時間（医療機関に訪れてから診察室に入るまで）とは異なるウェイティング・タイム（Waiting Time）というものが存在していることが明らかになった。このウェイティング・タイム（Waiting Time）とは、医療機関に受診の予約をしてから受信日が訪れるまでの期間のことで、邦訳するとすれば「待ち期間」とでも呼ぶべきものである。では、諸外国の医療機関におけるウェイティング・タイム（上記の待ち期間）と、わが国で一般的に使われる待ち時間は、どのような関係にあるのだろうか。

他の先進諸国においては、基本的に予約システムが整備されている国が多く、予約して受診する場合には、医療機関に訪れてから診察室に入るまでの待ち時間はほとんどないとも言われている。しかしその一方で、予約をしてから診察を受けることができる日までの期間が数日から数百日という単位で長いというのが実情である。

米国においては、救命救急医療（ER）で数時間待ち、街の主治医にかかる場合には、予約を取れるのが数日以降という例が日常的である⁶⁾。

イギリスにおける医療と、予約してから診療までのウェイティング・タイム（Waiting Time）については以下のような状況になっている⁷⁾。イギリスでは、まず地域で指定されている General Practitioner（以下、GP（家庭医））にかかるシステムであるが、予約してから診療までのウェイティング・タイム（Waiting Time）の例としてよく引き合いに出される人工股関節置換手術や冠動脈バイパス手術のウェイティング・タイムは、前者で平均 244 日、後方で 213 日である。

GP によって、更に高度な検査や治療が必要と判断されると、GP が病院や専門医に連絡することになるが、患者に対しては、いつ病院から連絡が来るか見当がつかないし、連絡が来れば個人の都合に関係なく日時が指定されてしまう。また、同じ処置の順番の何番目に入れられるかもまったく分からないといった状況である。

このようにウェイティング・タイムが極めて長く医療問題の優先課題である国は、先進 20 カ国の半数以上にもなり、OECD 加盟国では、イギリス、オランダ、イタリアをはじめ高福祉国家と言われている北欧 4 カ国（ノルウェー、スウェーデン、フィンランド、デンマーク）、イギリスの旧植民地のカナダ、オーストラリア、ニュージーランド等が挙げられる。これらの国では、医療機関は公立で医療保障が手厚く、患者の自己負担はほとんど生じない。したがって、無料で受けられる医療の代償として、ウェイティング・タイム容認の苦痛が伴うという仕組みになっている。

逆に、ウェイティング・タイムが短い日本、スイス、アメリカでは、私的な医療機関が多く、医療費の一部から大部分が自己負担であるため、需要と供給のバランスがある程度成立し、需要に見合う供給がなされ、ウェイティング・タイムが短くなるという構造にある。

このように見ると、わが国の医療機関の待ち時間の問題は、需要と供給がある程度成立しているからこそ、当日急に希望してもいずれかの医療機関で診療を受けることができ、そのために患者が多く集まる結果として、許容せざるを得ない待ち時間ということになる。したがって、他のウェイティング・タイムが長い先進諸国と比較するとかなり贅沢な悩みであり、ウェイティング・タイムが短ければ短いほど良いという過度にエスカレートした要望とも受けとめることができる。

このようにわが国の医療機関における待ち時間はきわめて特徴的であるが、本論で扱う待ち時間の定義をここで明確にしておきたい。本論で扱う待ち時間は、上記のウェイティング・タイム(待ち期間)ではなく、医療機関に訪れて診療受付をしてから診察開始までの時間を待ち時間と限定して用いることにする。ただし本論で紹介する事例によっては、癌で化学療法を受ける患者の受付後療法開始までの時間や、院内処方箋発行後薬剤が患者に手渡されるまでの時間、院外薬局に於ける処方箋受付時から薬剤手渡しまでの時間等も待ち時間対策例として扱っている。また、診療受付から会計までのすべての時間を院内滞在時間と呼ぶことにする。

Ⅲ. 医療機関における待ち時間対策の特徴

1. 待ち時間対策に関する報告のデータベース化

医療における待ち時間対策の特徴を明らかにするために、「待ち時間」をキーワードとして検索・収集した文献を簡単にデータベース化し、巻末資料1.のように整理した。資料1.では、「待ち時間対策実施の有無」、「待ち時間対策を実施した場合の対策前後の待ち時間」、「短縮した待ち時間」、「導入した対策」、「備考」として医療機関の機能と診療科もしくは論文執筆者の専門分野、患者クレームにおいて「待ち時間に対するクレームが強かったか否か」を示した。

資料1.は医療機関のあいうえお順に作成されており、同じ医療機関は並んで示されている。資料1.を作成した第一の意図は、医療機関の待ち時間対策の特徴を明らかにし、どのような医療機関や診療かにおいて、どのような待ち時間対策がなされ、どの程度の効果が認められ、対策ごとの長所と短所を明らかにする点にある。第二の意図として、医療関係者が今後待ち時間対策を始める場合に、どのシステムを導入するとどのような効果や問題点が現れるかを調べやすくすることを目指している。

ここでは資料1.を用いて、待ち時間に関する報告から、医療機関における待ち時間対

策の特徴を明らかにすることにした。まず、医療機関における待ち時間対策を整理してその体系を示し、次に医療機関の規模・機能ごとの待ち時間対策の特徴について以下に述べる。

2. 医療機関における待ち時間対策の体系

資料1. を分析した結果、医療機関における待ち時間対策は大きく以下のように分類することができると考えられる(表1)。

待ち時間対策は、1. 待ち時間そのものを短縮する目的の対策、2. 待ち時間を快適に過ごせることを目的とする対策、3. 特殊な解決方法に分類することができる。

表1. 待ち時間対策の体系

1. 待ち時間の短縮を目的とする対策
1)業務改善 ①人員配置や役割分担の見直し ②業務の流れの見直し ③業務の質の見直し ④患者の流れの見直し ⑤診療時間の見直し 2)情報の流れと管理方法の改善 ①紙カルテの管理システムの改善 ②電子カルテの導入 ③オーダー・エントリー・システム(オーダーリング・システム) 3)患者の流れの管理:予約システム ①マンパワー予約システム ②コンピュータ予約システム a. プッシュフォン式電話による予約システム b. インターネットを用いたコンピュータ予約
2. 待ち時間を快適に過ごせることを目的とする対策
1)待ち状況の報知 2)待合室の工夫 3)待つ場所の自由化 4)待ち時間の有効化 ①問診 a. 人による問診 b. 自動問診システム ②看護 ③患者教育 ④その他の工夫
3. 待ち時間の特殊な解決方法

1. 待ち時間そのものを短縮する目的の対策は、さらに 1)業務改善、2)情報の流れと管理方法の改善、3)患者の流れの管理方法としての予約システムに分けることができる。

2. 待ち時間を快適に過ごせることを目的とする対策は、さらに 1)待ち状況の報知、2)待合室の工夫、3)待つ場所の自由化、4)待ち時間の有効化に分けることができる。

次々節のV. 待ち時間対策の実際では、この表1の分類に沿って資料1の各ケースを事例として取り上げ、各ケースの効果と問題点に考察を加えていくことにする。

3. 医療機関の規模・機能ごとの待ち時間対策の特徴

1) 病院の待ち時間対策の特徴

病院の待ち時間対策の特徴の一つ目は、後述するような比較的高額の費用を要するシステム(オーダーリング・システム、電子カルテシステム、患者ページングシステム、電光表示版等)を導入する例(詳細は後述)が多いことである。これらのシステムは導入時に費用が必要となるだけでなく、運転費用も常に必要となるため、効果が上がらない導入・運用は簡単には許されない。そこで、導入後も試行錯誤しながら、他の工夫と組み合わせで運用している例もある。このように、システムは導入すればそれですぐに問題が解決するわけではなく、導入前に複数の職種が協力し合って導入後の運営計画を綿密に立て、導入後も詳細な効果分析を行い、効果的なチームワークによって運用を継続していく医療機関において成功例が多く見られる。このことから、これらの医療機関のシステムの利用例(あくまでもシステム導入例ではなく、それを効果的に使いこなそうとする利用プロセス)から参考になる重要点を抽出することができるであろう。

病院の待ち時間対策の特徴の二つ目は、診療所よりも高度かつ特殊化した医療の提供がなされるケースがあり、その場合にはその診療科や部門(放射線科、がんの化学療法、検査室、院内薬局)の特性に適した業務改善や人員配置等の工夫を具体的に打ち出しやすい。どのような特性に合わせてどのような工夫が可能なのかに注目することで、類似した特性の診療科や部門は、それを応用することが可能と考えられる。

2) 診療所の待ち時間対策の特徴

資料1を見ると圧倒的に小児科での対策事例が多いことが分かる。

これは、成人よりも待つことが苦手な小児に対して、待ち時間に関する配慮がきわめて重要であるからと考えられる。また、小児は抵抗力が低く医療機関において相互感染をし易いため、医療の質の面からも可能な限り待ち時間における他児との接触を少なくする努力が求められている。

このように特に小児科において待ち時間対策が進められているのであれば、他の診療科が小児科の対策に学ぶべき点が多々あると考えられる。そのような視点で小児科における待ち時間対策を分析してみると、予約システムの導入例が多いことに気付かされる。小児

科の待ち時間対策報告例は主に個人経営の診療所からなされていることから、より規模が大きい医療機関のように多額の費用を用意し難いため、導入資金が比較的定額で済む予約システムの導入・改善が主たる待ち時間対策の手法となる。小児科の特徴として、慢性疾患よりも感染症患者の割合が高く、症状が急激に悪化して当日予約なしで受診するケースも多々見られるため、予約患者割合を高く保ちながら予約外患者をどのように診療していくかのバランスや方法がいずれの医療機関でも真剣に検討されているため、その方法を他の診療科で応用できる可能性は高い。

以下では、ここで示したわが国の待ち時間対策の特徴を考慮しながら、様々な待ち時間対策の実例を分析していくことにする。

IV. 報告されている待ち時間

まず、実際の待ち時間対策を分析する前に、対策を講じる前の待ち時間はどのような状況になっているのかを、概観しておく。

待ち時間対策実施前の待ち時間をみると様々であるが、巻末の資料1の待ち時間対策(報告されている待ち時間)を見ると、診療所(小児科)20~40分⁸⁾、診療所(小児科)30~60分⁹⁾、病院(眼科)69分±18分、病院(胃腸科)1~3時間¹⁰⁾、大学病院(全診療科)60分¹¹⁾といった報告がなされている。医療機関に入ってから出までの院内滞在時間の報告では、診療所(眼科)約2時間¹²⁾、病院(全診療科)79分^{13,14)}といった例がある。

待ち時間対策後においても、大学病院では、受付から診察までの待ち時間の平均が75分、診察開始から会計までが42分で、院内滞在時間は1時間57分¹⁵⁾等、きわめて長い待ち時間になっていることが分かる。

これは、VI. -2. オリジナル調査の考察でも述べるとおり、専門、特殊外来にかかりたいという特別なニーズがある患者が集まるために、患者が集中することと、許容できる待ち時間が他の医療機関に対しての許容時間よりもきわめて長いことにより起こっている状況と考えられる。

特に高齢患者が多く受診する眼科診療所ではこの傾向は強くなっている。眼科では、様々な検査を行うために比較的院内滞在時間が長くなる傾向があるが、瞳孔を散大(散瞳)させる検査では、目薬を射して散瞳するまでの反応時間が必要となり、散瞳した後にまたその状態で検査をするというように、生理学的な変化を起こさせた後の検査時間がかさむことが大きな原因となっている¹⁶⁻²⁰⁾。

V. 待ち時間対策の実際

以下では、前述の表1. で待ち時間対策を大きく3種類に分類したとおりに、その順番

に沿って事例を紹介しながら考察を加えていく。1. では、「待ち時間の短縮を目的とする対策」、2. では「待ち時間を快適に過ごせることを目的とする対策」、3. では、待ち時間の特殊な解決方法について取り上げる。

なお既存文献・報告から引用した事例は【 】内にゴシック体で記載し、各々の事例に対する考察を引用事例ごとに本文同様の明朝体で示す。また、同一論文・報告であっても、複数の対策が採用されている場合には、対策の内容ごとに新たな事例番号を付し、引用文献番号を統一している。

1. 待ち時間の短縮を目的とする対策

待ち時間の短縮を目的とする対策は、前述表 1. のように、大きく 1) 業務改善、2) 情報の流れと管理方法の改善、3) 患者の流れの管理(予約システム)の 3 種類に分類することができる。以下では、この 3 種類に分類した対策を順番に取り上げる。

1) 業務改善

待ち時間そのものを直接的に短縮するのではなく、業務改善をすることで円滑な患者の流れを作り出し、結果として患者一人一人の待ち時間が短縮することが可能になる。業務改善の大まかな方法は、①職員の配置や役割分担の見直し、②業務の流れの見直し、③業務の質の見直し、④患者の流れの見直し、に分けて考えることができる。

以下では、これらを①から⑤の順に見ていくことにする。

① 職員の配置や役割分担の見直し

職員の配置や役割分担の見直しの事例は以下のように、a. 直接患者サービスを担当する職員の配置、b. 職員全体の業務の流れを管理する職員の配置、c. 医師の確保、d. 医師の業務の見直しと診療周辺業務の軽減、に分類することができる。

a. 直接患者サービスを担当する職員の配置

複数の医療機関において、事務職員に直接患者サービスを専門とする役割を担当させることで、待合室の患者の不安や混乱を軽減させることに成功している。医療機関によってその役割は、医療コンシェルジュや患者様サービス係等と異なる呼び名が付けられているが、共通する特徴を有していることが分かる。

<事例1> 大学病院(受付) 初診対応の医療コンシェルジュの配置²¹⁾

【外来初診患者の待ち時間の短縮と患者満足度向上を目的として、患者の代理人として初診受付や診察／検査の予約代行、当日の院内案内や付き添いを行う医療コンシェルジュという職種を創設した。コンシェルジュを介在させることにより初診受付平均 26.8 分から 7.9 分に短縮し、初診受付後診療までが平均 67.1 分(最長 360 分)から全員 15 分以内に短縮し、合計約 80 分の待ち時間短縮効果が得られた。

一方で、事前に検査等の手配を済ませておくことにより、初診当日に必要な検査から結果説明までを無駄なくこなすことが可能となり、コンシェルジュが介在しない場合と比較して、実診療時間は平均 20 分延長した。これはつまり、コンシェルジュ無しの場合には診察の結果検査が必要となっても当日は予約がいっぱいで検査ができず、後日の検査を予約して診察終了となることに比して、1 日で効果的に診察、検査、結果説明、治療方針決定、処置等まで診療が進む成果が現れた結果である。

つまり、コンシェルジュなしでは待ち時間が長く、診療時間が短いのに対して、コンシェルジュを介在させることで待ち時間を短く、診療時間を長く取れることが分かった。

コンシェルジュが介在しない場合には、「待ち時間が長い割に、診察時間が短い」、「段取りが悪く、1 日で効率的に診察／検査を受けられない」、「案内が分かり難い」等の意見が多数寄せられたが、コンシェルジュが介在することにより、事前に当日のスケジュールが分かることや、院内で適切に案内されることによる安心感等の効果があることが判明した。】

大規模病院の外来患者は、比較的遠距離から通院して来る者が多いため、1 回の受診が 1 日がかかりになる例が多い。そのため、特に初診患者が診断のための検査を初診時に受けられず、診断確定までに複数回通院しなければならない状況は、患者にとって時間の無駄、通院のための交通費の負担、学業や仕事等を休むことによる社会的影響、診断が遅れることによる健康面の不利益等をもたらす、患者は大きな損失を伴うことになる。

医療機関にとっては、複数回受診してもらえばその都度再診料を徴収することができるが、非効率な診療の流れによって同一患者を無駄に複数回通院させることにより、再診料を得られるメリットよりも、何度も受付業務を行い、患者を管理するための様々な業務負担を伴うデメリットの方が大きいと考えられる。

このような理由から、＜事例 1＞のように患者の案内をし、あらかじめ受診の流れを整えておく医療コンシェルジュのような役割は、大規模病院ほど必要性が高い。しかしながら、未だこのような事例は全国でほとんど見られず、今後多くの医療機関で採用されることが望まれる。

＜事例 2＞ 診療所(家庭医) 患者様サービス係の配置³⁾

【専門分野の異なる 8 名の医師が診療を担当する独自の方式の診療所において、患者様サービス係という専門職を 3 名配置し、患者の快適性、利便性を最大限に考慮し、リビングルームのような待合室等でアメニティに対する配慮をしながら、一般業界のサービスの常識に添ったサービスを追及している。】

＜事例 1＞と比べると、＜事例 2＞は他の医療機関においては採用し難い例と考えられる。診療所において 8 名の異なる専門分野の医師が診療に当たるという方法も、きわめて特殊な例であり、独自性を追求し患者の快適性を前面に打ち出していく特殊な患者サービス形態と考えられる。しかしながら、個人経営の診療所の過当競争が激化している昨今、サービスの差別化の一例として＜事例 2＞のような方法もあるということは、差別化の方向性を探っている診療所経営者にとっては参考になるであろう。

b. 職員全体の業務の流れを管理する職員の配置

＜事例 3＞ 診療所(小児科) 日替わりのリーダー役を看護師が担当²²⁾

【日々の診療業務を円滑に進めるために診療全体を把握するリーダー役を日替わりで置くことで、効果を上げている診療所がある。リーダー役は看護師が行い、適切な環境で患者が快適に医療を受けることができるようにする総まとめ役であり、外来状況、スタッフの配置、待ち時間配分、医師のその日のスケジュールなどを念頭に置き、その日の計画を立てる。リーダーは、その日のすべての権限と責任を有し、全体を把握し、スタッフを動かす。】

＜事例 3＞のように診療所においてリーダーを置くという方法では、リーダーは重大な業務を担うことになるが、看護師が疾病ばかりでなく広い視野で患者や医療を把握、理解、分析する高い能力を養う訓練にもなるという副次的効果もあると推察される。

c. 医師の確保

＜事例 4＞ 大学病院(検査部) 多大な待ち時間の理由として医師の確保困難を指摘²³⁾

【診療・検査を行う上で多大な待ち時間が発生し、患者からの不満理由の上位を占めている。予約枠を 30 分以上超える患者は全科にわたり 25%程度見られ、科によっては 50%以上の率を占める。その理由として、患者数に見合った①医師の確保が難しい、②構造的な問題として診療・ブースの不足、③動線の複雑性が上げられる。】

＜事例 4＞では、待ち時間対策の採用までは及ばず、原因の分析に触れている。同様の待ち時間の分析は他の文献・報告でも見られる。

①医師の確保が難しい点については、医師の確保が実現しても他の職員に比して人件費が極めて高額となるため、待ち時間対策として単純に医師を確保すればよいという結論には無理が生じる。

②構造的な問題として診療・ブースの不足が存在する医療機関も極めて多く、都市部の医療機関ほど地価との兼ね合いで、この問題を解決するには大きな困難を抱えている。この問題を解決するには、曜日・時間ごとの患者数を可能な限り一定に平均化して、限られた診療スペースを常に理想的な状態で使用する方法を採る以外にない。曜日・時間ごとの

患者数の一定化を目的にすると、後述する予約システムを効果的に機能させる方法が最も現実的であろう。

③動線の複雑性に関しては、大規模病院ほど改善に限界があるが、〈事例 1〉のようにコンシェルジュがその動線を整理してあらかじめ最も効率的な患者の流れを用意したり、後述するように、診察室→検査室→診察室という同じ経路の往復を省く方向で改善し、検査室→診察室というように、短縮・単純化したりする方法が考えられる。

〈事例 5〉 病院(放射線科) 放射線科医師の常勤化と地域連携²⁴⁾

【待ち時間の短縮と放射線科医師の常勤化、ならびに地域連携により、地域の他の医療機関からの放射線治療患者を集め、採算性が無かった放射線科を採算性の高い診療科に変化させた。そのため、非常勤の放射線科医師の外来は混んで待ち時間も長かったが、放射線科外来を常時設けたことにより、待ち時間は短縮され、さらに常時診療するに見合う潜在的患者を地域から吸収することによって、患者数の増加(以下、増患)に成功した。】

〈事例 5〉では、単独の医療機関では放射線科医師を常勤として確保することは不採算で現実性がなかったが、地域全体の放射線科医ニーズを捉えてあえて放射線科医を常勤化することで、増患と待ち時間の短縮を実現している。このように、人件費が高い医師の確保を検討する場合には、医療機関内の現状分析に留まらず、地域ニーズも分析した上で改善策を練ることも求められよう。

〈事例 6〉 診療所(家庭医)風邪・花粉症担当医師の配置³⁾

【可能な限り院内滞在時間を短くするために、風邪や花粉症について専門担当医師によるクイック診療を実現。】

〈事例 6〉は、同一作業を同一担当者が担当することで、業務の効率化を図る例である。より複雑な検査や処置を必要とする疾患の患者と分けて、風邪や花粉症といった上気道炎の患者を診察することの長所は、症状や処方、処置が類似していて診察時間が比較的短くすむため、一診察室の患者の回転が速くなる点にある。特に上気道炎が頻発する冬季期には、これらの患者で待合室が込み合ってしまう可能性が高く、改善対象として焦点を絞ることによる待ち時間対策の効果は明確に出やすい。診療圏や医療機関の特徴を踏まえて、このように疾患別に専門診察室を設置することで、患者の流れを整理することができ、効率的な診療と待ち時間の短縮が可能になる。

〈事例 7〉 病院(全診療科) 初診担当医の設置⁵⁾

【一般に初診で再診よりも待ち時間が長いという傾向があるが、このような問題を解決する人員配置上の工夫としては、初診担当医を置くなどの初診患者対策の必要性が考えられる。】

〈事例 7〉は、〈事例 6〉同様に特定の患者層に対応する医師を配置するという考え方に基づいている。規模が小さい医療機関では、勤務する医師数が少なく、患者層に合わせて業務

を分担する余裕がないが、規模が大きい医療機関では医師数も多いため、この事例のように初診担当医師を置くことの意義は大きくなると言えよう。

d. 医師の業務の見直しと診療周辺業務の軽減

〈事例 8〉 国立病院(がんのホルモン治療) ホルモン治療薬を看護師が投与²⁵⁾

【前立腺がんのホルモン治療薬を医師ではなく看護師が投与することにより、待ち時間を短縮した。医師には診察に専念してもらい、看護師がホルモン治療薬を投与することで、看護師の業務が増える懸念があったが、実際には患者の動線を単純化し、看護師が効率よく投与をすることで、看護師の負担も減ることが分かった。

患者の動線の単純化によって、看護師が処置室に案内した患者をそのままベッドに誘導し注射するという一貫した行動ができるために、患者間違いというリスクが少なく、医療安全の視点からもメリットが大きい。

さらに、この業務により看護師が、投与する患者の情報を事前に確認したり、診察中もその内容を理解・把握したりと、治療への参加意識も高まり、患者との会話でも診療内容を加味して話すことができるようになり、看護師と患者とのコミュニケーションの量が増え、質が向上するという利点も得られた。】

〈事例 8〉は、医師の業務の一部を看護師が分担することで、医師の業務の単位時間内に診察できる患者数を増やし、その結果として患者の待ち時間を短縮するという考え方である。しかし、それだけではなく看護師のやりがい感と専門性を向上させ、看護の質や患者とのコミュニケーションの量も増加させるという副次的効果が大きく、きわめて理想的な結果を得ることができる。

実は、待ち時間対策に多職種が関わることで、待ち時間の短縮以外にも医療機関の経営・人事管理上望ましい効果を得られるという点が注目すべき点であり、医療機関の経営者には、この点にも注目して待ち時間を短縮することをあきらめずに取り組んでもらいたい。

〈事例 9〉 大学病院(糖尿病外来) 事務職員が医師の秘書役を担当²⁶⁾

【医師の秘書役を置くことで、診療の円滑化を図っている。医師の指示の下、紹介状や返事を代筆し、時間短縮を図ることはもちろんのこと、診療中の記録も行う。秘書役は職員が日替わりで担当し、患者やスタッフの動きにも気を配り、医師や、職員全体の動きを監督して指示を出すリーダー役、看護師の間の橋渡し役もする。この秘書役は、以前は看護師が行っていたが、事務職員がその役割をマスターし、やりがいのある業務となっている】。

〈事例 9〉では、医師の業務を看護師が一部担当することで医師の業務の効率化を実現しているが、〈事例 7〉では、当初〈事例 6〉同様に医師の業務を看護師が分担し、その後看護師に代わって事務職員がそれを担当することで、看護師の業務も効率化することに効果を成している。看護師や事務職員に医師の診療周辺業務を移譲することで、医師が診療そのもの

に専念でき、診療の質を向上させたり患者の待ち時間を短縮させたりできる可能性は、多くの医療機関において未だ残されていると考えられる。

まずは、人件費が高い医師の業務の見直しと多職種への移譲可能業務の洗い出しから始めることで、患者の待ち時間の短縮への第一歩を踏み出すことができるのではないだろうか。

<事例 10> 病院(全診療科) 看護補佐による診療支援²⁶⁾

【大学病院の専門外来業務に診療支援を行い、患者 1 人当たりの診療に必要な時間(以下、総診察時間)を短縮した。具体的には次のような診療支援を導入している。

診療支援導入前は、医師が診察前検査結果の報告有無の確認を行っていたが、非専門職である看護補佐が検査結果を事前に確認・出力し、報告が完了している患者のカルテのみを診察室のワゴン上に並べるという補助行為を行った。このことから、医師が検査結果の報告有無を事前に確認する必要がなくなったため、「検査結果の確認時間」が短縮し、さらに「検査結果の出力時間」も不要となった。

同病院では診療支援の一環として、待合室から診察室への「患者呼び入れ」も導入した。その結果、呼び入れ患者が不在で何度も待合室や病院内で呼び出すという例が無くなったため、不在患者が診察室に入るまで医師がしばらく待つという時間のロスが無くなり、患者の呼び入れがスムーズになって外来全体の待ち時間の短縮に貢献した。】

<事例 10>は、<事例 9>と同様に非医療専門職による診療周辺業務の分担例である。看護補佐や看護助手という呼び方で、非医療専門家を雇用している医療機関があるが、このような職種を効果的に機能させる方法は、人件費を低く抑える点でも参考になる。

② 業務の流れの見直し

<事例 11> 病院(院内薬局) 業務全般の流れの見直し⁸⁾

【院内薬局において平均 20 分、ピーク時には 30～40 分の待ち時間であったものを、総合的に業務全般の流れを見直し、作業の流れを変えたり、役割分担を見直したりして効果を上げ、待ち時間「5 分」への挑戦を掲げて待ち時間を大幅に短縮した。待ち時間短縮のための着眼点として①投薬に要する平均所要時間(時間当たりの処理枚数)と実際の待ち時間とのギャップ、②処方密度の患者個々の濃淡、薬剤師による処理能力の格差、③個々の患者にあった薬剤情報提供の必要性、④特殊調剤における時間的問題、⑤瞬時の判読が困難な処方箋、⑥動線の無駄を挙げて、以下の改善点を洗い出した。

改善点は、①処方箋受付を医事科より薬剤科へ移行、②調剤の最終確認を行う検薬者のみを固定し、他の調剤業務は臨機応変にサポートし合いながら行う(薬剤師の能力差を利用し、管理能力が高い者を検薬者にし、調剤能力が高い者は調剤が遅れがちな者をサポートする)、③業務潤滑化のための指示システムの明確化、④薬暦の作成と活用、⑤最短距離の動線の工夫であった。

具体的には、検薬者と窓口担当者のみを半固定化し、他は役割分担をせずにスピードと能力がある者には 1 人で様々な業務を兼任させた。その一例として、薬袋記入を担当しているものは次々と続く処方箋の山に忙殺されてその場を離れることができなくなるため、きりのよいところを見計らってスピードに自信のある者が交代した。調剤作業に遅れが生じそうになると、薬袋記載を中断して調剤に回った。間髪をいれずに他の薬剤師がまた取って代わって薬袋記載を行った。

さらに本事例では、検薬者を調剤室の最後部で全体が見渡せる場所に配置し、指示を与える役割を兼ねさせた。たとえば窓口担当者に老人健康手帳記載停滞の解消を催促する、あるいは薬渡しの呼び出し順番が揃わないため検薬済みの薬が投薬待ちしている場合には、協力して優先的に滞っている調剤の処理に当たさせた。

また、素早くて確かな情報提供を行うため、あらかじめ病態別・科別・繁用処方別・副作用の重要度別などの情報提供用紙を作成しておき、可能な範囲で簡便に利用することにした。その他、調剤の動線の改善のために、倉庫を撤廃し、注射薬を含めて調剤室を一巡すれば全薬品が調達できるようにして、最短の動線を検討した。

対策導入後、以前は 20～30 分であった待ち時間は、ほぼ例外なしに 5 分となり、約 80% の患者がその状況に満足しているという結果を得ることができた。例外的に時間がかかる複雑な処方箋については、受け取り次第 5 分以内で仕上げるべく薬剤師間で協力を呼びかけ合うようにし、特殊調剤を要する、あるいは疑義照会に手間取る等のケースで協力し合い、それでも 5 分以内で薬剤渡し不可能な場合には、患者にあらかじめその旨を伝え、番号表示とは別に手渡す工夫をしている。】

〈事例 11〉のように指示系統を明らかにすることにより、業務の円滑化を図る方法は、他の部門においても採用できる余地を含んでいる。また、要所毎にサポートして臨機応変に作業を協働していく本事例の方法は、院内薬局に限定せずにチームワークと役割分担の見直しによって他の部門にも応用することが可能である。

この事例から学べる重要な点は、全体の待ち時間を短縮するために具体的な改善点を提示することと、それでも平均以上に待ち時間が長くなる患者に対しては、理由を説明して待ち時間を知らせるといった柔軟な対応をしているということである。

この例から学べる点をまとめると、「待たさない」という一点のみが重要なのではなく、むしろ医療現場の基本が問われているのであり、その基本を追求すると無駄の無い人員配置、完成されたチームプレー、周到な事前の準備、正確な判断とそのための資料作り、見通しの良い計画性等様々な改善が求められていることが分かる。

〈事例 12〉 病院(院内薬局) 職員配置のシミュレーション・プログラム²⁷⁻³⁰⁾

【患者の薬局待ち時間をシミュレーションするプログラムを開発し、処方箋 1 枚当たりの調剤時間の短縮による待ち時間の短縮予測や、薬剤師の人数の増加による待ち時間の短縮を予測することができるようになり、具体的改善策を練りやすくなった。週毎の処方箋の 1 日平均枚数の予測がある程度実現し、この結果を利用して勤務予定表を作成している。】

人員配置を単に見直すだけではなく、日時や曜日ごとの患者の混雑状況を考慮に入れ、専門職種の業務処理時間を検討して、業務の流れと患者の待ち時間をシュミレーションし、それに基づく勤務予定表を作成するという方法は、きわめて客観的であり、合理的な人員の配置を実現できる点で有用な方法と考えられる。

〈事例 13〉 病院(外来化学療法) 外来化学療法の 2 段階調剤 ³¹⁾

【外来化学療法では、点滴用の薬剤の調剤待ち時間がきわめて長い。しかし、全ての薬剤を全て調剤し、一揆に投与するわけではないので、一連の投与スケジュールを分析し、2 段階の調剤を行うことで、調剤待ち時間を短縮することに成功した。つまり、点滴開始時に必要な薬剤を調剤して院内薬局から化学療法が行なわれている処置室に運び、その後途中から投与可能な薬剤を後から調剤し処置室に運ぶ方法を採用することで、待ち時間を平均 37 分有意に短縮することに成功した。この方法では、患者の点滴時間内に後半部分の調剤を行えるため、薬剤師の業務にも余裕が生まれ、慎重に安全な調整も可能となった。】

外来化学療法は、多数のがん患者の治療を行う医療機関においては、専用の処置室を設けて実施することで業務の効率化を図ることができる。点滴は 3 時間前後を要するので、点滴薬の調剤の待ち時間を含めると 4~5 時間かかることもある。このように院内滞在時間が長くならざるを得ない患者の負担を軽減するためには、待ち時間の短縮は重要な意味を持つ。化学療法の 2 段階処方全国的に多くの例を見ないが、本事例のような医療機関が増えると多くの患者の受療に伴う心身の負担の軽減につながる。

2 段階調剤の問題点は、2 段階目に投与する薬剤が誤って異なる患者に投与されないように注意しなければならない点である。この点を体系的にリスク管理することで問題点を解決することが、待ち時間対策の一方で必須となる。

③ 業務の質の見直し

〈事例 14〉 病院(医事課) 処理伝票の不備の改善 ³²⁾

【外来診療から会計終了までの待ち時間が平均 20 分弱あるが、この待ち時間が長くなる理由の一つが、処理伝票の不備による外来への問い合わせであることに着目し、改善を試みた。その結果 1 日の不備発生件数は、処理伝票のチェック漏れが 10 件から 6 件、薬剤量の記入漏れが 7 件から 2 件、薬価に関する問い合わせが 8 件から 2 件、薬剤単位の記入漏れが 4 件から 2 件、検査伝票の記入漏れが 3 件から 0 件、投薬日数の変更が 5 件から 1 件、在宅注射管理料の記入漏れが 4 件から 1 件、保険証変更届とコンピュータの不一致が 2 件から 1 件、期間投与と薬剤の開始日確認が 1 件から 0 件に減少した。それに伴い、平均待ち時間は 20 分から 15 分に減少した。】

本事例のように、処理伝票の記入漏れや記入事項が不明瞭であることによる問い合わせ件数を減少させることにより、患者全体の会計待ち時間が 5 分間短縮するという状況は、見落とされやすいと考えられる。しかしながら、地味で目立たないこのような業務改善に

着手することでも、容易に待ち時間の短縮を実現できることが明らかになった。

この方法の原則は、ミスをおかさないことによる業務の効率化である。処理伝票の記入ミスを減らすには、伝票のレイアウトを変更する、記入漏れチェック欄を設ける、記入漏れを確認する職員を置くという方法が考えられるが、下記に示すオーダーリング・システム^{注1)}を導入すると、入力漏れや解釈不能な入力があった場合にエラー表示が出され伝票のミスを避けることに大きく役立つ。いずれにしても、これらの内の何らかの方法を用いて伝票記入ミスを無くしていくことは地味でありながら重要な事項であり、必ず各種事務処理の効率化と患者の待ち時間対策に結びつく。

④ 患者の流れの見直し

〈事例 15〉 病院・診療所（小児科・ワークショップ）³³⁾

【複数の病院・診療所における待ち時間対策の事例を概観したところ、医療機関によっては、冬場にコートやジャケットを脱いで薄着で待ってもらうなど、診療をスムーズに進める工夫が見られた。】

〈事例 15〉は、職員が工夫するだけでなく、患者にも協力してもらう方法である。冬場には、風邪等で発熱している患者も多いため、待合室を十分に暖気していないと薄着になってもらうことは難しい場合もあろう。診察間近に待合室の患者に声かけが可能であったり、患者が待ち状況を把握できるシステムが用意されていたりすれば、診察間近に薄着になり、診察室に入る時点では直ぐに診察できる服装になってもらうことができるであろう。

また、診察室に入る時点では薄着になってもらうことで円滑に診察に移れるが、診察室から出る時点でも、上着は診察室の外で着てもらうように案内することで、より待ち時間の短縮には効果を上げることができよう。そのためには、待合室のスペースが十分に用意されていて、患者が座るスペースだけでなく荷物を置いたり上着の着脱に使える余裕がないとしない点にも注意が必要である。

混雑して立って待つ患者もいる待合室で、診察中の患者が上着をイスに置いたままで、他の患者が座れない光景も、医療機関においてはしばしば見受けられるが、簡単な棚等を用意することで、患者に薄着で診察室に入ってもらえること、待合室のイスを有効に利用すること等の問題も解決しやすくなるであろう。

〈事例 16〉 診療所(全診療科) 患者を診察室に固定し、職員が個室を巡回³⁴⁾

【一般に医療機関では、診察室、処置室、点滴室が別々に配置され、患者は診察の際に急いで準備や身支度をさせられ、検査や処置では余儀なく移動させられる。しかし、患者の身支度や移動による時間のロスや精神的負担を取り除くために、診察室を複数配置し、医療スタッフが個室を巡回する方法で、患者は待ち時間から診療終了までを同じ個室で落ち着いて過ごすことができる方法を採用した。

この形態での診療は、備品コストが割高になるが利点は多い。処置室や点滴室の面積を各個

室に配分することで、診療所全体の面積は増大しない。全ての個室は、待合、診察、処置、点滴の機能を有し、それぞれの面積の割合は変更可能であるため、診療状況に応じて個室を効果的に利用できる。】

〈事例 16〉における患者の利点は、診察前の準備や診察後の身支度に時間的余裕が生まれるだけでなく、院内感染やプライバシーの保護、安静の確保ができ、待ち時間の苦痛が大きく軽減される。待ち時間を短縮させるだけでなく、待ち時間の苦痛が軽減されることも、待ち時間対策の大きな効果である。

⑤ 診療時間の見直し

〈事例 17〉 病院(採血検査) 朝の外来採血時間の繰り上げ³⁵⁾

【診療支援の一環として、外来採血開始時間を 30 分繰り上げ 8 時とした。採血室の待ち時間は、「大幅短縮」と「少し短縮」を合わせて 64%が短縮を感じた。診察待ち時間は、大幅短縮と少し短縮を合わせて 40%が短縮を感じた。院内滞在時間は、大幅短縮と少し短縮を合わせて 50%に達した。外来採血の開始時間の繰り上げが院内滞在時間の短縮につながっていることが明らかになった。】

診察時に血液検査の結果が必要になる疾患があるが、診察時間に先立って採血を行うことが可能になれば、診察時間開始時点で検査結果が分かり、患者は無駄な待ち時間を過ごすことなく、採血から診察に移行することが可能になる。この方法が実現可能か否かの鍵は、採血担当の看護師や検査技師の勤務開始時間が早くなるため、それらの職種の同意が得られ、人員が確保できるかどうかという点にある。この点を克服することができれば、規模が大きな医療機関ほど検査が必要な患者数が多くなるため、この方法による待ち時間短縮の効果を上げやすくなるであろう。

〈事例 18〉 病院(検査／化学療法) 診察前検査の早朝開始³⁶⁾

【外来では診察前検査が多いため、早朝 7 時 30 分頃から検査のために患者が並び始め、8 時 30 分には長い待ち行列ができていたため、検査職員が 8 時からの時差勤務を行うようにしたところ、8 時 30 分までに行列を解消できるようになった。

また、外来化学療法では、当日の検査結果によって治療方針が決まるため、検査結果報告が早まることによって診療効率も上昇した。】

〈事例 18〉も〈事例 17〉同様に、早朝の検査開始による、円滑な診療の流れづくりを実現し、検査の待ち時間に留まらず診察待ち時間の短縮も可能にした例である。「できることから始める」という検査職員の態度によって、効率的なチーム医療が実現している例と言えよう。

〈事例 19〉 診療所(小児科) 早朝診療³⁷⁾

【7:30～8:30 までの 1 時間早朝診療を行っている。受診理由は登園・登校前 30%、待ち時間が少

ない 26%、付き添いの通勤前 22%である。地域に大学病院や大規模病院があるため、同時間帯から処方箋取り扱い薬局が開業しているため、院外処方箋の発行にも支障はない。】

〈事例 19〉は〈事例 17〉〈事例 18〉と同様に、通常の医療機関の診療時間開始の 9:00 ないし、受付開始時間の 8:30 より前に患者を受付、診療することで、1 日の患者の混雑を緩和でき、各時間帯の待ち時間を短縮できる。ここで問題になるのは、早朝から勤務可能な職員を確保できるか否かである。また、地域に早朝から処方箋受付をしてくれる薬局があるか否かも、早朝診療を実現させる大きな要因である。

〈事例 20〉 診療所(内科) 夜間のみ診療³⁸⁾

【新宿副都心のオフィス街に通勤する人口を見込んで、新宿駅前に診療所を開設。効率的、経済的、合理的診療形態を検討したところ、患者の集客が可能であり待ち時間が短い診療を実現するために、診療時間は平日の 18~21 時までの 3 時間とした。これは、帰宅時間をねらって設定している。

毎日 10~20 人の患者が受診している。受診者の多くは、20~30 代で、受診者の平均年齢は 32 歳、男女比は男:女=3:7 である。受診時間帯は 18 時台が最も多く、遅い時間ほど減少する傾向が見られる。

駅近くの診療所では、診療圏の検討をする際に、近隣の昼間人口だけでなく、電車で稼動する人数も加味する必要がある。

診療所の認知理由は、インターネットが圧倒的多数であった。次点はクチコミであった。】

〈事例 20〉は、〈事例 17〉〈事例 18〉〈事例 19〉の早朝検査・診療とは逆で、夜間のみを開業している例である。混雑し待ち時間が長い日中の受診は難しいが、仕事帰りに立ち寄る形態であれば受診可能であるという患者層に支持されている。診療所の認知理由も、インターネットが圧倒的に多数であることから、即時に検索できること、利便性が高いことを大きなニーズとしている患者層に焦点を絞っている。

仕事帰りということで、概ね終業時間は類似しているが、必ずしも同一時間に終業するわけではないために、朝から診療する一般の医療機関と異なり診療開始時間に患者が殺到するという事態が避けられる点が、短い待ち時間での診療を実現させている。

比較的都市部において、午前・午後の診療の後に、夜間診療を開業している医療機関も見受けられるが、夜間診療を利用する患者層は〈事例 18〉同様に仕事帰りのサラリーマン層が圧倒的に多い傾向が見られる。この患者層では、概して医師による詳しく長い説明よりも、短い診療で必要な薬を手に入れることを目的としている者が多い。このようなニーズに応える夜間診療を開業することは、医療機関にとっても収益性が高く経営面でのメリットも大きい。また、このような形態の診療を実施する医療機関が多少なりとも増えることで、日中診療する医療機関の患者の混雑の軽減と待ち時間の短縮にも良い影響が生じると考えられる。

2) 情報の流れと管理方法の改善

前節の1) 業務改善では、業務の流れや患者の流れを見直して改善を加えた例を紹介したが、以下では、情報の流れを見直して情報の管理方法に改善を加えることで待ち時間短縮を実現した例を取り上げる

本節の情報の流れと管理方法の改善は、大きく①紙カルテの管理システムによる改善、②電子カルテ^{注2)}の導入、③オーダー・エントリー・システム(以下、オーダリング・システム)の導入に分類することができる。以下では、これらについて順を追って事例を示し考察を加える。

① 紙カルテの管理システムによる改善

従来から医療の記録として用いられている紙カルテの管理方法に工夫を加えることで、待ち時間の短縮を試みた例が複数ある。

<事例 21> 診療所(眼科) TDF 方式による紙カルテ管理¹⁷⁾

【紙カルテ(診療録)の管理方法にTDF方式^{注3)}という方法がある。この方法を導入することで、履歴管理にかかる時間を短縮でき、患者の待ち時間が短縮できたとの報告がある。

TDF 方式を導入すると待ち時間が短縮する理由は、以下のとおりである。①カルテファイルに色分けで目印を付けることにより、ミスファイルを減らせ、ミスファイルの発見が容易である。②ファイルが00～99までの100区分に分割されて収納され、各区分に収納されたファイルの量が平均しているため、収納、返却作業が容易である。③各患者のファイル区分を最初からの確に認識することができるために、検索範囲を狭めることができ、そのためファイルの検索は迅速となり、連続番号順ファイリング法の50～60%の時間で検索および返却ができる。

このように、TDF 方式の長所は複数あるが、あえて短所を挙げるとするとカルテのホルダー(ファイル)に費用がかかることだけである。

紙カルテの管理の効率化の方法には、更にバーコードを用いる方法がある。カルテホルダーにカルテ番号のバーコードを貼り付け、患者のデジタル情報の書き込み、読み出しに使うことでミスファイルが防げ、結果として迷子になったカルテの探し出しに時間がかかることを避けられる。

また、全面的に電子カルテ化しなくても、紙カルテと電子情報(画像データや、処方箋、会計関連データ等)の併用が可能になり、したがって患者の情報を瞬時に検索することが可能になり、診療の効率化と待ち時間の短縮につながる。】

<事例 21>のような紙カルテ管理システムの改善は、後述する電子カルテシステムの導入が進んできた現在でも重要であり、十分に機能する方法であると考えられる。なぜならば、規模が小さい医療機関においては、未だ電子カルテに移行せずに紙カルテで診療録管理をしているところが少なくない。年配の医師が経営する医療機関、後継者がいない医療機関

は廃業するまで紙カルテのままである可能性が高い。この理由としては、使い慣れない電子カルテに慣れるための負担が少なくないことや、電子カルテの導入に数千万～数億円という高額の出費が必要であることが挙げられる。

また、調剤薬局では患者の調剤薬管理を開業医同様に紙カルテで管理しているところが多いため、医療機関における紙カルテ管理の改善による待ち時間短縮対策は、医療機関だけでなく調剤薬局においても応用可能と考えられる。

＜事例 22＞ 診療所(小児科) 予約システムに連動するカルテの自動選択³⁹⁾

【自宅からプッシュフォン式の電話を使って予約できるシステム(商品名:Dr.うける君)で、予約患者一覧表がディスプレイ上に表示され、一定時間ごとにプリントアウトされる方法では、患者のカルテを来院前に用意できるために、事務職の仕事の効率も向上するし、患者の待ち時間を短縮することが可能になる。また、予約システムとカルテセレクト^{注 4)}を連動させると、当日予約されたカルテはカルテ保管棚の中から自動で飛び出していて、事務職員が探す手間が非常に短縮される。

同システムに対する、院内スタッフの意見では、患者一覧表があるために事前にカルテを揃えておける、予約システムとカルテセレクトの連動によりカルテを探す時間が非常に短縮したという歓迎する意見が認められた。】

予約システムに関しては後述するが、単一のシステムの導入だけでなく、他のシステムと連動することによる相乗効果には大きな期待ができる。＜事例 22＞でも、予約システムと連動させることによってカルテの準備の手間を省力化でき、大きな時間短縮効果を得ることができた。この事例のように、従来どおりの紙カルテ管理の方法でも改善の余地はあり、待ち時間短縮を諦める必要はないことが明らかである。

② 電子カルテの導入

全国の医療機関で紙カルテから電子カルテ^{注 2)}への移行が進んできている。

ここでは、電子カルテの導入による各種の効果や問題のうち、待ち時間短縮に関する側面についてのみ注目する。

＜事例 23＞ 診療所(産婦人科)⁴⁰⁾、＜事例 24＞ 診療所(眼科)¹⁷⁾

【電子カルテの導入には、数千万～数億円という高額の出費が必要で、システムを使った診療は入力・操作に時間がかかることが多く、役に立つデータを後から引き出しにくいという短所も指摘されているが、診察室で入力された処方や処置の情報が会計を始め施設内の各部門に瞬時に伝達されるために、重複記載の必要がなくなり、会計業務の省力化、患者の院内滞在時間の短縮、会計待ち時間の短縮につながると言われている。】

電子カルテの導入の効果は、入力データの再利用回数が増えれば増えるほど高くなる。

このような事例を次の〈事例 24〉で紹介する。

〈事例 24〉 診療所(眼科) 入力情報再利用による各種書類作成の時間短縮¹⁷⁾

【電子カルテの導入による患者への利便性の向上としては、入力されている項目に関して即時参照することができるため、慢性疾患やルーチンで処方する患者に対するの対応がごく短時間で済む点を挙げることができる。たとえば眼科におけるコンタクトレンズ使用患者の継続処方に対して、電話での対応にもきわめて有効である。

また、電子カルテでは、入力された情報が再利用できるため、紹介状、診断書、入院証明などの書類作成が短時間でできる。

これらの効果により、電子カルテの導入は結果として患者の待ち時間の短縮に寄与する。】

〈事例 24〉からは、電子カルテの診療録機能そのものではなく、入力されたデータを再利用することで何重にも時間の短縮が可能になることが分かる。特に眼科のコンタクトレンズ使用患者の様に頻りに再来院する患者や、同様に慢性疾患の管理のために来院する患者が多い診療科では、電子カルテ導入による待ち時間短縮には大きな期待ができるであろう。

〈事例 25〉 病院・医院(全診療科) 電子カルテとレセプト・コンピュータの連動⁴⁰⁾

【電子カルテをレセプト・コンピュータ(診療報酬管理コンピュータ)^{注 5)}と連動させることで、院外処方箋、会計計算、領収書の発行まで、一連の作業として円滑に行うことが可能である。患者を効率的に診察することが可能になれば、開業時間帯の中で患者が途切れる時間帯ができることもあり、その時間帯には医師が上記の事務処理を行うこともでき、他の職員との柔軟な業務分担が可能となる。薬剤処方も電子媒体の上で確認できるため、薬剤の併用禁忌の自動チェックもでき、医療の質の向上にも結びつく。

更に、レセプト・コンピュータに留まらず、自動再来受付機能、自動問診システムと連動させて、医療機能全体を効率化させることが可能である。

結果として、患者の待ち時間短縮に効果を成すことが明らかである。】

〈事例 25〉のような効果は、他にも電子カルテを導入した医療機関で同様に見られる。電子カルテの導入は今後避けることができない流れと考えられ、全国的に電子カルテの導入が進むことによって、患者数や患者層に変化がなければ従来の待ち時間は全体的に短縮されると推測される。しかしながら人口の高齢化とそれに伴う患者数の増加が推察されるため、電子カルテの導入だけで結果として全国の待ち時間が短縮されるという単純な構図は成立しづらいが、電子カルテ導入無しに高齢患者の増加を向かえることを考えると、電子カルテの導入とそれによる待ち時間の短縮の意義は大きい。

〈事例 23〉から〈事例 25〉で見てきたように、電子カルテの導入には様々な利点がある。電子カルテによる患者待ち時間の短縮の理由は上記の理由以外にも、カルテ運搬が不要になったことにあるとしている報告もある⁴¹⁻⁴²⁾。しかし、電子カルテを導入すると医師による

入力事項が増えることにより患者の待ち時間が延長すること懸念する医師も少なくない。そこで次の〈事例 26〉では、電子カルテ導入前、導入直後、導入 2 ヶ月後の待ち時間の変化を調べている。

〈事例 26〉 病院(眼科) 電子カルテ導入前、導入直後、導入 2 ヶ月後の待ち時間の変化 20)

【電子カルテと画像ファイリングシステムの導入時には、紙カルテの記載時間に比較して電子カルテの入力による診療時間の延長が見られたが、導入後 2 ヶ月までに診療時間の延長は緩和した。

眼科では検査のために瞳孔を開く(散瞳)処置を伴う患者がいるが、この場合には散瞳させるための目薬を投薬してから瞳孔が散大するまでの待ち時間が発生するため、散瞳する患者と散瞳しない患者の待ち時間を分けて計測する必要がある。本事例では、導入前の待ち時間の平均値±標準偏差は、非散瞳群 33±18 分、散瞳群 69±18 分であったが、システム導入直後に非散瞳群 53±20 分、散瞳群 98±32 分に有意に延長し、その待ち時間延長は導入後 1 ヶ月続き、2 ヶ月後には導入前と有意差がなくなる程度まで緩和した。

これは、医師の慣れによる入力手順の一定化、入力に伴う様々なテンプレートの作成と利用、端末の日本語入力方法のカスタマイズ等によることが明らかになった。】

〈事例 26〉で明らかなように、電子カルテ導入時には入力操作に不慣れなために待ち時間の延長が生じるが、導入後 2 ヶ月で待ち時間延長は解消されることが分かる。したがって導入から約 2 ヶ月後までは電子カルテのシステム導入のために待ち時間が延長する可能性があること、その後は待ち時間の短縮効果が期待できることを患者に対して説明することで、患者の理解や満足度を得やすくなると考えられる。

以上のように電子カルテ導入による待ち時間短縮の効果は確認できたが、実際にはどの程度の待ち時間短縮が実現するのであろうか。以下〈事例 27〉〈事例 28〉で、具体的な待ち時間の変化を確認したい。

〈事例 27〉 診療所(小児科) 電子カルテ導入後に短縮した待ち時間⁴³⁾

【電子カルテの導入によってどの程度待ち時間は短縮するのであろうか。小児科診療所において「電子カルテ(Future Clinic21)導入前と比べて導入後には、診療待ち時間が 31%短縮、会計待ち時間が 17%短縮、院内滞在時間が 25%短縮し、一方で診察時間は変わらず、総じて成功した。】

電子カルテ入力時間による診察時間の延長が考えられるにも関わらず、診察時間が延長せずに待ち時間を短縮できている点で、〈事例 27〉は理想的な成功例と考えられる。

しかしながら診察時間に変化が見られなくても、電子カルテの導入によって診療スタイルに変化が生じるといわれているため、この点に関する考察が必要になる。電子カルテ入力に手間がかかると、医師は患者の顔を見ずに入力画面に向かって入力する時間が多くな

る。そのため、患者とのコミュニケーションの質が落ちることが懸念されるが、患者と横に並ぶような位置に座り、患者と共に画面を見ながら電子カルテの入力画面情報を患者と共有する努力をすることで、以前よりも患者の満足度が向上するという医師の声も最近では聞かれる。

このように、新しいシステムを導入することで得られるメリットと、生じる問題を分析し、新たに生じる問題を患者主体の医療の実現の立場で克服していくことで、新しいシステムの効果を最大限に引き出すことが可能となろう。

<事例 28> 病院(全診療科) 電子カルテ導入後の待ち時間、院内滞在時間の変化¹⁴⁾

【電子カルテ導入の影響を確認した結果、院内滞在時間は、導入直後より、79 分 33 秒、75 分 15 秒、73 分 15 秒と、3 年間で 6 分短縮した。

来院してから最初の診療行為までの待ち時間は導入当初 40～45 分であったが、導入 3 年後には平均 20 分に短縮した。当初診察待ち時間のクレームが患者クレームの 20%であったが、それが 9%へと半減した。】

<事例 28>においても、電子カルテ導入後に待ち時間、院内滞在時間共に短縮することが証明された。

③ オーダー・エントリー・システム(オーダーリング・システム)

オーダー・エントリー・システム(以下、オーダーリング・システム)^{注1)}の導入による待ち時間の短縮に関する検討は複数なされている⁴⁴⁾。

それらを大きく分類すると、①待ち時間短縮効果が明らかに見られた事例、②患者によって、待ち時間短縮効果に差が見られた事例、③待ち時間短縮効果が見られなかった事例に分けられる。以下では、これらを順に紹介し考察を加える。

a. 待ち時間短縮効果が明らかに見られた事例

<事例 29> 大学病院(全診療科) 待ち時間短縮と医師以外の職種の業務の質向上⁴⁵⁾

【医師以外の職種からは、オーダーリング・システム導入直後からシステム導入の効果が支持され、診療情報の標準化と精度向上、その結果としての業務処理の迅速化・効率化が実現され、医療機関の業務の質的向上と患者待ち時間の短縮に寄与した。】

一般的にオーダーリング・システム導入時においては、今までは経験しなかった入力作業が増加するために医師の作業負担が増し、入力時間の延長による診察時間の延長が起こりやすいが、入力操作の慣れに伴い、医師の負担感の軽減と入力時間の短縮が見られるようになると言われている。しかし場合によっては、システム導入が医師の負担増だけに終わってしまう場合も少なくなく、医師にどれだけ省力化と診療支援を還元できるかが、シス

テム導入の評価と存続のポイントとなる。

オーダリング・システムを導入すると、依頼忘れや、検査、薬等の処方記載漏れを防止できるために、伝票記入漏れや内容不明のための疑義確認等の無駄な作業を省くことができるようになるため²³⁾、これらのメリットも総合した評価が必要となる。

待ち時間の短縮を目的とした場合には、〈事例 29〉の効果は評価できるが、一方で医療の質が確保されることが必須であり、医療全体の質の評価を行いながら待ち時間の短縮を実現することが望まれる。

〈事例 30〉 病院(全診療科) 看護師の医師補助業務からの開放と人員削減実現¹⁵⁾

【オーダリング・システムの導入前には院内滞在時間の平均が1時間45分(初診2時間21分、再診1時間41分)であったが、システム導入後には、17診療科中11診療科で最大34分の短縮が見られた。それ以外にも、システム導入直後から会計待ち時間も減少し、導入前の会計待ち時間平均が40分に対して導入後は10分となり、約30分の短縮が認められた。

さらにこの事例では、院内滞在時間や待ち時間の短縮以外の副次的効果が得られた。このシステムの副次的効果としては、医師の補助業務から解放された外来看護師の個々の業務が効率化し、外来看護ケアの時間が増えた点を挙げることができる。さらに外来看護師数は、導入前33名に対して導入後29名と4名削減できた。

この事例では看護師が補助業務からどのように解放されたかは以下のとおりである。

システム導入前には、看護師が1人ずつ各診察室に配置され、伝票記載や検査予約などへの医師のサポートおよび、患者の診察室や検査室への案内、検査内容や入院の説明を各々が実施していた。運用方法の見直しの結果、医師がオーダリング・システムを有効に利用することによって、患者の診察室誘導、検査依頼、検査予約、再診予約を医師が全て1人で行うこととし、診察室への看護師配置を廃止することができた。

開放された看護師の看護業務は、「患者受付」「採血」「患者説明」「患者ケアを含めたフリー」の4種類に分け、それぞれの業務に専念することとした。診察室からの誘導は新たに、ナビゲーション表示である「外来基本伝票」を導入し、一見すれば職員は誰でも目的地への誘導可能になるよう工夫した。】

このようにオーダリング・システムを適切に導入できると、単に待ち時間の短縮に留まらず、より質の高い医療や看護を実現できることが理解できる。

システム導入に伴う費用が高額であるために、システム導入を躊躇する医療機関もあるが、人員削減による人件費の削減、待ち時間短縮による患者回転率の向上と増患効果、オーダーミスや入力ミス等を防ぐ効果による安全性の向上、結果としての医療の質の向上、回避できる作業やミスを免れることによる職員のストレスの軽減とその結果としての職務満足度の向上等、コスト換算すると得られる利点も大きいことが理解できる。

同様の効果は、次の〈事例 31〉のように、大学病院の特殊外来においても検証されている。

〈事例 31〉 大学病院(化学療法) オーダリング・システムで、医師が化学療法点滴実施承認⁴⁶⁾

【大学病院に受診する化学療法患者を、外来点滴センターを開設し、そこに集中させ、処置の効率化を図ることにした。そのために、院内において患者の外来予約時間の統一やレジメン^{注 6)}の院内統一を行った。患者が受診した時点で化学療法の実施承認が直ぐに出せるように、オーダリング・システムの変更を行った。その結果、2004 年外来点滴センター開設時には、55.6%であった利用率が61.5%になり、2006 年 9 月には93.8%まで向上した。また、オーダリング・システム上で、医師が化学療法の点滴実施承認を行えるシステムを導入したことにより、センター開設時には患者が外来点滴センターに到着してから薬局より薬剤が到着するまでの待ち時間が 10 分～20 分(平均 17.9 分)であったのに、1 ヶ月後には 49.4%の患者の待ち時間は 10 分以下(平均 14.2 分)に改善した。また、23.8%の患者で待ち時間が無くなった。

なお、外来点滴センターで化学療法を行うことにより外来診療の効率化が図られ、外来化学療法加算による収益が上がり、その結果外来点滴センターに看護師、事務職員各 1 名の増員ができた。】

〈事例 31〉は、当日注射剤処方箋に医師のサインを必要としていたため、看護師や事務職員が薬局へ注射剤処方箋を搬送するという無駄な動線があったが、点滴センター開設時に、いつでもオーダリング・システム上で医師が化学療法の実施承認、中止の指示が出せるようにシステム変更を行った例である。

本事例は、〈事例 5〉の常勤放射線科医師の配置のように、同一処置が必要な患者を集めて効率的に患者の処置を行うことにより、採算性を挙げながら待ち時間の短縮を実現した例と考えられる。

オーダリング・システム導入は、後述するように必ずしも待ち時間の短縮に結びつかない例もあるが、〈事例 31〉のように、本システムを最大限に活用して業務の集中・効率化を同時に実施することにより、経営上のメリットも発生すると考えられる。

b. 患者によって、待ち時間短縮効果に差が見られた事例

〈事例 32〉 大学病院(全診療科)予約患者の待ち時間の短縮¹¹⁾

【オーダリング・システムの導入後、とくに予約患者において待ち時間の短縮が見られた。】

〈事例 33〉 病院(一般外来) 予約患者の待ち時間短縮と初診・予約外患者の待ち時間延長⁴⁷⁾

【オーダリング・システム導入後に、医事科初診受付や会計、採血、放射線科等の検査は短縮したが、院内薬局は 7 分延長した。また、予約患者の待ち時間は平均 5.4 分短縮したが、初診患者は 3.9 分、予約外患者は 5.6 分延長した。】

〈事例 32〉も〈事例 33〉も、予約患者においては待ち時間の短縮が見られるが、予約外患者に関しては大きな効果が見られないことが分かる。

これらは、予約患者を優先することと、一定時間内に患者の受診希望時間が集中したり、

医師がその時間帯に診察を必要と判断した患者を予約限度を超えて予約に入れたりしてしまふことの結果として、初診・予約外の患者に待ち時間延長の負担がかかったものと考えられる。このような例では、オーダーリング・システム単独ではなく、予約システムをも包括したシステムの見直しが必要となろう。

〈事例 34〉 病院(全診療科) 予約患者と、予約外患者の待ち時間短縮の効果の差⁴⁸⁾

【オーダーリング・システムを導入した結果、会計待ち時間「5分まで」が 20%から 70%に増加、「10 分以内」が 45%から 90%に短縮し、大きな効果が見られた。

診察までの待ち時間は、予約患者の場合「30 分以内」が 73%から 75%に増加、予約外患者では「30 分以内」が 42%から 46%とわずかに増加していた。

その後も、診察までの待ち時間については苦情が寄せられている。】

〈事例 34〉は、〈事例 32〉や〈事例 33〉と同様に、予約患者に比べて予約外患者において待ち時間対策の効果が十分に発揮できなかった例と考えられる。

このような場合には、新患外来の設置や、予約枠の変更なども行い、オーダーリング・システムのメリットを十分に活かすことが求められる。

c. 待ち時間短縮効果が見られなかった事例

〈事例 35〉 病院(全診療科) 待ち時間短縮効果が見られず⁴⁹⁻⁵⁰⁾

【オーダーリング・システム導入前後の待ち時間の変化を調べた。単にシステム操作が加わったため、患者 1 人当たりの検査時間が延長し、それが待ち時間の延長に影響している。】

〈事例 35〉は、オーダーリング・システムの効果を十分に発揮できなかった例である。本事例のように、単にシステムを導入しただけでは、高額な費用を投入するにもかかわらず医療機関側も患者側も納得できる効果を得ることはできないこともある。システム導入をする目的を明確にし、〈事例 31〉のように外来予約時間の統一やレジメンの院内統一を行ったり、外来点滴センターのように他の部署でのオーダーリングの効果的な利用を併せて実施したりすることで、はじめて目に見えるシステム導入の効果を発揮することが可能になると考えられる。

3. 予約システム

日本において初めて診療所で電話自動予約システムが始まったのは、平成 3 年 10 月である⁵¹⁾。それ以前は、受診時に職員と患者が直接面と向かって、次回の予約をする方式か、電話によって口頭で予約を取る方法しかなかった。

予約システムを導入した効果の報告の代表的な事例には以下のようなものがある。

〈事例 36〉 病院(胃腸科) 医師の増員では解決不能な待ち時間を予約システムで解消¹⁰⁾

【待ち時間対策を目的として診察室を1部屋増やし、外来医師を増員したものの、患者が集中する時間帯の待ち時間の抜本的な解決にはならず、患者満足度もほとんど変化しなかったため、予約診療システム導入によって患者の集中を分散して、待ち時間の短縮に成功した。】

医師の増員は、他の職員の増員に比して人件費が高くつくため、慎重な決定が必要となる。医師を増員しても患者が集中する時間帯には待ち時間の改善が見られず、待ち患者が空く時間帯には医師数が過剰になってしまう可能性もある。したがって、医師の増員よりも前に、患者の集中度の分散化を優先させて行うことが人事管理上重要と考えられる。

〈事例 37〉 診療所(小児科) 患者、職員、医師の3側面が予約システムに満足⁵¹⁾

【予約システムの導入によって患者、職員、医師の3側面から以下のような評価が得られた。

患者からは、「待合室・駐車場の混雑が解消し待合室での相互感染の心配が少なくなり安心して来院できるようになった。」「朝早くから順番取りに来院する必要がなくなった。」「あらかじめ診察開始時間がはっきりしているの、家事を済ませてから来院できる。」「人間による予約では、顔パスで割り込みが効くが、コンピュータであればそのような理不尽なことは起こらないで平等である。」等の肯定的な意見が寄せられた。予約システム導入後、診察予定時間が明確に把握できるようになったため、遠方と思われる患者も増加し、診療圏が広がったという効果が確認できた。

職員からは、「来院予定患者一覧表により前もってカルテを取り出しておけるため、来院してからあわててカルテ探しをしなくて済むようになった。」「保険別、最終来院年月日が来院患者予定一覧表に明示されるため、カルテ探しがスピーディになった。」と大好評を得ている。

さらに医師の側からは、保健所・学校医の業務、医師会の会合、各種研究会などに出席しやすくなったことが最大の、メリットとの報告がなされている。つまり、あらかじめ診察以外の用事を入れたい日時には予約枠を用意しないという方法を採用すれば、医師のスケジュールの管理をしやすく、かつ患者の混乱も避けられる。】

このように、患者、職員、医師の全ての当事者が満足できるシステムは、きわめて理想的と考えられる。待ち時間の短縮以外に、患者満足度や職員の職務満足度も向上するというメリットを考えると、他の高額なシステム導入を検討する前に、まずは各々の医療機関の特徴に適合した予約システム導入を検討することが優先されるべきではなかろうか。

〈事例 36〉と〈事例 37〉のように、予約システムの効果は期待できるが、これ以外にも予約システムの様々な効果が報告されている。予約システムは、電話や直接面と向かうやり取りによって職員が予約を受け付ける①マンパワー予約システムと、インターネットや電話のプッシュボタンにより職員とのやりとりを介さない②コンピュータ予約システムとに分けることができる。以下では、複数の事例を紹介しながら考察を加える。

① マンパワー予約システム

〈事例 38〉 診療所(小児科) 予約時の患者の症状把握には看護師が対応⁵²⁾

【マンパワー予約は事務職員が行う例が多いが、そのため患者の状態や緊急性が判断し難いという問題が生じる。たとえば、喘息発作時や嘔吐を繰り返すという例では看護師が対応することで、事務職員による予約処理の問題点を克服することができる。】

〈事例 38〉では、事務職員では患者の症状を分析することが難しい点が問題点として報告されている。しかし、以下で紹介するコンピュータ予約システムにおいては、患者の症状や緊急性を把握することが不可能であることと比べると、患者の症状の聞き取りが可能な点は、マンパワー予約そのもののメリットと受けとめることができる。後述するが、このようなメリットを活かすためには、マンパワー予約とコンピュータ予約の双方を選べる混合型の予約方法が理想的と言える

② コンピュータ予約システム

コンピュータ予約システムの方法と効果、問題点には、以下のような例がある。

a. プッシュフォン式電話による予約システム

〈事例 39〉 診療所(小児科) 予約システムに連動するカルテの自動選択³⁹⁾

【自宅からプッシュフォン式の電話を使って予約できるシステム(商品名:Dr.うける君)で、待ち時間が短縮し、予定がはっきりしているため家事の段取りをして来院できる、待合室や駐車場の混雑がなくなったとの患者の好印象が得られた。

その一方で、①自宅の電話がプッシュ回線ではないと利用できない、②早く診察してもらうためには朝 6 時 30 分の予約受付開始時間から電話をしなくてはならない、③遅めに予約電話をかけると遅い診察時間になる、④コンピュータ相手の予約は人間味がない、⑤重症で早く診てもらいたいのに割り込みができない、⑥聾啞者で電話が使えない等の否定的な意見も寄せられた。

同システムに対する、院内スタッフの意見では、開院前から玄関前に順番取りのために並ぶことがなくなった、受付での順番に関するトラブルが減った、患者一覧表があるために事前にカルテを揃えておける、予約システムとカルテセレクトの連動によりカルテを探す時間が非常に短縮したという歓迎する意見が認められた。】

この報告は 1993 年のものであり、現在ではプッシュフォン式の回線が主になっているため、①プッシュ回線以外の利用者の不満は解消されているものと考えられる。

しかしながら、②～⑥については、以下のような改善案の導入が望まれる。②早く診察してもらうためには朝 6 時 30 分の予約受付開始時間から電話をしなくてはならない点については、24 時間予約可能なインターネット予約の併用が求められる。③遅めに予約電話を

かけると遅い診察時間になる点については、未だ予約が入っていない時間帯の中から希望時間帯に予約できるシステムの導入が考えられる。④コンピュータ相手の予約は人間味がない点については、希望者は電話による職員との会話を介した予約ができるようにしたり、医療機関の窓口で直接職員と面と向かって予約できるようにしたりする方法も合わせて運用されることで解決可能であろう。⑤重症で早く診てもらいたいのに割り込みができない点に関しては、一定時間内に予約患者枠と急病や重症患者の診療枠を並存させる工夫が求められる。⑥聾啞者で電話が使えない場合には、②の解決策同様に、視覚を利用して予約できるインターネット予約や、ファックスを利用して職員とやり取りをして予約できるシステムも認める必要があろう。

b. インターネットを用いたコンピュータ予約

<事例 40> 診療所(小児科)インターネットによる予約、患者による予約混雑状況の確認⁵³⁾

【インターネット環境、ASP(アプリケーション・サービス・プロバイダー)を利用した予約システムにより、受診の分散化が実現し、待ち時間が 30 分程度(長くとも 1 時間以内)に短縮された。その結果、診療や説明に適切な時間が割けるようになり、患者の満足度が上昇した。

医師の立場からは、学校医としての出務や学会時の出張等の診療枠のコントロールが容易となった。ASP による Web 診療予約は、インターネット環境さえあれば初期導入費が少なくてすみ、24 時間いつでもどこからでも予約可能で、患者が混雑状況を確認することができ、きわめて有用である。】

<事例 40>のようなインターネットによる予約は、最も典型的な予約方法の一つである。この方法のメリットは、①24 時間予約可能であることと、②患者が予約混雑状況を確認できる点にある。②患者が予約混雑状況を確認できることのメリットは、混雑状況や自身が置かれている状況を把握できない場合に不安な心理が出現しやすいため、不安を軽減できる点にある。混雑状況を見て納得し、自身が主体的に診療時間を選択できると、制御不可能な条件に規定されているという不自由な心理状態ではなく、自由な心理状態で受診することが可能になる。自由に選択できる権利が保障されることで、患者満足度が向上することが推測される。

<事例 41> 診療所(小児科) 携帯電話、パソコンからの予約⁵⁴⁾

【携帯電話・パソコンからオンラインでの受付(順番登録)を導入した。

待ち時間が長時間になれば、①駐車場が満車で停められない、②待合室が混雑し、立って待たなければならない。③感染症流行時には、院内感染のリスクが増大、④待つ患者のイライラが増し殺伐とした雰囲気になるといったデメリットが発生する。携帯電話とインターネットによる予約システムを導入したところ、利用率は 80.7%となり、非常に便利 46%、便利 49.7%と高い支持を得られた。】

現在では携帯電話が普及しているため、自宅や職場からパソコンを介して予約をするよりも、携帯電話で予約をする方がより利便性が高いと感じる患者も少なくないと考えられる。携帯電話を利用すれば、患者から一方的的に予約をするだけでなく、医療機関側からも、予約の確認や、診察時間間近の確認連絡、予約をしたにもかかわらず混雑により診察時間が遅延し待ち時間が生じそうな場合の診察遅延連絡、その他健康関連情報の提供等、複合的なサービスを提供できる可能性も高い。

〈事例 42〉 診療所(眼科) 電話、インターネット、i-mode による予約、予約確認連絡、リコール連絡¹²⁾

【i-mode、インターネット、電話自動応答(以下、IVR :Interactive Voice Response)での予約と予約確認連絡システムを利用している。電話回線は、4 回線使い、24 時間予約受付に 3 回線、予約確認連絡用に 1 回線使っている。IVR では、人工音声と吹き込んだ声で対応する。

予約確認連絡は、予約前日に連絡し、予約忘れによる非連絡キャンセルを防止する目的でなされる。非連絡キャンセルをした患者には、受診を促すリコール連絡をする。さらに、定期健診予定の患者に、予定の前に定期健診の予約を勧める連絡も行う。これらの機能は、予約システムの自動化された患者管理機能と位置付けることができ、定期検診が多い診療所の予約システムには、必要不可欠な機能と考えられ十分に有効に機能している。】

予約システムを効果的に機能させるためには、〈事例 42〉のように①複数の予約方法を用意し、予約方法の選択を可能にすることが有効であり、同様の工夫を行っている医療機関も見受けられる³⁾。

その他には、②予約忘れを予防するための前日の予約確認連絡、③非連絡キャンセル患者の受診を促す、③リコール連絡、といった方法を平行して採用する努力が必要であることが理解できる。

また、②予約確認連絡を前日に行うという方法は急いで受診が必要な状態の患者は少なく、定期健診の患者が多い眼科に適した方法であることが分かる。さらに定期健診の患者は、慢性疾患のために継続受診がひつようであるため、③のようなリコール連絡の意義が高くなることが理解できる。

〈事例 43〉 診療所(産婦人科) 予約画面で予約状況の確認可能⁴⁰⁾

【予約状況が画面にて一目瞭然に分かるシステムでは、適切に患者の予約を実施でき、それを通してできるだけ混雑を避けることができ、待ち時間が短くより快適な受診ができる。】

〈事例 43〉の方法では、〈事例 40〉の②と同様に、混雑状況を確認でき、主体的に予約を可能にする点で、患者にとって満足度が高い予約サービスを提供できる。

〈事例 44〉 診療所(小児科) 電話、インターネットによる仮予約と確認メールの送信⁵⁵⁾

【電話予約とインターネット予約を併用。患者が希望診療項目と日時を仮予約し、スタッフが本

予約のメールを手動で送るシステムを運用している。乳児健診と予防接種に限っている点が特徴的である。】

〈事例 44〉では、スタッフが本予約のメールを送ることで、予約忘れを減少させることに効果を発する。

また、小児では、急な発症や症状悪化が多いために、治療に関しては予約システムを利用せずに直接来院受付をしてもらい、患児と健常児が同席することで健常児が感染することを避けるために乳児検診と予防接種の日時を設定して、その時間帯だけ予約システムを利用している。この点で、診療科と患者層の特性に合わせた予約システムの運用が実現していることから学ぶべき要素が複数存在する。

〈事例 45〉 診療所(小児科) 電話、携帯電話とパソコンからのインターネット予約⁵⁶⁾

【携帯電話、インターネット、からの予約のほかに、職員が直接電話で予約を受ける方法を併用することで、様々な予約方法へのニーズに応えることができる。】

〈事例 45〉も、複数の方法を選択できる予約システムである。現在では、このように複数の予約方法を選択できることが、多くの患者のニーズに対応する方法として望まれている。

③ 予約システムの問題点

予約システムには効果だけでなく、問題点も付随する。以下では、予約システムを導入している医療機関から挙げられている複数の問題点を示す。

a. 診療時間延長による予約患者の診療時間の遅延

①マンパワー予約システムでも、②コンピュータ予約システムであっても、診察時間の延長に伴う待ち時間の延長は、避けることができない。さらにコンピュータ予約システムでは、マンパワー予約よりも一層、臨機応変な対応を行いにくい⁵⁷⁾。

このような問題点を補うために、一般電話受付を併設したり、マンパワーによる臨機応変な対応をしたりする必要がある。

〈事例 46〉 病院・診療所(小児科・ワークショップ) 予約システムの問題解決法⁵⁷⁾

【患者の希望時間帯を優先すると、どうしても予定人数枠を超えて予約を入れてしまい、診察時間が延長し待ち時間が延長することになる。この対応策として、診療開始時間を早めたり、再診の場合には午後に予約を入れたり、遅れている時間を電光掲示したりと、各医療機関で様々な工夫がなされている。】

〈事例 47〉 病院・診療所(小児科・ワークショップ) 予約しても待ち時間が発生⁵⁷⁾

【診療時間が遅れて、予約制を採っていても待ち時間が延長するという現象が起こってしまう。】

これは、〈事例 46〉同様の状況である。

このような問題の解消を目的として、以下のような方法を採用している医療機関がある。

〈事例 48〉 診療所(小児科) 診療遅延による予約患者の待ち時間解消策⁵⁷⁾

【普段徐々に生じる診察時間の遅れは、昼食時間で調整・解消するようにしている。】

b. 予約外患者への対応

〈事例 49〉 ワークショップ(小児科・ワークショップ) 予約外患者の不满⁵⁷⁾

【予約をせずに直接来院する患者への対応が円滑に行われないう、患者の不满が存在する。】

〈事例 50〉 病院(全診療科) 予約外患者の長い待ち時間⁵⁸⁾

【待ち時間が長く問題になっているのは、予約外患者であり、予約患者の待ち時間は相対的に短く大きな問題とはなっていない。】

〈事例 51〉 診療所(小児科) 予約外患者の診療枠の設定⁵⁹⁾

【予約制を採用しているが、1 時間当たり 2 名の空枠を用意しておいて、急患に対応できる余裕を持たせておく。】

時間的に、予約患者を可能な限り入れてしまい余裕が少ない予約制で運営すると、患者からは逆に恨まれ、予約制そのものが崩壊しかねない。予約なしの診療方法であると、待合室の混み具合で診察スピードを変えて大量の患者を診察することができるが、予約システムを導入すると、逆にそのような柔軟な体制を採ることができない。予約制によって 1 日当たりの患者数は一定化するが、絶対数は減少するということが起こり得る。

特に冬季のインフルエンザのピーク時などには予約システムが患者の予約お断り機になってしまうという悲鳴も出てくる。そのため、単位時間当たりの予約患者枠と予約外患者枠の設定は十分に検討されたうえで決定することが重要である。

c. 予約希望時間帯に予約が集中する

〈事例 52〉 病院・診療所(小児科・ワークショップ) 希望予約時間を取れない不满⁵⁷⁾

【希望する時間帯に予約が取れないという患者の不满が存在する。】

予約システムには、予約希望時間が集中してしまうという問題も生じる。そのため、次のような工夫をしている医療機関がある。

＜事例 53＞ 診療所(小児科) 希望時間を認めない予約制度⁶⁰⁾

【小児科において希望時間帯の指定予約を認めると、早朝か幼稚園降園以降の時間に患者が集中してしまい、昼間の時間帯が空いてしまう可能性があるため、来院の希望時間の指定は認めず、予約を入れた順番に次々に予約枠を埋めていくという方法を採用している。】

このやり方で患者に納得してもらう方法もあるが、＜事例 40＞のように、希望枠を自分で選んで予約し、希望枠が既に予約で埋まっている場合には、第2、第3候補を自身で選んで予約する方法も患者には認知されやすいと考えられる。

d. 予約時間の認識

＜事例 54＞ 大学病院(全診療科) 予約時間の認知のズレ⁶¹⁾

【予約を時間帯で表示するやり方では、たとえば 9:00～9:30 という時間帯での予約の場合、医療機関側は 9:30 までに診療が始まればよいと考えているのに、患者は予約を 9:00 と認識しやすく、そこで既に 30 分の認識の差が生じる。】

このような認知のズレは、医療機関と患者との間でしばしば生じる。このような認知のズレを解消するためには「9:00～9:30 の時間帯に○人の患者の予約が入り、その予約時間帯の患者の中で早く来院した患者から順番に診察する」という説明をするべきであろう。予約システムと自身の町状況が把握できるだけで患者の不満はある程度解消され、無駄なクレームやトラブルを避けることにつながるであろう。

e. 予約のキャンセル

予約システムの問題の一つに、予約したにもかかわらずキャンセルする患者が出てしまい、診療枠が空いてしまって採算性が低下してしまうことが挙げられる。

＜事例 55＞ 診療所(小児科) キャンセル回避目的の当日のみ予約可能のシステム⁶⁰⁾

【予約システムの問題の一つに、キャンセルによる空枠出現がある。これを解消するために、当日予約のみで運営する方法がある。】

当日のみの予約ではなく、医療機関によって予約開始日を診療日前何日からにするかは医療機関ごとに選択できるため、なるべくその両日の差を短くし、かつその医療機関の運営に即した予約システムの運用をできれば、キャンセル率を理想的にコントロールすることが可能になる。

以上のように、予約システムには長短両面があり、様々な工夫によって短所を改善することは十分可能である。大切なことは、予約システムという「箱」(ハードウェア)を単に導入するだけでは不十分であり、各医療機関の現状に合わせた細かいソフト面でのフォロー

一が行われてこそ、システムの長所が生きてくると考えられる。

予約システムは、単にシステムを導入すれば待ち時間の解決になる訳ではなく、患者のニーズが流動的であることを理解し、それぞれの医療機関にふさわしい外来の機能を考え、そのシステムと現時点での外来の運営との整合性が取れているのかを確認し、常に改善していかなければならない⁶²⁾。

④ 予約システムの複数の問題を解決する方法

本節①～③では、予約システムが抱える様々な問題を見てきたが、次の〈事例 56〉のようにここで紹介した複数の問題を解決している理想的な事例が見られる。

〈事例 56〉 公立病院(小児科) 総合的に予約システムの問題を解決する方法⁵⁹⁾

【携帯電話、PHS、固定電話、パソコンから予約できるシステムを用いて、携帯電話を通した待ち順確認と呼出し機能を提供している。

待ち時間確認は、リアルタイムで更新されている診療順番状況を確認できるもので、診療日当日でも自分の診察までの待ち時間が確認できる。この方法であれば、予約したにも関わらず待たされるという不満感を募らせずにすむ。さらに、診察前になると携帯電話にメールが届き、呼び出してくれる機能も便利である。待ち順が何番目になったら呼び出すかを設定しておくことで、その順になったときにメールが自動的に送信される。

これらの方法を採用する基になったのは、どれだけ集客できるか、効率よく診られるかではなく、自分が患者ならどのようなサービスが欲しいかという発想である。開発に当たり、開発担当者は他の医療機関の予約システムの調査を行い、「許容できる待ち時間」は、30分が最も多いことを明らかにし、待ち時間を30分以内にするを想定した。

さらに、他の医療機関では、予約の電話が殺到すると回線が足りなくなり全く電話が通じなくなったり、一度予約すると取り消せないシステムであったりするため、患者本位でないと判断し、それらの問題点を解消するシステムを考えて上記のようなシステムが作られた。

予約システムの難しい点は、時間帯ごとに患者層が異なり、どの時間帯も同一の予約枠設定にしておく、上手く機能しないということである。そのため、予約時間枠を30分単位とし、各時間枠に2つの診察室で8人分の診察をこなし、内訳を予約5人、予約外3人とし、飛び込みの急患が入る可能性が高い朝の予約枠だけは、予約4人、予約外4人に設定することで、予約システムが機能するようにした。最初は予約枠の設定が上手くいかず、予約をしているのになぜこんなに待つのかという苦情が多く出たが、試行錯誤を繰り返して理想的な予約枠の設定に至った。

本システム導入前には、予約患者の院内滞在時間が100～140分であったが、14分に短縮された。予約外患者も診察待ち時間が約120分から約50分になった。

予約制を導入している医療機関の多くが直面している問題は、予約を取ってもずるずると時間がずれて、結局待ち時間が発生してしまうということである。特にインフルエンザの流行等で予約

外患者が増える時期には、やはり待ち時間の延長は発生する。このような場合には、予約システムに連動させた「診察待ち一覧」が役立つ。受付にこの一覧を置いておくと、当日の診察予定患者を診察順に確認でき、現在誰が診察中で、自分が何番目なのかが一目で分かり、見通しを持って診察を待つことができる。急患は、待ち順の先頭に入ることになるが、赤いマークで表示するようにすると、待たされている人達の理解が得やすくなる。さらに、大幅に診察時間が遅れそうな事態が発生した場合には、すべての予約患者に状況説明と何分くらいの遅れが予測できるかについて、メールで知らせるようにしている。あとどれくらい待てばよいのか、待たされているのは何故なのか、それが分かるだけで待たされているイライラ感はずいぶん軽減される。

予約診療が効果的に機能することで、職員の精神的負担も大きく軽減される。看護師からは、予約が多くなると、事前に翌日の仕事内容や量を予測することができ、体制を立てやすくなると評価される。システムや予約受付関係の業務をそれぞれの専門の人が行ってくれることで、看護師は本来の業務に専念でき、それが患者にとっても良い還元をもたらす。

医師にとっても、患者の流れの全体を把握することができるようになり、精神的余裕ができる。

その他にも、大きな待合室が不要になり、駐車場が少なくてすむという、物理的、経済的メリットも多い。

本事例では、システム導入後新患が増加し、半年間の患者のリピート率はおおよそ 8 割と高い率を示している。この公立病院における 8 割のリピート率は、他の国公立病院のリピート率が 3 割程度であることと比べてきわめて高い数値である。

【診察待ち時間はゼロにはできない。しかし様々なシステムを利用することで短縮をすることは可能である。】

〈事例 56〉は、予約システムで生じる様々な問題点を総合的に解決している例と位置づけられる。本事例の患者主体の予約システムをまとめると以下ようになる。

- ①予約取り消しができる
- ②リアルタイムで更新される診療順番状況により、自分の診察までの待ち時間確認可能
- ③待ち順が何番目になったら呼び出すかを設定でき、診察前に携帯電話にメールが届く
- ④時間帯の特性を踏まえた予約・予約外患者の診療枠の設定
- ⑤受付での「診療待ち一覧」の掲示と急患割り込みの報知
- ⑥診療遅延をメールで報知

予約システムを導入したが、解決すべき問題を抱えている医療機関は、これらの要素の中から応用できる工夫が見出せるであろう。

⑤ 予約率は、どの程度以上で効果を発揮するか

ところで、予約システムを導入しても、予約率が低ければ期待する効果を得ることができない。反対に、予約率が高すぎると初診患者や急患の診療を加える余裕がなくなってしまう、初診や急患の患者の診療を行うと、予約患者が予約したにもかかわらず診療待ちを

しなければならぬ事態が生じる。診療科や患者層によっても理想的な予約率は異なるだろうが、予約が成功している医療機関の例を参考にすることができるであろう。

〈事例 57〉 診療所(小児科) 携帯電話、パソコンからの予約⁵⁴⁾

【携帯電話とインターネットによる予約システムを導入したところ、利用率は 80.7%となり、非常に便利 46%、便利 49.7%と高い支持を得られた。】

〈事例 58〉 診療所(小児科)ASP を利用した予約システム⁵³⁾

【平成 16 年 6 月予約システム導入直後より、予約率は 65%から 80~85%に上昇した。】

〈事例 59〉 診療所(眼科) キャンセル率を見込んだ予約・予約外患者枠の設定¹²⁾

【65%の予約率になると患者、診療所の双方にとって利点が活かせるようになった。全く非連絡キャンセルがなければ 100%の予約率が良いかもしれないが、5%程度の非連絡キャンセルは避けることができず、それをそのまま空き枠にしてしまうと、1 日 70 名の来院で 3、4 名の非連絡キャンセルとして、大きな減収につながる事が避けられない。そのため採算性を保持できる予約率の具体的な数値としては、85%の予約率を設定することができ、この場合患者 7 名に 1 名の予約外診療を行うと、比較的バランスが良い予約率が達成される

また、予約率を向上させるための工夫と予約率の変化を追ったところ、予約システムの導入に伴って最初は 30%程度の予約率を実現することができ、導入後半年経つと自然に 50%に上昇し、予約に対する院内のスタッフの情報の共有化と統一化によって 65%に向上し、運用の見直しで 85%と向上した。】

〈事例 59〉から明らかなことは、予約システムを導入するだけでは不完全であり、予約率を向上させてシステムを効率よく機能させることが重要だということである。他にも、複合的な予約方法を組み合わせることで 24 時間予約可能にすることで、90%以上の予約率を確保している診療所を〈事例 60〉で紹介する。

〈事例 60〉 診療所(家庭医) 予約外患者を午前と午後に分散³⁾

【本事例の診療所での待ち時間は 15 分以内であるが、患者が増えていくと予約枠の硬直化による急患対応の融通が効かなくなるという問題がある。そのため、予約の患者を午前と午後に分散させて 90%を予約患者で埋め、当日受診患者の順番取りを午前 8 時 30 分からと午後 15 時 30 分からの 2 回受け付として、1 日中平均した患者の混雑状況になるように工夫している。】

以上のように、採算性が高い予約率の目安は 80~85%であり、残りの 15~20%を当日予約外で受診する患者で埋める方法が理想的であると推定できる。予約外の患者の受診枠をどのように設定するかは、各医療機関の特性を踏まえて単位時間当たり何人入れるか決定したり、時間帯による患者数や患者層を加味して予約・予約外の患者の枠を調整したり

することが求められる。いずれにしても試行錯誤しながら、その医療機関に最適な予約・予約外患者の受診方法を確立していくことが重要である。

⑥ 予約システムの更なる工夫

予約システムを導入するだけでなく、それに付加価値を足して成功している例を以下で紹介する。

〈事例 61〉 病院(胃腸科) 希望医師の氏名予約が可能¹⁰⁾

【24 時間対応の電話予約制に加えて、希望医師の指名もできるという方法を採用している。】

この予約システムは特殊のように感じるが、医療機関に一度受診すると、担当医は固定するのが一般的である。そのため、複数の医師が勤務する医療機関においては、診療科だけでなく医師も指名して予約可能なシステムを整える必要がある。

〈事例 62〉 診療所(小児科) 携帯メールで予約受付・情報提供⁶³⁾

【携帯メールを利用した予約システムに付加的な患者サービスも提供している。携帯メールで病気の解説、診療時間の変更、感染症流行情報などの情報を配信している。患者負担は月に 100 円以下である。インフルエンザのワクチン入荷情報などの緊急情報を知らせる際、迅速に広報することができる。】

医療法において、医療機関の広報は、医療機関名、住所、連絡先、地図、診療日時、医師名、診療科名に限られている。しかしながら、インターネットを用いたホームページや、メールにおいては、より自由な情報提供が事実上可能となっている。そのため、予約システムにパソコンや携帯電話を利用できるようにした場合に、予約を受け付けるという患者から医療機関に対する一方向的な情報の流れに終わらずに、医療機関から患者に有用な情報を提供することができれば、医療機関と患者の双方にとってメリットは大きくなる。

2. 待ち時間を快適に過ごせることを目的とする対策

待ち時間を少しでも短縮することはできても、現行の医療制度や現代の社会では待ち時間を無くすことは不可能である。そうであるならば、どうしても出現してしまう待ち時間を少しでも不安を少なくし快適に過ごせるかという視点でも、工夫が強く求められる。

待ち時間を快適に過ごせることを目的とする対策を、1) 待ち時間の報知、2) 待合室の工夫、3) 待つ場所の自由化、4) 待ち時間の有効化に分類し、以下に順番に示しながら考察を加える。

患者からの苦情では、「待ち時間が長いのは仕方がないが、(それに対する)十分な説明が

無く、遅れる理由や見込みを説明すべき」という意見がある⁶⁴⁾。

これは、本節の対策の1)待ち時間の報知に関するニーズである。

小児科診療所でのニーズ調査では、スタッフに対して①「混雑時の待ち時間を知らせて欲しい」56.5%、②「症状の重い患者さんは順番を早めて欲しい」44.8%、次いで③「待ち時間を飽きせないように工夫する」という回答であった⁶⁵⁾。①と②は、対策の1)待ち時間の報知に関するニーズであり、③は、2)、3)、4)に関するニーズであると考えられる。

このように患者からは、待ち時間を快適に過ごせることを目的とする対策を望む声が多く挙がってきている。

1) 待ち状況の報知

待ち時間の報知方法を、①手書き・手作りの小型掲示、②大型ディスプレイによる掲示、③ポケットベルや呼び出しカードを用いたページングシステム、④PHSを用いた混雑状況確認・呼び出しシステム、⑤その他の呼び出しシステム、の5通りに分類することにした。以下で、順に事例を示す。

① 手書き・手作りの小型掲示

<事例 63> 診療所(小児科) 手書きの予約待ち順一覧表⁵¹⁾

【予約待ち順一覧表を受付カウンター上に置いて診察終了患者は赤線で消すようにし、視察の進行度合いが来院患者にもすぐ分かるようにしている。】

これは、事務職員の手間を必要とするが、ほとんど費用がかからず、IT化に抵抗がある人でも安心して親しみを持って利用することができる仕組みである。

② 大型ディスプレイによる掲示

<事例 64> 大学病院(採血室) 予測される受付番号を算出して掲示⁶⁶⁾

【大型ディスプレイを用意し、そこに大まかに算出して予測される受付番号を「〇番～〇番」と幅を持って報知するようにした。表示される待ち時間は、過去5分間の待ち時間を平均して算出し、1分おきに自動更新されるようになっている。午前中は徐々に待ち時間が延長し、午後は短縮していくことから、このような1日の患者の混雑傾向を反映させ、計算された待ち時間よりも午前中は長く、午後は短く表示するようにした。

このように採血の待ち時間を表示することにより、順番を待っている患者に気持ちの余裕を与えることができ、採血もスムーズに行えるようになった。】

<事例 64>は、厳密に一人ひとりの患者を番号で呼び出すシステムではない。採血室のように複数の採血スペースがあり、看護師や検査技師の手が空いた順に次に待つ患者を各々

のスペースに呼びいれ、かつ患者の回転が速い工程においては、厳密に一人ひとりに対応する呼び出し方法よりも、概して〇番～〇番という報知方法の方が融通が利きやすい。本事例は、採血室のような工程には適した方法と言える。

〈事例 65〉 病院(院内薬局) 市販データベースによる投薬番号システム⁶⁷⁾

【院内薬局の投薬番号注 7)表示システムを、市販データベース(FileMaker Pro)により作成した。本事例は大きな経費削減を生み出す画期的な方法として取り上げることができる。

投薬番号表示システムは、調剤機器メーカーやコンピュータシステム企業から提供されているが、壁面の大画面モニターを抜いても 400 万円～1,000 万円かかる。しかしながら、市販のデータベースソフトを使用すれば、数万円の費用で投薬表示システムよりも更に質の高い投薬表示を実現することができる。表示文字サイズを市販のシステムより大きくでき、薬や疾病に関するオリジナルな情報提供も可能となる。】

〈事例 65〉は、費用削減策として参考になる貴重な事例と言える。各医療機関で独自に工夫している方法を学会発表や論文、ホームページ上等で公開し、他の医療機関もその情報を共有化できるように、情報公開の場やネットワーク作りが求められよう。

〈事例 66〉 病院(内科再来) 受付番号ならびに受付時間表示の掲示⁶⁸⁾

【電光掲示板の受付番号の表示に加え、受付時間表示を実施したところ、患者調査によって「予測が付く」42%、「有効活用している」50%、「落ち着いて待てる」47%、「不安解消された」39%という結果が得られた。】

〈事例 66〉では、一般的に行われている受付番号(待ち順番)だけでなく、その受付番号の患者が何時ごろ受付をしたのかを報知している。この 2 つの情報を併せて提供することで、患者は自分が受付した時間と照らし合わせて、今どの程度の待ち時間が生じているのかを判断することができる。他の患者の情報を手がかりに自分が置かれている状況と、これからの見通しが立つということは、待ち時間が不透明で不安の中で拘束されるものから、見通しを立てて多少なりとも主体的に過ごせる時間へと変化する。このように待ち時間を短縮する対策ではないが、同じ長さの待ち時間であっても待つ患者の心理的負担を軽減することができる方法は、コストもかからず採用する意義が高い。

〈事例 67〉 診療所(小児) 待ち時間の掲示に付加情報提供⁶⁹⁾

【院内表示システム(リタイム:ビープラス社)を導入した。これは、待ち時間、地域で流行している感染症情報、予防接種情報、発熱時や下痢・嘔吐時の対応、診療所からのお知らせ等が、数十秒毎に文字情報として液晶ディスプレイに表示される仕組みである。このシステムは、パワーポイントで作成したスライドも利用できるため、簡便性と迅速性に優れている。システム導入 1 年後の調査では、約 9 割の患者において待ち時間のイライラ感が緩和されていた。利用している情報は、感染症情報が最も多く、次が待ち時間表示であった。】

③ ポケットベルや呼び出しカードを用いたページングシステム

待ち時間の見通しを持ってもらい、自身の診察や処置の順番が近付いたら呼び出してくれるシステムに(患者)ページングシステム^{注8)}という方法がある。以下では、ページングシステムを採用した医療機関の事例を紹介しながら分析する。

〈事例 68〉 IT システム企業 ページングシステムの概要⁷⁰⁾

【ページングシステムの導入によって、待ち時間の間、患者は PDA^{注9)}端末のディスプレイの内容を確認しながら、休憩室、食堂、図書室等への行ききができ、自由な時間を費やすことができるようになった。システムの携帯用機器のディスプレイの内容は、診察開始時間が近付くと変化し、患者に診察窓口へ行くように促すこともできる。また、診察が終わった時点で病院管理側が診察窓対の情報端末を操作し次の行き先を指定する。この時、ディスプレイの内容は、たとえば薬局等への表示に切り替わり、そこでの待ち時間の表示をする。この端末の回収はすべての診療行為が完了した時点で会計処理を行うのと同時に行う。

これら一連の処理は各箇所に配置された外来患者受付システムの情報端末の操作によって行われ、その情報は交換機で処理され、各所に配置された PHS 基地局を介し PDA 端末のディスプレイに表示される仕組みになっている。

この端末は目の不自由な患者が使用することを考慮し、音声ガイダンスによる案内や、バイブレーション機能を使用しての通知等の配慮が必要となる。一方で音声ガイダンスを使用しての案内は、周囲の人間に迷惑をかけないような配慮が必要となる。

さらにこのシステム導入に当たっては、以下のような問題を解決する必要がある。①外来患者受付システムと交換機の密なる連携、②外来患者受付システムを中心とする各種端末(たとえば専用 PDA 端末、受付端末)の準備、③多くの患者が使用するため衛生面での管理・手順の明確化、④専用端末を使用するためのコストの上昇。したがって、その運用管理の問題(たとえば、デポジット制、屋外へ持ち出したときの警報装置等の内臓)、⑤子どもから老人まで使用することを考慮し、操作方法を簡素化し、分かりやすくする必要性。

これらの問題点を考えると、このシステムの導入には大型の予算が必要になる。④の屋外に持ち出した場合に警報がなる設定であると、医療機関周辺に買い物や散歩に出ることが許容されなくなり、患者の待ち時間を自由化できるシステムの長所を相殺してしまう可能性が生じる。】

事例 67 は、1977 年に報告されたものであり、ページングシステムはその後、上記の内容を実現して、現在では多数の医療機関で利用されるようになってきている^{71,72)}。次に、大学病院でページングシステムを導入し、その効果や課題を検証した事例を見てみることにする。

〈事例 69〉 大学病院(全診療科) 大学病院でのページングシステムの検討⁷³⁾

【従来から、患者からのクレームの中で診察待ち時間に関する内容が多く挙げられていた。その改善に関する要望は外来患者サービスの満足度調査でも強く表れていて、「長い待ち時間」と「いつ診察に呼ばれるかわからないことによる待合室への拘束」は患者に不安を感じさせ、満足度や利便性を下げる一要因となっていた⁷⁴⁻⁷⁷⁾。

東京大学医学部付属病院において、外来診療の原則予約制及びページング(呼び出しカード)システムを導入した。このシステムは、費用、カードの管理の手間といった問題はあるものの、①患者が待合室に拘束されず、待ち時間を有効に活用できる⁷⁸⁾、②患者が自分の呼び出しを認識しやすい、③呼出音により、④診察開始時刻が予測でき、⑤診察への心身の準備ができる、⑥中待合^{注 10)}に数人の患者を待たせることで診察の流れが円滑になる、など他の患者呼び出しシステムに比して利点がある。

さらに大学病院外来では①診療科毎の診察室数が多いため、電光掲示板方式の呼び出しでは診察室数と同じだけ番号を出さなくてはならず患者が見分け難い、②併科受診(1日2科以上を受診)の患者が院内を移動することが多いため、他の呼出方法では気付かず診察が遅れやすいといった問題が予想された。

病院職員に対する調査では、「便利」「まあまあ便利」の占める割合が医師 79.1%、看護師 66.7%、事務職員 52.6%であった。事務職員の利便感が低い原因は、同システム導入前には呼び出し業務にほとんど関わってこなかったのに対して、同システム導入後には、患者への呼び出しカードの使用方法的説明、質問への対応、各フロアで返却されるカードの管理等の事務職員の業務量が増加したことによる。

一方、患者の 97.9%が本システムを便利であると認識していた。患者の年齢を 40 歳未満、40 歳以上 70 歳未満、70 歳以上の 3 群に分けて調べたところ、40 歳未満で有意にシステムが不便・問題と感じていた。問題と感じている理由は、「周囲の音で何度もカードを確認しなければならない」「いつ呼ばれるか分からず不安」「音がうるさい・大きい」等の回答が多く挙げられた。70 歳以上では、「呼出音や光の点滅による呼び出しが分かり難い」が多いものの、逆に「音がわからなくても光が分かり易い」「カードがなるので診察への心の準備ができる」という理由を挙げたものが若年層の2倍に達した。

システムの利点に関する質問では、「安心して待合室を離れられる」が 65%、「呼び出し放送を聞き逃す心配がない」53.5%であった。一方で、「いつ呼ばれるか不安」「呼出カードが重く、滑って落としやすい」「カードが鳴ってから医師に呼ばれるまでが長すぎる」「残り待ち時間や人数が分からない」が多く挙げられた。

患者自身が希望する呼び出しカード鳴動のタイミングは、「前の人の診察中」が最も高かった。また、診察開始までの残り待ち時間や待っている患者の人数を液晶画面に表示できる機能を付加することも患者の利便性、満足度の向上に有効であろう^{77,79)}。

調査日の平均診察待ち時間は平均±標準偏差が 12.91 分±20.26 で、全体の 61.5%が呼出音鳴動後 10 分未満で診察が開始されていたが、40 分以上中待合で待たされた患者も 8.4%いた。

「16分以上待たされた」群の利便間は優位に低かった。

呼出カードの形態としては、腕時計型、リストバンド型、ペンダント型等の小型化・携帯性を高める工夫が必要であろう。】

〈事例 69〉のようにページングシステムは、医療機関によって設定を工夫することで使い勝手の良さを追求することが可能である。本事例では、カード型の器械を利用しているが、他の形態も考え得る。システム導入時及びメンテナンスに高額な費用がかかる点が大きな問題であるが、導入する場合には柔軟な利用方法が可能となる点で得られる効果やメリットが多きい。

② PHS を用いた混雑状況確認・呼び出しシステム(非ページングシステム)

〈事例 70〉 病院(院内薬局) PHS を用いた混雑状況確認・呼び出しシステム⁸⁰⁾

【待ち時間を快適に過ごしてもらう方法としては、ポケットベルや呼び出しカードを利用したページングシステムが普及しつつある。しかし、この方法の欠点は、コストがかかる点と、情報が一方向という点である。そこで、希望があった患者にのみ PHS を渡し、車の中か診療所周辺で待ってもらうことにした。この方法の最大のメリットは、双方向性ということである。また、PHS のトランシーバ機能を用いることで通信費はかからなくて済む。PHS は、携帯電話と異なり出力が小さく、人体及び医療機器に及ぼす影響はないとされている。】

〈事例 70〉は、ページングシステムを利用するには費用負担が難しく、ページングシステムに代わる方法を検討している医療機関にとってたいへん参考になる。既に一般的に普及しているシステムや道具を工夫して用いることで、低コストでその医療機関に適した方法は、未だ他にも考えられるのではなかろうか。少なくとも初めから高コストの方法を導入せずに、低コストの方法から順番に検討したり試したりしていくという方針は、失敗も少なく薦められよう。

③ その他の呼び出しシステム

〈事例 71〉 診療所(産婦人科) 電子カルテと連動するリライト式診察券⁴⁰⁾

【電子カルテと連動する専用の診察券の発行により、受付と待ち状況の報知を円滑にする方法がある。診察券の表側には診療所の連絡先が記載されているが、裏側には患者の ID 番号、名前をカードリーダー兼プリンタにて永久印字する。来院ごとの受付番号はリライト方式によりライターで診察券に印字できる。そのため来院時ごとに、印字された受付番号によって、各々の患者は自身の待ち状況を確認することが可能になる。

この方法では、患者の診察管理において名前を呼ばずに番号で行えることから、他の患者の前で名前を呼ばれることによるプライバシーの侵害を防ぐことができる。同時に同姓など患者の取り違いによる医療事故を予防する効果も発し、医療安全面の観点からも利点は大きい。

診察が終われば、次回の予約日・予約時間をライターにて印字して渡すことができるため、次回
はいつ来院したらいいのかを心配することなく安心して帰宅できる。】

本システムは、電子カルテを導入している医療機関においては、単独で本システムを導入
するよりも大きなメリットを獲得できる方法である。本事例のように、複数のシステムを
どのように複合的に機能させ、単独のシステム導入よりも大きな効果を得るかという視点
が、医療機関のシステム構想には重要である。

〈事例 72〉 診療所(小児科) 診察中患者の予約時間を報知⁵¹⁾。

【診療患者の予約時間を「予約時間 9:30 分の患者様、中待合^{注6)}にお入りください。」というよ
うに、5分ごとに待合室にアナウンスし、空枠を 1 時間当たり 2 名、かつ診療の遅れを吸収できるよ
うに 1 時間あたり 10 名の予約にしている。つまり、1 人当たり 6 分の診療時間と考えられるが、実
際にはアナウンスは平均 5 分ごととし、毎時 5 分と 35 分には患者を入れないように余裕を持たせ
ることにより、1 時間当たり 8 名の診察となる。】

これは、1 時間当たりの診療患者数を固定して、多少のズレが生じても、ほぼ一定したペ
ースで患者を呼び出すシステムである。

〈事例 73〉 病院・診療所(小児科・ワークショップ) 待ち時間クレーム対応策³³⁾

【複数の病院・診療所における待ち時間対策の事例を概観したところ、待ち時間のクレーム対応
として、①クレームを予防するためにボードや掲示板を使って待ち時間状況を知らせたり、②看護
師が待合室で様子を観察したりする等の例が見られた。

自分よりも後に来た患者が先に診察されることに対するクレームには、待合室に呼び込む時点
で一声掛けるなどの例があった。】

〈事例 73〉は、従来から多くの医療機関で採用されている方法ではあるが、前述してきた
様々な高機能の待ち時間システムと併用することで、システムでは補えない柔軟な対応が
可能になる。大切な点は、システムによるハード面の整備と、職員によるきめ細かなソフ
ト面での対応の両面が機能することが不可欠であるということである。少なくともハード
面が整えば全面的に待ち時間の問題は解決するという考え方では、かえって人間味のない
部分が患者に伝わりやすく、一部で反感を招く恐れもある。システムと職員による気配り
の両面が機能することによって、患者サービスに真剣に取り組んでいるという患者へのメ
ッセージ性も高まるであろう。

待ち状況を患者に報知する方法は、本節で見てきたように一般的には医療機関内および
医療機関周辺で行われる。しかし、下記に示すように、受付や予約を未だ行っていない患
者が、医療機関外から待ち状況を確認できる工夫をしている医療機関もある。

〈事例 74〉 病院(全診療科) 医療機関外からポータルサイトによる待ち状況確認⁸¹⁾

【待合室の状況をポータルサイトでリアルタイムに発信する方法を採っている。この方法を評価するために、ポータルサイトアクセス件数や病院が把握している来院患者の動向調査データ(時間別外来別来院数、アンケート調査)等の時系列情報を関連付けて分析し、患者の来院状況を考察した。

この方法は、予約システムを導入していない同院において、患者が「待ち時間はどの程度なのか」、「何時ごろには帰れるのか」に関して、自分なりの検討を付けて来院することができ、待ち時間に対する不満を軽減する目的で導入された。この方法に関しては、アクセス件数は徐々に増え、反響が認められたとの報告がなされている。】

〈事例 74〉は、未だ予約していない患者や来院していない患者に対して情報を発信している点で目新しい。今まで示した事例の全てにおいて、待ち時間対策の対象は予約患者や既来院患者である。しかし、これから来院しようとしている患者にもその状況を提供することができれば、待ち時間が短い時間帯に受診してもらうことが可能になり、医療機関にとっても、これから来院する予定の患者にとっても、既に予約したり来院したりしている患者にとっても便利で好都合である。予約患者や既来院患者向けの待ち時間状況報知システムを導入している医療機関であれば、その情報に多少手を加えるだけで、もしくはシステム上でデータを変容するようにプログラミングするだけで、未だ受診していない潜在的患者にも情報提供が可能になる。

この方法は、新たに多額の費用を捻出せずに、既に導入しているシステムへの医療機関外からのアクセスを許可するだけで成立する点で、多くの医療機関において利用し易く利用効果が期待できる方法と言えよう。

2) 待合室の工夫

どの程度の待ち時間を心積もりしたらよいのかについては、前項の待ち状況の報知で対策を示した。ところで、その方法で待ち時間の目途がついた後に、どのように待ち時間を過ごしたらよいかについては、改めて対策を打ち出す必要がある。待ち時間を待合室で過ごす患者はきわめて多く、待合室で待つ場合に少しでも快適に過ごせるような工夫が待合室には求められる。

〈事例 75〉〈事例 42〉 病院(全診療科) 待ち時間の過ごし方調査⁵⁾

【待ち時間を患者がどのように過ごしているかを患者 170 名に対して調べた調査結果がある。

その調査によると、本・雑誌・新聞を読む(42 例)、何もせずに待つ(31 例)、テレビを見る(21 例)が多く、ついで雑談(4 例)、子どもと遊ぶ(3 例)、トイレ(2 例)、居眠り(2 例)、散歩(1 例)、買い物(1 例)、ゲーム(1 例)、音楽を聴く(1 例)病院便りを読む(1 例)、記載なし(101 例)であった。】

規模の小さな診療所であれば独立した待合室が用意されている場合も少なくないが、規模が大きな病院になる程、廊下にイスを並べて待合室機能を持たせる例(外待合^{注10)})が多い。

また、診察室からやや距離がある広めの廊下で待っている患者に、診察順番が近づいたら診察室付近の廊下(中待合)に移動してもらう形態の医療機関も多い。

このように外待合であっても中待合であっても、待合室では他の患者に気兼ねしながら待たなければならない状況が、以下のように皮肉交じりに紹介されている。

<事例 76> 評論 病院は異文化圏⁸²⁾

【病院は日本の中の外国、異文化体験と心得よ。待機場所はロビーの片隅、廊下の壁沿いなど公共スペースなので、通行の邪魔にならぬよう身を縮め、お互いに目をそらし知らぬふりをするといったマナー、気遣いも求められる。時には診察室のカーテンの向こうから、かなりプライベートな会話が筒抜けに聞こえてくることも稀ではないので、気分にはゆとりさえあれば暇つぶしには事欠かない。】

このような不快な状況を、待合室に工夫を加えることによって改善するための工夫には、どのような方法があるだろうか。

<事例 77> 大学病院(検査部) 余裕がある待合室スペースの確保²³⁾

【待合室の快適化としては、患者待ちスペースを確保し、余裕を持って待ってもらおう。】

待合室を広く設定するという方法であるが、本来それが実現できるようであれば既にある程度の待ちスペースを確保しているであろうし、元々広い待ちスペースが確保できないのであれば、将来的にも待ちスペースを広げることには無理があるという医療機関がほとんどであろう。そのように考えると、待合室の快適化の具体的方法として、待ちスペースを広く確保するという提案は現実味を有していない。それでは、限られたスペースの中で他に採用できる対策はあるだろうか。

<事例 78> 医療・病院管理(シンポジウム)中待合の防音壁による診察室のプライバシーの確保⁶⁰⁾

【中待合の壁を防音にして、診察室の声や音が中待合に漏れないようにし、診察中の患者も中待合で待つ患者も共に快適に、プライバシーが守られる形で過ごせれば、待合室での快適な過ごし方につながる。】

これは、<事例 76>で示されている診察室の会話が中待合に漏れる現象を防ぐ対策である。そもそも十分な待合スペースが確保できないと、プライバシーは守られ難くなる。そのため待合スペースが狭くて診察室と接近している程、プライバシーを守る対策はより厳重に行われなければならない。

カーテンしか閉まらず、壁の上部が開いている診察室から、診察のやり取りが全て中待合に漏れている医療機関も未だに少なくない。しかしながら、待ち時間を快適に過ごす対策の視点からも、患者のプライバシーや個人情報保護の視点からも、中待合の壁の防音化、ドアが閉まる診察室、しっかりと壁面で覆われる診察室を設置できるように医療機関経営者は努力しなければならないであろう。

中待合の患者から診察室の患者を守ることは、その後に中待合から診察室に入室する患

者を守ることになる。したがって、自分が診察室に入室した時には、自分が中待合で過ごしているのと同じように、中待合で待つ他の患者に自分の情報が筒抜けになるという恐怖を抱きながら中待合で待たされる恐怖から、一日でも早く患者を救済することが医療機関の使命とも言える。

〈事例 79〉 病院・診療所(小児科・ワークショップ) 待合室への絵本の設置⁸³⁾

【小児科の待合室の工夫に関して、待合室の絵本の選定や絵本を通した育児方法の伝達、子どもとのかかわり方の提案等について、日本外来小児科学会では、毎年総会においてワークショップを開いて意見交換を行っている。子どもが飽きずに快適に待ち時間を過ごす目的を超えて、保護者の子どもへのかかわり方に関する悩み等も引き出す機会になっている点で、注目に値する。】

小児科に限らず待合室に本を設置してある医療機関は極めて多い。ただし、小児科において絵本や本を設置することは、成人の診療科と異なる以下の意味を持つ。①絵本や本を読んだり読み聞かせをしてもらったりすることで、子どもの発達を多面的に促すことができ、心身両面で好ましい刺激を作り出すことが可能になる。②保護者が子どもに読み聞かせをすることで子どもが安心し、落ち着いて診療を受ける準備ができる。③疾病や治療に関する本に触れると、子どもながらに治療を受ける患者を客観視することができ、ある程度納得して治療に臨むことも可能になる。④こどもは長時間待つことができない特性を有するが、本に触れている間は時間を意識せずすむため、多少長い待ち時間も待つことができる。

これら4点のメリットのうち、②～④を成人に応用することも可能であろう。②成人であっても、読書をする事で精神の安静を促すことは可能であろう。③疾病・治療に関する本が設置されれば、自身の診療にプラスになる情報を得ることができ、望ましい自己管理につながる可能性もある。④成人であっても読書をする事で長い待ち時間を意識することなく待つ苦痛が軽減する。

これら②～④の目的で、患者用図書室を設置する医療機関も現れてきている。

〈事例 80〉 病院・診療所(小児科・ワークショップ) 小児科での絵本・おもちゃの設置⁸⁴⁾

【待合室へ絵本やおもちゃの設置方法や、効果を検討する。】

小児科においては、絵本や本の設置だけでなく、おもちゃを設置している医療機関が多い。成人患者に対しては、おもちゃに代わるものはないか検討する余地が残されている。週に1～3回程度、1回につき4時間程度の時間を要する腎臓透析の医療機関では、DVDライブラリがあり、透析中にそれを視聴することができるところもある。このように、患者一人ひとりが自身の趣味や嗜好に合わせて待ち時間を過ごすことが可能になれば、待ち時間を快適に過ごすことが多少なりとも実現する。

〈事例 81〉 診療所(小児科) 待合室の壁面装飾⁸⁵⁾

【巨大絵本のイメージで、待合室の2×4mの壁面装飾を作成した。子どもは待ち時間に装飾で楽しむことができ、壁面装飾を話題にしながら保護者と子どものコミュニケーションが促進される効果が見られた。】

これは、幼稚園や保育園の壁に掲示される季節ごとの装飾や、あるストーリー性がある装飾と同様のものである。このような壁面装飾を作成する時間を看護師や事務職員が作り出すことに、大変さが伴うと考えられる。しかし、勤務時間の中で製作時間を作ることができ、なおかつ製作活動が職員のやりがいにつながるのであれば、職員と患者の双方にとってメリットが生じるであろう。

後述するが、小児科において保育士を勤務させる医療機関においては、このような壁面小職を保育士に中心となって製作してもらうという方法も考えられよう。

3) 待つ場所の自由化

前項までは、待ち時間を待合室で過ごす設定で待ち時間対策の紹介と検討が行われている。本項では、待ち時間を待合室で過ごすのではなく、より自由に過ごしてもらう工夫を取り上げる。待つ場所を自由化することで、待ち時間の苦痛を軽減させる効果を狙った方法である。

〈事例 82〉 診療所(小児科) 診察予定時間を明記した受付番号表の配布⁵¹⁾

【診察予定時間も明記した受付番号表を作成し、待ち時間が長い患者は一次帰宅してもらい、診察予定時間に再来院してもらう。】

〈事例 82〉は、従来から診療所において地域の患者に対してよく利用されている方法である。この方法のメリットとしては、コストがほとんどかからないという点を挙げることができる。

しかし、この方法は、近所や自家用車で来院した患者には向いているが、バスやタクシーで来院した患者はそのまま待合室に留まることになり、根本的な解決にはならない。

また、体調が優れない患者本人が2度も医療機関と自宅を往復しなければならないことは大きな負担になり、患者を看護する家族が往復する場合にも不便である。患者が子どもの場合には、自宅に子どもを放置することができないため、体調の悪い子どもを連れて2度の往復をすることになり、体調悪化や子どもと保護者の精神的負担も大きい。より患者の負担を軽減させる対策が採られることが望ましい。

〈事例 83〉 病院(全診療科) 病院内に地域交流館を設置⁵⁾

【駐車場を含む病院敷地内で利用可能な外来患者用のページングシステムとして携帯ベルを導入し、さらにそのシステムを有効にするために待つ場所の選択肢を増やす目的で、病院の1フ

ロアを地域交流館として展開した。地域交流館とは、レストラン、健康生活相談コーナー、図書館、ホールが入っていて、外来患者、入院患者、近隣の住民等に解放しているスペースである。さらに今後の展開として、健康関連図書・DVD、インターネット、購買、担当者への相談、展示物の閲覧、食事等の選択肢も広げていく予定である。】

〈事例 83〉は、地域の健康・医療の様々な活動の拠点ともなる活気的な試みである。患者だけでなく、地域住民も利用できる場となることは、従来の医療機関の発想を超えていて、大きな広がり可能性を有している。

〈事例 84〉 診療所(小児科) PHS のトランシーバ機能を利用し車で待機⁹⁾

【13 台の PHS を準備して、1 台を発信用、12 台を貸し出し用として用い、端末間でトランシーバ機能を用いて、車で来院した患者の中から希望する患者には、貸し出し PHS を持ちながら車で待ってもらうことにした。

待ち時間は、最も混雑する 11～12 時の受付で 30～45 分待ち、同時間帯で 45～60 分待ち、9～10 時受付で 45～60 分待ちであった。

PHS を持って車で待つ理由は、「他の病気をうつされたくない」51%、「病気をうつしたくない」29%、「車の方が落ち着く」8%、「その他」12%であった。一方、このサービスについて困った点があった患者は 15%で、「うまく呼び出されるか不安」22%、「順番が守られるか」41%、「院内の状況が分からず不安」22%、「その他」22%であった。】

〈事例 84〉は〈事例 70〉と同一の方法を利用しているが、待ち時間を自由化できるという点でもこの方法は注目できる。

4) 待ち時間の有効化

待ち時間をより積極的に利用するという考え方で、待ち時間を有効化している事例を、①問診、②看護、③患者教育に分類し、下記に示す。

① 問診

医師の診察前にあらかじめ問診^{注11)}を行うことで、医師の診察が円滑に進む手助けとなる。その問診を待ち時間を活用して行っている事例が複数見られる。問診は、看護師や事務職員といった人による問診と、下記に紹介する自動問診システムを用いた患者本人による入力の方法に分けられる。一般的には、人によって聞き取りながら患者本人ないしは職員が問診票に記入する問診が多い。

a. 人による問診

〈事例 85〉 病院(外科、外来化学療法) 点滴前に患者からの情報収集⁸⁶⁾

【病院外科の外来化学療法では、点滴前の検査と、その検査結果を踏まえた輸液の調剤に時間がかかるため、長い待ち時間を患者からの情報収集時間として活用する提案がある。】

〈事例 50〉は、待ち時間を利用して、人による問診を行うことで待ち時間を有効化し、目的を持って行動することにより患者の主観的な待ち時間を短縮させ、一方で医療機関側も患者から有効な情報を収集することが可能になった例である。

〈事例 86〉 病院(全診療科) 問診票の改善による問診票記入時間の短縮⁸⁷⁾

【受付時にかかる時間の分析により、患者が問診票に記入する時に手間がかかっていることが判明し、問診票を改善することで受付時間が 12～52 秒短縮した。】

これは、待ち時間の有効化としての問診を見直し、問診自体の記入時間を短縮させようとする試みである。待ち時間を有効化できるからといって、非効率な問診票の記入を患者に強いるのは避けなければならない。そこで、問診票の改善を行い、記入しやすい工夫をすることで、問診票記入時間を短縮することができることが本事例から理解できる。

〈事例 87〉 診療所(小児科) 待ち時間に予診⁸⁸⁾

【待ち時間に予診^{注 1)}を行うことで、待ち時間の有効化を図った。予診内容は、「最も困っていること(主訴)」、「その他の相談」、「他科との併診の有無」等を記入してもらった質問票と、各症状に関する詳細な問診票への記入である。この結果、待ち時間に予診という課題を与えられるために、患者の医師・職員への満足度がやや低下したが、診察前に訴えを文章化することで、医師への相談内容が明瞭になり、漏れのない相談が行え、自覚症状の改善・不安の軽減に寄与した。】

〈事例 87〉では、問診の方法によっては、医療機関側にとっては待ち時間を有効化できるが、患者にとっては有効化できたとは認識できず、患者の満足度が低下することもあるということが分かる。待ち時間対策として待ち時間に問診を行う場合には、患者も待ち時間を長く感じず、問診が有効であることを認識できるような導入が求められる。待ち時間の問診票記入が苦痛に感じられると、待ち時間はより長く苦痛に感じることも考えられる。したがって、本事例のように小児科で調子の悪い子どもをあやしながら問診票に記入しなければならないような状況では、問診票記入に注意や配慮を要する。問診票記入時には、看護師や事務職員が子どもを預かったり、もしくは看護師や事務職員が聞き取って記入する等、調子の悪い子どもを抱える保護者の負担を軽減させる方向でのサポートが求められよう。

b. 自動問診システム

〈事例 88〉 診療所(産婦人科) タッチパネルにより患者が問診票に入力⁴⁰⁾

【人による問診ではなく、自動予備問診システムを導入している。初診の患者に受付後、診察券

カードを作成し、患者操作のタッチパネルによる自動予備問診を行う。従来の問診票と違って、来院理由などを詳しく聞くことができるという長所がある。さらに問診内容は、診察室の電子カルテに送信されるため、内容が他の人に見られずに個人情報の保護に大きく貢献する。とくに産婦人科のような臨床領域では、あまり人に知られたくない内容を含んでいることが多いため、プライバシー保護の面からも患者から歓迎されやすい。】

このシステムの長所は他にもあり、初診患者の問診内容を診察前に診察室の電子カルテ上で確認することが可能なため、診察前に検査や血圧測定などの指示が可能となり、待ち時間の有効利用ができる。

② 看護

〈事例 89〉 病院(小児科) 待ち時間を用いた患者トリアージ・システム⁸⁹⁾

【成育医療センターでは、小児救急看護認定看護師の資格を有する看護師がトリアージ^{注 12)}専任ナースとして機能している。】

医療機関においては、「長い時間待たせた」「重症なのに早く診てもらえなかった」など、患者や家族とのトラブルに至る場合が少なくない。その都度、クレームを受けた職員には精神的ストレスが重なる。このような問題を解決する方法として、トリアージ・システムは有効である。つまり、待ち時間に患者を観察することにより、他の患者に比して緊急性の高い患者を見分け、科学的根拠によって診察順位を決定することで、患者に対する客観的説明が可能になる。また、待ち時間に患者トリアージを行うことによって、待ち時間が有効化し、トリアージを行いながら職員が患者や家族に声掛けをすることで、職員から注意を払ってもらえることに対する患者の満足感も生まれやすい。

〈事例 90〉 診療所(小児科) 待合室の看護による心理外来への連携並びに患者トリアージ⁹⁰⁾

【待合室で小児の咳を観察し百日咳を疑い隔離したり、症状に疑問を持った場合には、約 30 分間観察室で看護師が観察したりするシステムを採用している。この方法によって、静かな部屋でゆっくり看護師と話すことで、患児の精神的な健康度が低くなっている場合に、心理外来や母親の安心へとつなげた成功例もある。患児の母親の不安や心配事が解消できることで、看護師の仕事のやりがいと喜びに結びつく。

看護師による待合室での観察から、患者トリアージ効果を発揮することも可能である。つまり、看護師が待合室の患者を観察することで、予約順と受付順を変更して割り込ませ、他の患者よりも先に診察すべき患者を見極めることが可能になる。たとえば待ち時間の問診時に、看護師が脱水症状の兆候である大泉門膨隆^{注 13)}を認め診察を早めるという場合もある。】

〈事例 90〉では、待合室で看護を行うことで、既に有効な診断や治療を開始することができる。待合室で看護を行うと、待合室さえも診療の場に変えることができる。したがって、既に診察前の待合室ではなく、待合室が診察室にもなると捉えることもできる。本

事例は待ち時間の有効化ではあるが、本事例の解釈の仕方によっては、待ち時間や待合室の意味合いが変化することによって、待ち時間が短縮ないしは無くなり、受付直後から医療サービスを受けられるとも考えられる。

<事例 91> 病院(小児科) 事務職員をフロア・マネジャーとして配置⁹¹⁾

【事務職員によるフロア・マネジャーを採用した。フロア・マネジャーの業務は、診療システムや院内の案内、待ち時間把握、検査結果等の運搬、隔離室や点滴観察室への案内と様子の観察、環境整備や安全面での細かい配慮である。

このフロア・マネジャーの配置により、一般診察前の問診業務を行っていた心理士に余裕が生じ、心理士はさらに業務の守備範囲を広げ、外来フロア全体に目を配りながら、親子関係や発達障害の程度を早期に把握することができるようになった。また、フロア・マネジャーと心理士がカウンセリングマインド(傾聴と共感)で患者に接することにより、待合室が診察待合でなく、安心と満足を与える場となった。】

小児科の診療では他の診療科にも増して、診察室内の医師や看護師だけでなく、医療機関全体の外来機能が適切に働くように配慮することが求められる。なぜならば、患者は子どもであり、自身で医療の専門家に対して自身が抱える問題を適切に訴えることが難しいため、診察室の内外で様々な職員は患者が抱える問題に気付く必要性を求められている。さらに、子どもの心身の健康には親子関係等が強く影響していることも少なくないため、診察室に入る前の待合室での親子の観察は、子どもが抱える健康問題の背景を探り、健康問題の解決のためにどのような指導を保護者に行っていっていったらよいのかを知るための、重要な情報収集の場と時間として捉えることができる。

加えて、小児の場合には症状の悪化が急激に進むことが多く、症状の悪化が生命の危機に結びつきやすいため、医療機関全体の外来機能が適切に働くことが強く求められている。

このような小児科外来の特徴を鑑みると、フロア・マネジャーによる待合室での観察、環境整備や安全面での細かい配慮は、きわめて重要である。また、<事例 90>では看護師が待合室で活躍しているが、<事例 91>のように、事務職員であっても待合室の患者を観察して他の職種によるサービスに結び付けていける部分があることが分かる。

<事例 92> 診療所(小児科) 待合室での看護²²⁾

【待合室で看護師が観察することにより、診療状況、感染防御、緊急性を各スタッフに知らせたり、次の段階で行って欲しいことを確実に伝えたりすることにより円滑な診療の流れを作ることができ、結果として待ち時間の短縮につながる効果もある。

また、医師が診察室で要点を説明した後で、待合室で看護師が再度具体的にパンフレットを用いながら時間をかけて訴えを聞き、説明・指導を行うことで、診察中に気付かなかった不安や反応を引き出せ、保護者の心配を取り除く効果も生まれる。】

〈事例 90〉〈事例 91〉は、診察前に看護師や事務職員が患者に対して何が出来るかという例であるが、〈事例 92〉からは、待合室において診察前にも看護師の役割があるだけでなく、診察後にも患者の不安を解消させることが可能であることが分かる。

人件費と患者サービスの効果の関係を検討しなければならないが、〈事例 90〉から〈事例 92〉までを分析すると、待合室に看護師やトレーニングされた事務職員を配置することにより、待ち時間の短縮、待ち時間の有効化、医療の質の向上、患者満足度向上等、重層的な効果が期待でき、それらの効果もコスト換算すると待合室での看護サービスを導入する価値は高いのではなかろうか。

〈事例 93〉 病院・診療所(小児科・ワークショップ) 予防接種前後の看護⁹²⁾

【予防接種前に、事務から保護者に予防接種に関するパンフレットを渡したり、予防接種は予約制なので前もってカルテをチェックしたりして、今回受ける予防接種と次回受ける予防接種のスケジュールを立てておき、スムーズに患者に説明する体制を整えている。予防接種後も 10 分後と 30 分後に副反応が出ていないかを観察するが、この時間を単に反応待ち時間とせず、保護者が分からない点を看護師が説明する時間に充てている。】

〈事例 93〉は、小児科における予防接種時の保護者の不安を軽減させる目的でも、待ち時間の有効活用がなされている事例である。予防接種では、接種前の待ち時間だけでなく、接種後の観察時間も待合室で待たなければならない、その時間を苦痛に感じさせずに、不安を軽減させるべく有効活用することができる。

〈事例 89〉から〈事例 93〉まで、いずれも小児科の例であることから、小児科においては看護がきわめて重要であることと、診察前後の観察の必要性が高いこと、待ち時間対策に力が入れていること、看護によって待ち時間を有効化できることが理解でき、他の小児医療機関や、他の診療科においても応用できる要素を抽出することができるであろう。

〈事例 94〉 病院(外科胃内視鏡検査)検査待ち時間におけるクリニカルパス導入⁹³⁾。

【胃内視鏡検査を受ける患者の中には、検査行為と検査結果に不安を抱く患者が多いため、検査の待ち時間にクリニカルパス^{注 14)}を導入し、患者の不安の軽減のための声かけをして待ち時間を有効化した。】

クリニカルパスにより、検査の結果に従いどのような経緯をたどり、どのような治療が始まるのか、どの程度の期間どのように治療していくのかという見通しが立ち、患者の不安を軽減させることが可能になる。このクリニカルパスを待ち時間に導入することにより、待ち時間の有効化につながる。今後の見通しが立たずに検査を受ける患者の心理は不安でいっぱいになり、待ち時間が長くて辛いものになりやすい。しかし、クリニカルパスによって見通しが立つと待ち時間が有効な時間に変化するだけでなく今後の治療に関しても前向きな姿勢になることができる。

ある一定の見通しが立つ検査、処置等では、待ち時間にクリニカルパスを導入する方法

は有効と考えられる。

③ 患者教育

待ち時間の有効化の方法の一つに、患者に情報を与え、学習してもらい、正しい知識を習得して適切な自己決定や自己管理に結びつけてもらう患者教育を位置づけることができる。

<事例 95> 診療所(歯科) 待合室ディスプレイで野情報提供⁹⁴⁾

【歯科診療所の待合室にディスプレイを置き、患者に対して受療の基本的マナー、歯に関して必要な知識や情報の提供、保険適用にならない自由診療の価格紹介による患者の安心感の創出を実現している。】

医療法によって、医療機関がきわめて限定された情報以外の広告を行うことは禁止されているが、院内であれば、ある程度の広告も含めた情報提供が可能であり、<事例 95>は、情報提供と広告の一举両得の効果を狙った例と言えよう。

ただし、複数回受診する患者にとっては、いつも同じ情報提供であると新鮮さに欠け、待ち時間の有効化の意味が薄くなるため、定期的に新しい情報への更新が求められる。

本事例と同様の例は、下記のように小児科でも見られる。

<事例 96> 病院(小児科) 待合室ディスプレイでの Q&A 方式スライド放映^{95,96)}

【待ち時間に、Power Point で作成した 20 枚のスライドを 1 枚当たり 20 秒間隔で放映し、抗生物質の適性使用に関する Q&A 方式の患者教育を行っている。この試みでは、「Q&A が待ち時間のストレス解消に役立ったか」という質問に対して、「とても役に立つ」40%、「まずまず役に立つ」57%、全然役に立たない 3%という結果が得られ、待ち時間のスライド放映による患者教育による待ち時間のストレス解消効果があることが報告されている。】

<事例 96>は、<事例 95>と異なり Q&A 方式である点で、患者の関心を惹き付けやすい。しかし、内容が抗生物質に限られてしまうため、やはり定期的な内容更新が必要となろう。

<事例 97> 病院(消化器内科) パンフレット設置とビデオ放映による患者教育⁹⁷⁾

【消化器内科において、待ち時間を有効活用する目的での、疾患や検査に関するビデオ放映やパンフレットの設置を行い患者の評価を得た。その結果、パンフレットに対しては 25.5%、ビデオ内容に対しては 36.7%、ビデオ鑑賞に対しては 42.8%が、「良い、まあ良い」と回答した。

しかし、1 台のテレビの放映では離れた席の患者には待ち時間の解消にはならなかったとの意見が寄せられた。】

パンフレットよりもビデオ放映の方が、理解が深まりやすく、自動的に情報を得やすいこともあり、概ね好評であることが分かる。

広い待合室に①台のディスプレイでは、多くの患者に対する情報提供が不可能なため、

ディスプレイを用いた待ち時間の活用では、待合室の規模に応じたディスプレイの大きさと台数ならびにそれに要する費用を検討する必要がある。

〈事例 98〉〈事例 57〉病院(整形外科) モニターによる患者教育ビデオと風景描写放映⁹⁸⁾

【病院整形外科において、待合室の診療お知らせモニター(50 インチ)を有効利用し、そのモニターで整形疾患に多い骨粗鬆症・腰の痛み・膝の痛みの症状に関するメカニズムと予防方法についてのオリジナルビデオと、番組の間に自然の風景描写の放映をしたところ、教育効果とリラックス効果が認められた。】

患者教育内容だけでなく、リラックス効果も狙って風景描写も放映している点が、〈事例 95〉から〈事例 97〉の例と異なる点である。患者教育情報とその他のリラックスできる情報の内容と時間のバランスを検討すると、ディスプレイを用いた待ち時間の有効化に対する満足度は向上すると思われる。

〈事例 99〉 病院(慢性閉塞性肺疾患) 待合ロビーでの呼吸リハビリテーション⁹⁹⁾

【慢性閉塞性肺疾患(COPD)^{注15)}の外來待合ロビーにおいて呼吸リハビリテーションを導入した。種々のパンフレットを作成してロビーに配置し、決まった時間に診察順表示用の大画面に呼吸リハビリ体操や酸素吸入などについてのビデオを放映し、定期的に待合ロビーを会場にミニ講座を開催した。また、歩行テストや呼吸介助を実施した。】

待ち時間を利用する患者教育では、ディスプレイでの放映やパンフレット設置の方法が一般的であるが、〈事例 99〉では、それらの方法に加えてリハビリテーションの実践や呼吸介助を導入している点で極めて独自性が高い。ここまでの患者教育が実施できれば、待合室は既に待合室ではなく、リハビリテーション室の機能も有するようになる。

慢性疾患患者においては、日常のセルフケア^{注16)}が重要かつ不可欠であるため、特に同一疾患、類似疾患の患者が多い待合室においては、セルフケアの方法やリハビリテーションの指導をする意義は高く、今後多くの医療機関で参考にできると考えられる。

〈事例 100〉 大学病院(検査部) 待合室で勉強会やカルチャースクール²³⁾

【待合室の有効化としては、病院スタッフや外部講師による医療に関する勉強会やカルチャースクールの催しが挙げられる。】

〈事例 99〉では待合室でリハビリテーションを実施しているが、〈事例 100〉では、勉強会やカルチャースクールが提案されている。待ち時間を有効化するには、短時間で解決するプログラムが望ましい。それとは異なる次元で、診療時間外やかなり空いている時間帯の待合室を、勉強会やカルチャースクールの会場として利用することが可能かつ有効であろう。

④ その他の工夫

待ち時間の有効化に関する事例を取り上げてきたが、本項では待ち時間の有効化のその他の工夫を取り上げる。

<事例 101> 病院(全診療科) 待ち時間にリフレクソロジー¹⁰⁰⁾

【待ち時間の快適化の試みとして、待ち時間に看護師が足浴とリフレクソロジー^{注17)}を実施した。その結果、血中ストレスホルモンと言われているコルチゾールの濃度が減少し、ストレスが軽減されたことが明らかになった。また、リラクスの効果が現れると脳血流が増加することより、脳血流が増加すると温度が低下する鼓膜温を測定した結果、足浴・リフレクソロジー実施 20 分後に、60%の患者において 0.1~0.7℃の鼓膜温の低下が見られ、リラクスの効果が現れたことが明らかになった。また、糖尿病の患者では抹消の血流や神経の機能が悪くなり、外傷があっても気づき難く感染や壊死を起こしやすいため、フットケア^{注18)}はきわめて重要である。そのため、糖尿病患者にこの方法を実施することで、観察を含め、本人の意識を高める機会にもなった。】

医療機関においてリフレクソロジーを実施するのは、かなり特殊である。

看護においては従来から患者の安楽を目的とするマッサージや指圧は実施されてきた。しかしながら、リフレクソロジーを待ち時間に行うことは、実施可能な患者数が限られてしまうことを考えると、他の医療機関で採用することは難しいと考えられる。糖尿病外来で、看護として位置づけ治療の一環として診療報酬請求するという導入の仕方であれば、他の医療機関においても導入の可能性は広がる。

<事例 102> 診療所(小児科) 待合室に保育士を配置¹⁰¹⁾

【待合室に保育士を配置することで、待ち時間の有効化を図っている。保育士が待合室にいて、待ち時間の遊びの提供をしたり、模倣遊び(お医者さんごっこ)により診察への恐怖心の軽減等がなされたりする効果がある。また、保育士による予診が育児支援のきっかけに繋がり、様々な効果が得られた。】

待合室で看護師や事務職員が看護や患者の観察を行う事例は見てきたが、保育士を配置する例は特殊である。病児保育^{注19)}を実施している医療機関においては保育士を雇用している場合もあり、そのような医療機関においては待合室に保育士を配置することも可能かもしれない。医療機関においては、病時保育制度による公的な補助等がないと、人件費の支払い根拠がなく保育士を雇用することは難しい。医療保険の診療報酬に頼らずに保育士を設置する意義を見出すことができれば、医療機関によっては待合室に保育士を配置することができるであろう。

4. 待ち時間の特殊な解決方法

上記で示してきた分類に位置づけることが不可能な、待ち時間の特殊な解決方法を以下に示す。

<事例 103> 診療所(自由診療)¹⁰²⁾

【登録制で、開院は土日のみとし、診療ではなく医療相談を主としている。相談は1人約1時間(1万円)で、1日当たり約10人の患者に対応する。

登録は、ホームページ上から申し込み、最初に登録料の1万円(半年更新)を支払えば、メール上での相談は何回でも無料である。相談者のほとんどは、がん患者でセカンドオピニオンを求める人達である。メールでの相談が可能であるために、診療所は大阪市にありながら、登録患者は北海道から沖縄まで600名を超える。

ホームページは充実していて、会員になれば、医療相談はもちろん、がん治療ハンドブック・資料のダウンロード、健康レシピの配信、健康講座・がん治療講座のビデオ閲覧もできる。

メール上での医療相談は1日20件余で、回答は5人の医師の合議制により行われ、その5人が1週間に1回、テレビ電話でカンファレンスを行い、治療方針をめぐる議論や新しい治療法の検討等を行う。

開院時の1時間の対話のなかでは、患者の社会的・経済的な環境、背景、家族構成などをじっくりと聞くことができるという長所がある。しかし、患者からの1万円の登録料は、ITシステムのメンテナンスやパラメディカルスタッフ^{注 20)}の person 費、医師の交通費や通信費、学会費用、文献検索費等に充てられ、医師の相談に対する対価は、ほぼボランティアという状況のため、経営基盤の強化が求められている。】

<事例 103>は、長い待ち時間と短い診療時間に対するクレームを解決するために、自由診療制を採っている診療所の例であるが、極めて特殊な例であり、他の医療機関での応用可能性は低い。

<事例 104> 診療所(内科) 院内処方薬の宅配サービス³⁾

【調剤薬局では既に採用されているサービスであるが、院内処方の薬剤を宅配するサービスを実施している医療機関もある。この場合には、診察終了直後に会計を済ませ、調剤薬局に移動する時間や、調剤薬局や院内薬局での待ち時間を無くすことができ、自宅で薬剤を受け取れる。また、同診療所では、予約システムを導入していなくても、ホームページ上で曜日・時間帯別の混雑マップが見られ、予約が無くてもある程度患者が自分で待ち時間をコントロールできる。】

薬剤の宅配は非医療専門家でも行えるため、人件費のコストは医療専門家を雇用するよりも比較的安く抑えられるが、このサービスを行っても採算性を維持できるか否かが問題となる。院内処方、院内調剤を行うことのメリットが大きくないと、宅配までして院内薬局を有する意味がなくなってしまうため要注意である。

5. 待ち時間対策の事例分析の考察とまとめ

ここまで、104種類の事例を取り上げてきたが、各々の待ち時間対策が医療のプロセスのどの部分において効果を発しているかに注目することにより、待ち時間対策の事例分析全体の考察を行い、まとめを行いたい。

待ち時間対策が医療のプロセスのどの部分において効果を発しているかを考えるには、以下のような生産管理学の理論を応用することができる。

効率的な業務工程の導入で定評のある(株)トヨタ自動車の業務改善では、車の組み立てを行うときに、例えばエンジンに部品を組み付ける作業は、「直接、顧客の商品に価値を付加する作業」と分類する。しかし、組み付ける部品を箱から取り出しエンジンまで運ぶ動作は、顧客の商品に直接働きかけるものではないため、「顧客の商品に価値を付加しない作業」と分類する。顧客の商品に直接働きかける時間を短縮することは、業務上のエラーを増やす原因となるため、「顧客に対して価値を付加しない」作業が、主たる業務改善の対象となる。例えば、部品の収納箱をできるだけエンジンの近くに置くなどをして、この作業要素にかかる時間を徹底的に減らすという業務改善が行われている¹⁰³⁾。

この考え方を医療現場に応用すると、「患者診察前時間」は、もちろん業務上は重要な時間であるが、医師が患者と接することのない「患者にとって価値を付加しない時間」と分類できるかもしれない。これに対して、「患者の診察室滞在時間」とは、患者と直接接している「患者に対して価値を付加する時間」と位置づけることができる。従って、この「患者の診察室滞在時間」をむやみに短縮することは、医療の質の低下や患者の満足度を低下させる可能性がある。「患者は、医師が十分に診察をしてくれないと感じた場合、その医師と医療機関に対しての信頼度が低下する」という過去の報告もあることから¹⁰⁴⁾、診療支援を行うときは、患者に不満を与えることのない「患者診察前時間」の短縮をまず行うべきであろう。

また、診察支援の一つとして診察の前に看護師が立つといった例では、従来は医療関係者が患者と接することのない「価値を付加しない時間」であった待合室での待ち時間を、付加価値のある時間に転換できる可能性がある。特に、専門職種である看護師を診察室に配置することは、診療支援業務を展開できるだけでなく、看護の視点から病状の思わしくない患者などをいち早く見つけることができるなど、医療の質や患者満足度の向上に大きく貢献する可能性がある。このような例は今後、外来のフロア・マネジメント体制^{26,89)}、コンシェルジュの配置²¹⁾や、看護師や事務職員による医師への診療支援等を検討する際に、重要な着眼点となろう。

診療支援の内容を決定する際に、エリヤフ・M・ゴールドラットが1970年に考案した生産管理論¹⁰⁴⁾の一種である制約条件理論を応用することができる。この理論は、“各工程の改善の積み重ね=工程全体の改善”というそれまでの生産管理の常識を否定し、“制約条件(ボトルネック)の改善=工程全体の改善”とする考え方である。ボトルネックとは「あるシス

テムが、ゴール達成のためにより高い機能へレベルアップすることを妨げる因子」と定義されており¹⁰⁵⁾、生産工程や業務因子において最も手間や時間を要する箇所のことである。

業務改善で最も重要なことは、部分的で姑息な業務改善では得られる効果は少ないが、総括的な視点を持ってボトルネックを改善すると、初めて業務工程全体のアウトプットが向上するという点である。つまり、業務改善を効果的に達成するためには、全工程の一部を担う単一職種の中でその施策を考えるのだけでは不十分であり、科学的な検証を元にボトルネックの改善を図る必要がある。

この理論を医療機関へ応用することにより、様々な業務改善の可能性を有していると考えられる。なぜならば、現代医療は多職種の協働によるチームによって提供されなければ実現しないという特徴を有しているからである。これを、チーム医療と呼ぶが、医療における業務改善の鍵は理想的なチーム医療を実現するためにボトルネックとなっている部分の改善に力を入れて、より合理的なチーム医療を達成することにあると考えられる。この考え方を実践することで、効率が良い医療が実現され患者の待ち時間が短縮されると推察される。

病院の糖尿病外来において制約条件理論を用いた例では、ボトルネックを医師の業務と特定して、その業務支援をすることで業務改善を行っている²⁶⁾。つまり、各職種が患者一人当たりにかけている時間を分析したところ、医師が最も患者にかけている時間が長いことを明らかに、医師の業務がボトルネックであると特定したのである。さらに、医師は交代勤務や休みがなく全員でフル稼働していたため、医師1人当たりの業務所要時間を短縮するためには医師数を増員するか、医師の業務負担を軽減するかという二者択一を設定し、医師の増員に必要なコストの高さを考慮して、他職種が医師の業務支援をすることでボトルネックを改善するという索を採用したのである。

この例では医師の業務がボトルネックと特定したため、他職種の業務がいかに効率化されても、ボトルネックである医師の業務時間が短縮しない限り業務全体の効率化は図れないという考えに基づいて業務改善を行っている。他職種が医師の業務支援をすることで、医療の質を低下させることなく医師が患者に費やす時間を短縮する方法を用いているが、どの職種が診療支援に関われば費用対効果が良いかについて検討するべき余地が残されている。

そこで、外来にフロア・マネジャーを置き、医師は次回診察前検査の予約のみを入力し、非専門職種である医事課職員が、医師の入力した検査予約の日程に合わせて、機械的に薬再診や診察の予約を取得するようにした。この結果、医師の「PC 操作時間」は有意に短縮した。この事例では、「患者の診察室滞在時間」が有意に短縮したが、これは他職種が医師を診療支援することによる「PC 操作時間」の短縮による部分が大きい²⁶⁾。

ここで注意しなければならないことは、この報告では、時間の短縮のみに着目しており、患者と医師が時間をどのように共有しているかということについては言及されていないことである。医師は、PC を操作している間に、患者の方を向きながらコミュニケーション

ンを取ることが難しい。一方、患者は「医師が自分の話を聞いてくれている」と感じる時に満足度が向上するという報告もある。このことから、患者の方を向きながらコミュニケーションを取る事のできない時間が長い場合には、いくら全体の診察時間が長くとも、患者の満足度を向上させているとは結論付けられない。それに対して、しっかり患者の方を向きながら診察する時間が長くなることは、仮に「患者の診察室滞在時間」が短くなっていたとしても、患者にとっては「より価値の高い」時間となっていた可能性がある。この点に関しては更なる調査が必要である。

上記と同じく、ボトルネック理論を応用した病院放射線科の業務効率化の例では、上記と異なる医療のプロセスをボトルネックと捉えて時間短縮を図っている¹⁰⁷⁾。放射線科で、胸腹部一般撮影をする患者を対象として、患者が呼び出しを受けてから撮影室を出るまでの工程ごとに区切って所要時間を測定した。工程の種類は順に、「移動」「脱衣」「脱衣～撮影」「撮影」「撮影～着衣」「着衣」である。その結果、改善すべきボトルネックとなっている工程が「撮影」であることが明らかになったが、「撮影」は医師の処方に基づいて行うため大きな改善の余地を有さないため、「撮影」の前後の「脱衣」と「着衣」をボトルネックに準ずる工程と位置付けて改善を試みた。

具体的には、更衣室を従来の1室から2室に増設し、前の患者の撮影を行っている間に次の患者が着替えることで、撮影と撮影の間の待機時間を短縮するフローを作成し、撮影全体の全工程に要する所要時間の短縮に成功した。

同じくボトルネック理論を応用したところ、特に待ち時間が長かった診察待ち時間の改善には、医師の積極的な取り組みが必要との結論が出されている¹⁰⁸⁾。

この傾向は他の医療機関でもよく見られるものであり、事務職員や看護師が待ち時間短縮のためにいかに努力しても、医師の協力を得られずに疲労したり諦めてしまったりする例も見受けられる。医師をどのように協働するメンバーとして動員できるかが、待ち時間短縮の鍵を握っているとも言える。

VI. 許容できる待ち時間

前述のIVでは、待ち時間対策の実例を見てきたが、いずれの方法を用いても待ち時間を無くすことはできない。それでは、待ち時間対策を行う場合に、待ち時間を無くすことはできないにしても、どの程度まで短縮することを目標に改善を続けたらよいのだろうか。

以下では、複数の報告の中から、患者が許容できると考えている待ち時間がどの程度なのかを示すことにする。

1. 許容できる待ち時間

許容できる待ち時間については、次のような複数の報告がなされている。

〈許容できる待ち時間は約 30 分〉

許容できる待ち時間に関しては、既存の報告で以下のように示されている。

- ・病院外来患者の許容できる待ち時間の平均は、院内薬局で 16～20 分、受付 18 分、診察待ち 37 分、検査 23 分、会計 10 分で、院内滞在時間は 68 分であった¹⁰⁹⁾。
- ・70%の患者は許容できる待ち時間が 30 分以内であった¹¹⁰⁾。
- ・同様に許容できる待ち時間が 30 分以内の患者が多い¹¹¹⁾。

なぜ待ち時間を許容できるかについては、以下のような理由が報告されている。

〈待ち時間を許容できる理由〉

- ・外来患者に待てる理由を尋ねたところ、予約している、病気を治したい、医師を信頼している、時間がかかることは覚悟している、受診番号表示がある、の 5 項目が上位を占めた¹¹⁰⁾。
- ・看護師の声かけや説明がある、診察に時間をかけてくれる、待合室が過ごしやすいという条件がある場合にも、より許容できる効果を上げている⁵⁾。
- ・許容できる時間を規定する要因として以下を挙げることができる¹³⁾。
 - ①待つことによって得られる報酬(良い医療が期待できる場合や、他に代わり得る医療機関がないほど許容できる時間は長くなる)
 - ②待つ人と待たされる人の社会的力関係(病気を抱えた患者はそれを治療してくれる医師よりも弱い立場にあると考えると患者は長く待てるし、医師はあまり気にせずに患者を待たせることができる)
 - ③パーソナリティ(待つことに対して許容度の高い人と低い人がいる)
 - ④社会的文化的状況(ある地域、時代に共通する特質が待ち時間の許容性を決めている)これらの要因を考えると、現代社会においては医療機関での待ち時間の許容性を低める方向に向かっていると考えられる。
- ・待ち時間を許容できるか否かを左右する要因として、「何分くらい待たないといけないのか」「順番を飛ばされていないか」が挙げられている⁵⁾。

これらの報告から明らかになった点をまとめると、①許容できる待ち時間は概ね 30 分～40 分未満であり、②60 分を超えると満足度が顕著に低下し、③待ち時間を許容できる要因には治療の必要性の認識、待つに値する価値付与が診療に対してできるか、年齢等が挙げられることが分かった。そこで、許容できる待ち時間を検証し、待ち時間対策の目標待ち時間を設定する根拠を明らかにするために、オリジナルの調査を実施することにした。

2. オリジナル調査

1) 対象と方法

①調査対象

a. 路上調査

日時：2008年11月2日

場所：代々木公園(東京都公園協会)(渋谷区代々木神園町、神南二丁目)

対象：一般の公園利用者 149名

b. 依頼調査

日時：2008年11月3日～11月28日

対象：大学生および家族・知人 102名

②分析対象

上記調査対象の a. 及び b. の有効回答者、合計 251名

③方法

自記式調査(資料参照)

④質問項目

- a. 診療所における待ち時間別の医療機関サービスの質の評価
- b. 診療所、病院の待ち時間の印象(予約、予約なし)
- c. 症状、重症度別の我慢可能な待ち時間(診療所、病院、大学病院)
- d. 医療機関以外での我慢できる待ち時間(家族、友人、恋人、レストラン、遊園地)
- e. 基本属性(性別、年代、最近6ヶ月間の受診経験の有無)

2) 結果と考察

以下に、項目ごとの分析結果を示す。

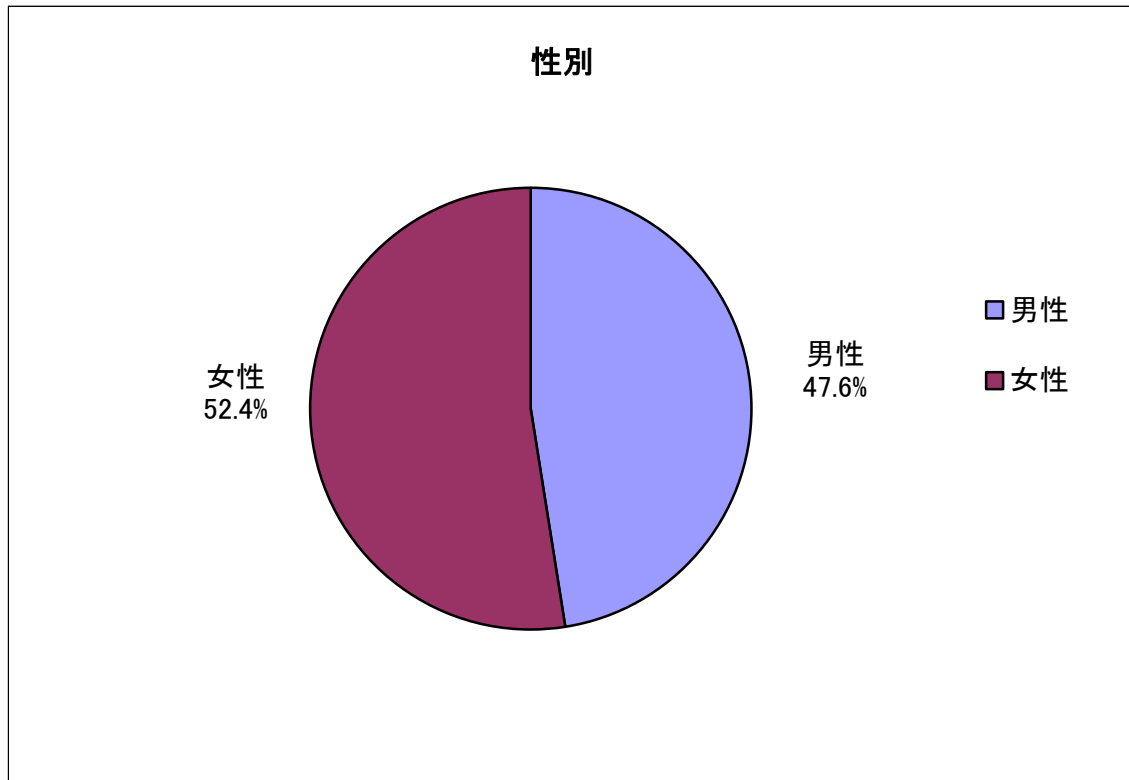
①基本属性

基本属性は以下の通りであった。

a. 性別

性別は、男性 119 名 (47.6%)、女性 131 名 (52.4%) であった (図 1)。

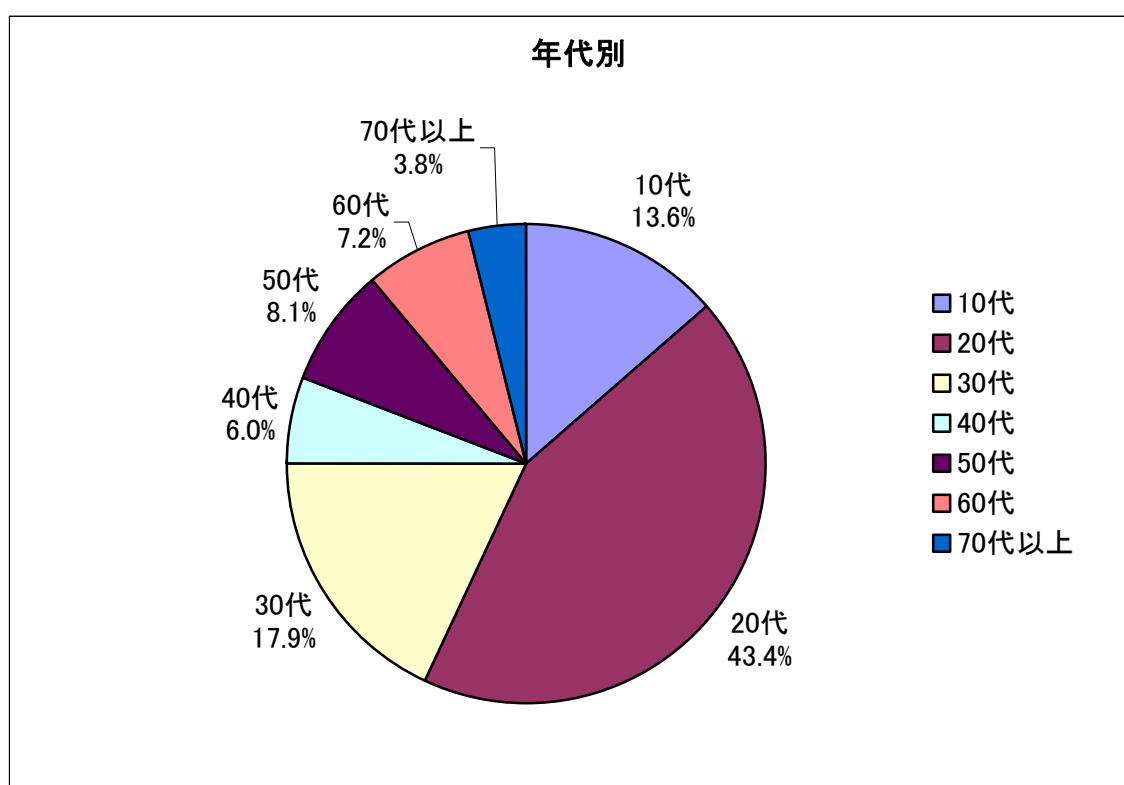
図 1 . 性別



b. 年代

年代は、10代32名(12.8%)、20代102名(40.8%)、30代42名(16.8%)、40代14名(5.6%)、50代19名(7.6%)、60代17名(6.8%)、70代以上9名(3.6%)であった(図2)。20代が多いのは、大学生とその知人に対する調査依頼が全体の5分の2を占めることと、代々木公園に休日出かけてくる人々の多くは、比較的若い年齢層であることによる。今後、より年齢が上の層に対する調査を継続して行う必要性が高い。

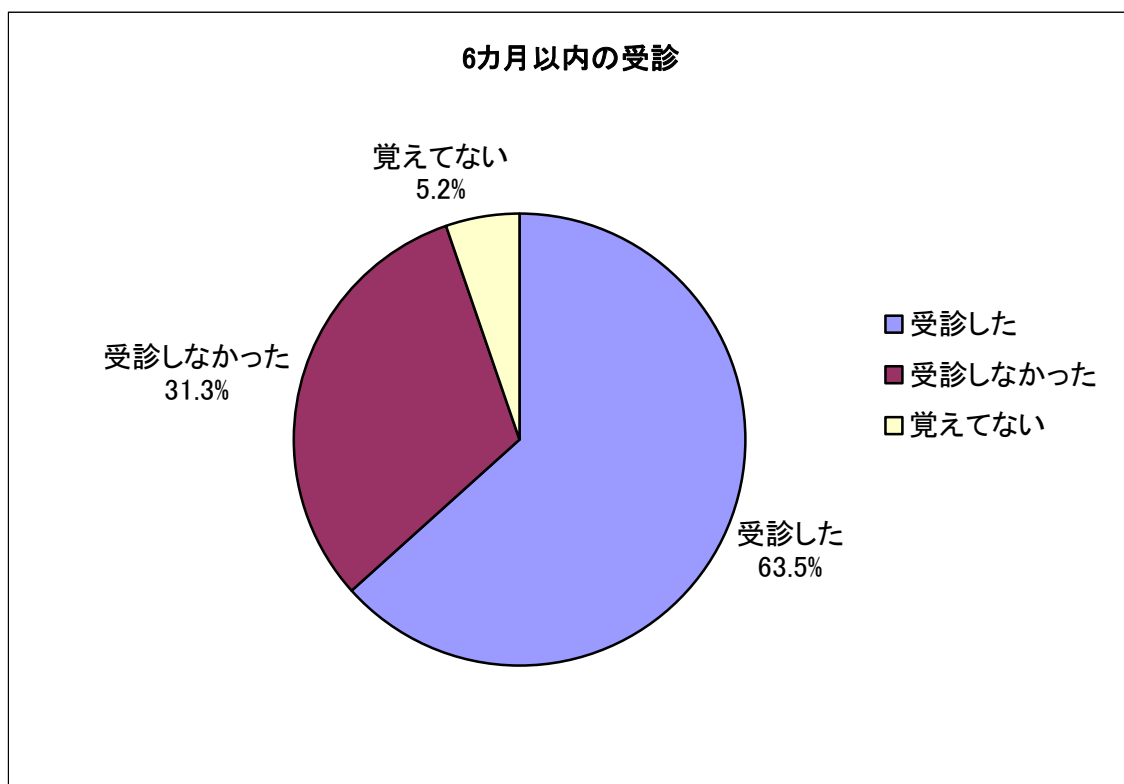
図2. 年代



c. 最近6ヶ月以内の受診経験

最近6ヶ月間の受診経験の有無は、受診した158名(63.2%)、受診しなかった78名(31.2%)、覚えていない13名(5.2%)であった(図3)。主審経験者が63.5%を示し、ある程度自身の受診経験を元に実態を反映した結果を得ることができたと考えられる。

図3. 最近6ヶ月の受診経験



② 診療所における待ち時間別の医療機関のサービスの質の評価

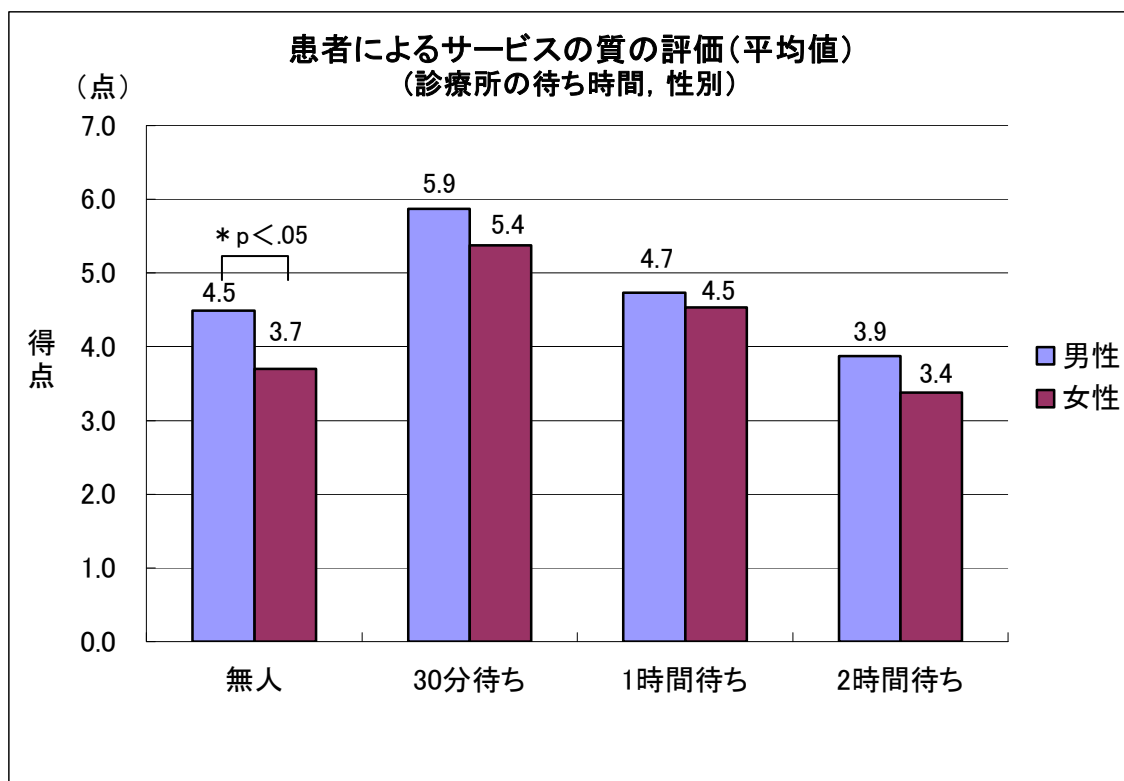
初めて診療所(クリニック)を受診すると仮定して、A「待合室に他の患者は誰もいない」、B「待ち時間 30 分程度」、C「待ち時間 1 時間程度」、D「待ち時間 2 時間程度」の 4 種類の待ち時間の場合に、10 点満点で何点をイメージするかを尋ねた。0 点は「非常に質が低い」、10 点は「非常に質が高い」とし、0 から 10 の 11 段階のいずれかを選んでもらう回答方法である。

各設定の診療所に対するイメージの平均点は、A「待合室に他の患者は誰もいない」診療所に対するイメージは 4.1 点、B「待ち時間 30 分程度」は 5.6 点、C「待ち時間 1 時間程度」4.6 点、D「待ち時間 2 時間程度」3.6 点であった。

属性のカテゴリー別に得点の差を検定したところ、性別、最近 6 ヶ月の受診経験の有無別、年代別で有意差(以下すべて有意水準 5%)が認められた。

性別の平均値は、A「待合室に他の患者は誰もいない」男性 4.5 点、女性点 3.7 点、B「待ち時間 30 分程度」男性 5.9 点、女性 5.4 点、C「待ち時間 1 時間程度」男性 4.7 点、女性 4.5 点、D「待ち時間 2 時間程度」男性 3.9 点、女性 3.4 点で、いずれの設定の診療所に対しても男性の方が女性よりも得点が高かった(図 4)。女性の方が消費行動に関しては、商品や店の選定に評価が厳しく、医療機関の評価においてもその傾向が現れたと考えられる。

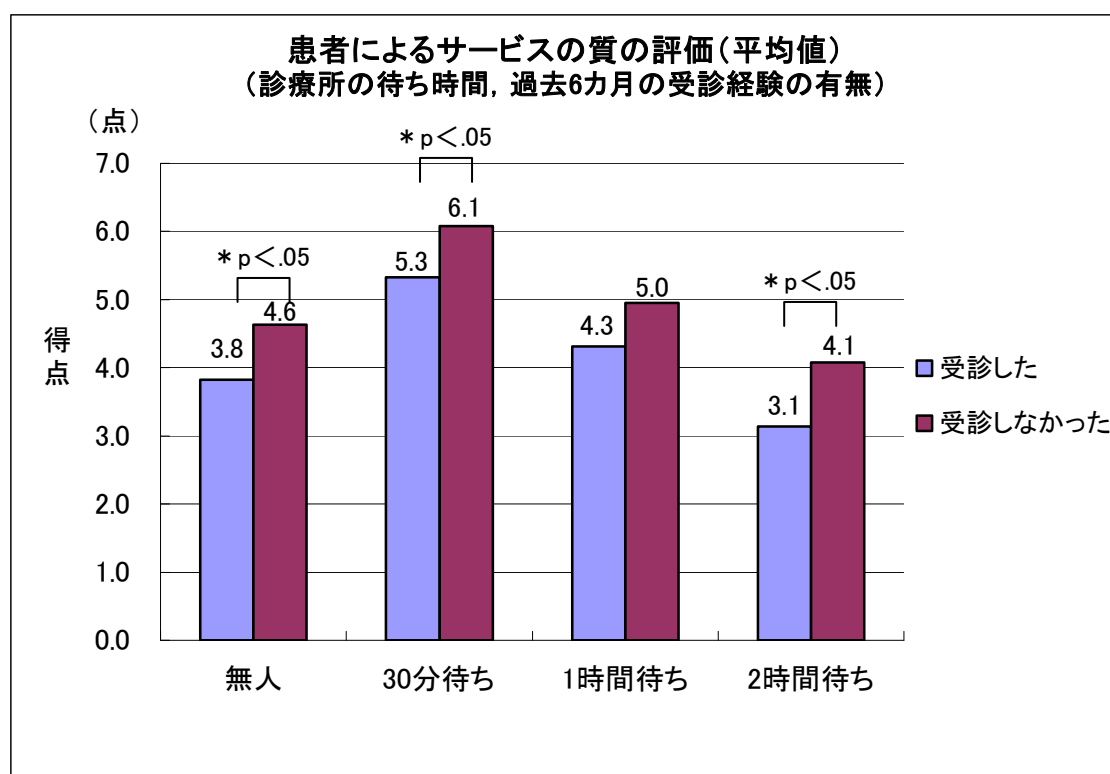
図 4.



最近6ヶ月の受診経験の有無別では、A「待合室に他の患者は誰もいない」受診経験あり3.8点、なし点4.6点、B「待ち時間30分程度」あり5.3点、なし6.1点、C「待ち時間1時間程度」あり4.3点、なし5.0点、D「待ち時間2時間程度」あり3.1点、なし4.1点で、いずれの設定の診療所に対しても受信経験ありの方が経験なしよりも得点が高かった(図5)。

最近の受診経験がある者の方が、待ち時間を苦痛に感じる実体験を想定しながら回答している可能性が高く、受診経験がない者では、医療機関における待ち時間の苦痛が直接認識できていないと考えられる。

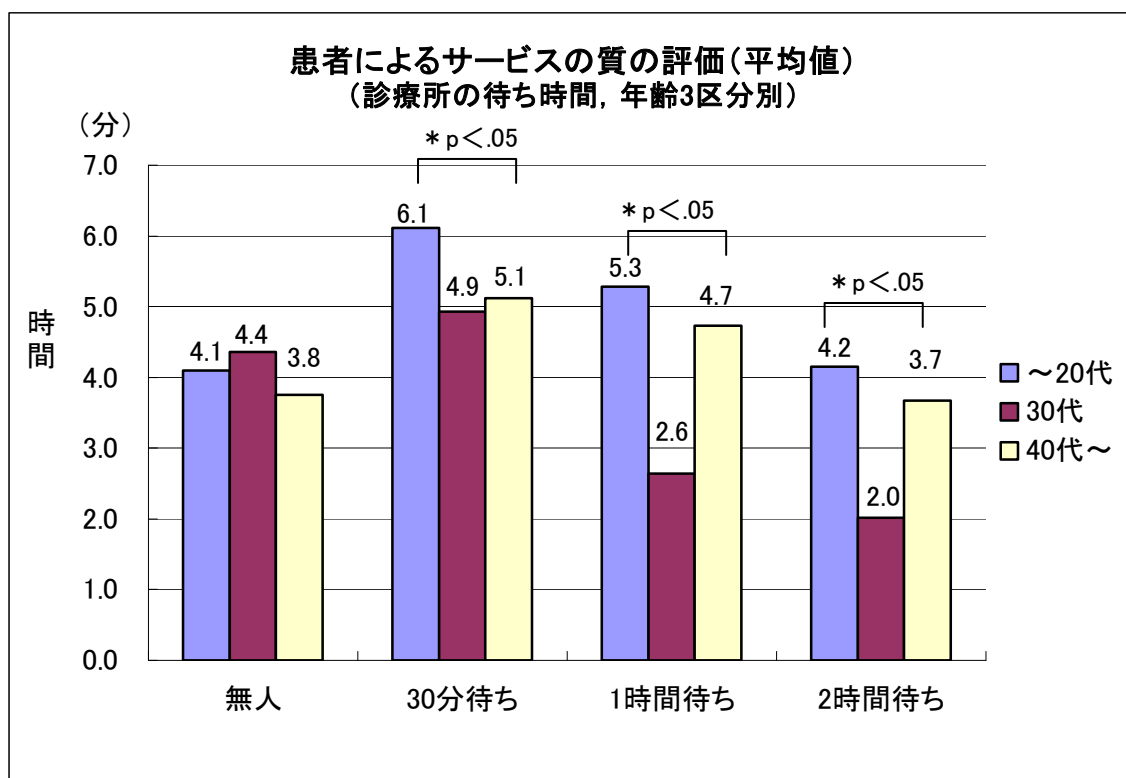
図 5.



年代別の平均値を10歳ごとに比較したところ、おおむね30代のみで点数が低い傾向が見られた。したがって、～20代、30代、40代～という3区分に再カテゴリー化し、分析を行い以下のような結果が得られた3カテゴリーのうち、どのカテゴリーの間で有意差が見られたかをカッコ内に示した)。

A「待合室に他の患者は誰もいない」～20代4.1点、30代4.4点、40代～3.8点(有意差なし)、B「待ち時間30分程度」～20代6.1点、30代4.9点、40代～5.1点(30代と40代～の双方に比して、20代で有意に得点が高かった)、C「待ち時間1時間程度」～20代5.3点、30代2.6点、40代～4.7点(他の年代に比して、30代において有意に得点が低かった)、D「待ち時間2時間程度」～20代4.2点、30代2.0点、40代～3.7点(他の年代に比して、30代において有意に得点が低かった)(図6)。

図6.



大学病院の外来患者の年齢階層別満足度をみると、全ての評価対象で「20代から30代」を除き年齢が高まるほど満足度が上昇する傾向が一定して認められた。年齢階層間の差の最大値は「待ち時間」で、30代2.41、70代3.25で、その差は0.84であった¹¹²⁾。この報告からも、一般的に30代において医療機関における待ち時間に許容できない傾向が推察される。

30代で顕著に待てない傾向がある点については、医療コンサルタントならびに、マーケティングの専門家からの意見収集により以下のような考察が可能と考えられる。30代は、就職氷河期の年代に位置し、職場で同年齢が少なく仕事上の負担の大きいため、日頃から他の年代よりも忙しく待つことに対する余裕がない可能性が高い。また、30代は仕事も育児も忙しくなる年代であり、少しでも待ち時間を削って実質的な時間の使い方を志向する傾向が高いと考えられる。

この年齢層の受療行動を見てみると、インターネットで医療機関を探し、駅前に位置していて短い待ち時間の医療機関を探し、コンビニエンスストア感覚で受診する傾向がある³⁸⁾。同様に、新宿副都心のオフィス街の仕事帰りに夜間のみ診療している診療所に短時間だけ立ち寄る感覚で受診することを好む患者にも20～30代が多く、受診者の平均年齢は32歳であった³⁸⁾という報告からも、他に優先して30代は短い待ち時間を志向していることがうかがえる。

これらの報告と同様の傾向が、本調査結果でも現れたと考えられる。

20代では受診する機会が少なく現実性を持って許容できる待ち時間を想定し難いため、20代よりも受診機会が増えると考えられる30代において、許容できる待ち時間が短くなることも考えられる。一方、40代以上になると生活習慣病をはじめとする慢性疾患等の罹患率が高くなるため、待ち時間に対する諦め感が生じてくる可能性もある。

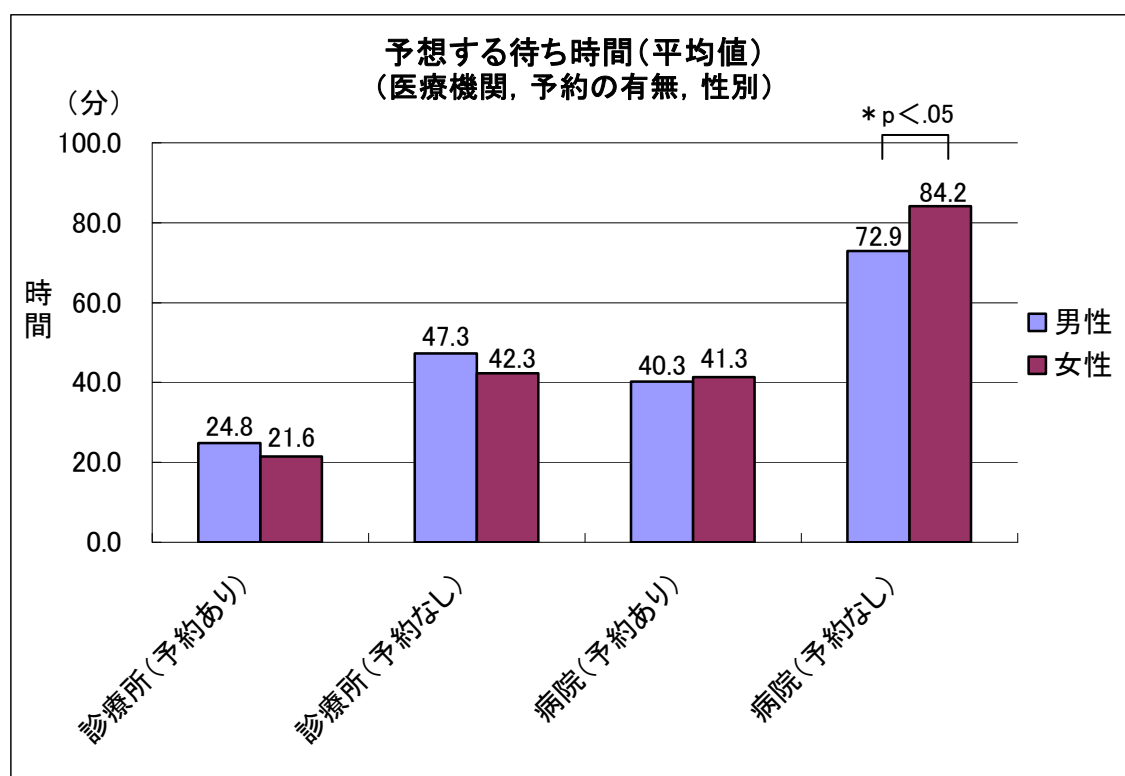
③ 診療所、病院の待ち時間の印象(予約、予約なし)

診療所と病院で、「予約した場合」と「予約なしの場合」に、どの程度の待ち時間をイメージするかを尋ねたところ、予想する待ち時間の平均値は、診療所(予約あり)23.1分、診療所(予約なし)44.6分、病院(予約あり)40.7分、病院(予約なし)78.7分であった。

属性のカテゴリー別に予想する待ち時間の差を検定したところ、性別、年代別で有意差が認められた。

性別では、「診療所(予約あり)」男性 24.8 分、女性 21.6 分、「診療所(予約なし)」男性 47.3 分、女性 42.3 分、「病院(予約あり)」男性 40.3 分、女性 41.3 分、「病院(予約なし)」男性 72.9 分、女性 84.2 分であった。「病院(予約なし)」の設定においてのみ性別による有意差が認められ、男性よりも女性において予想する待ち時間が長いことが明らかになった(図 7)。

図 7.



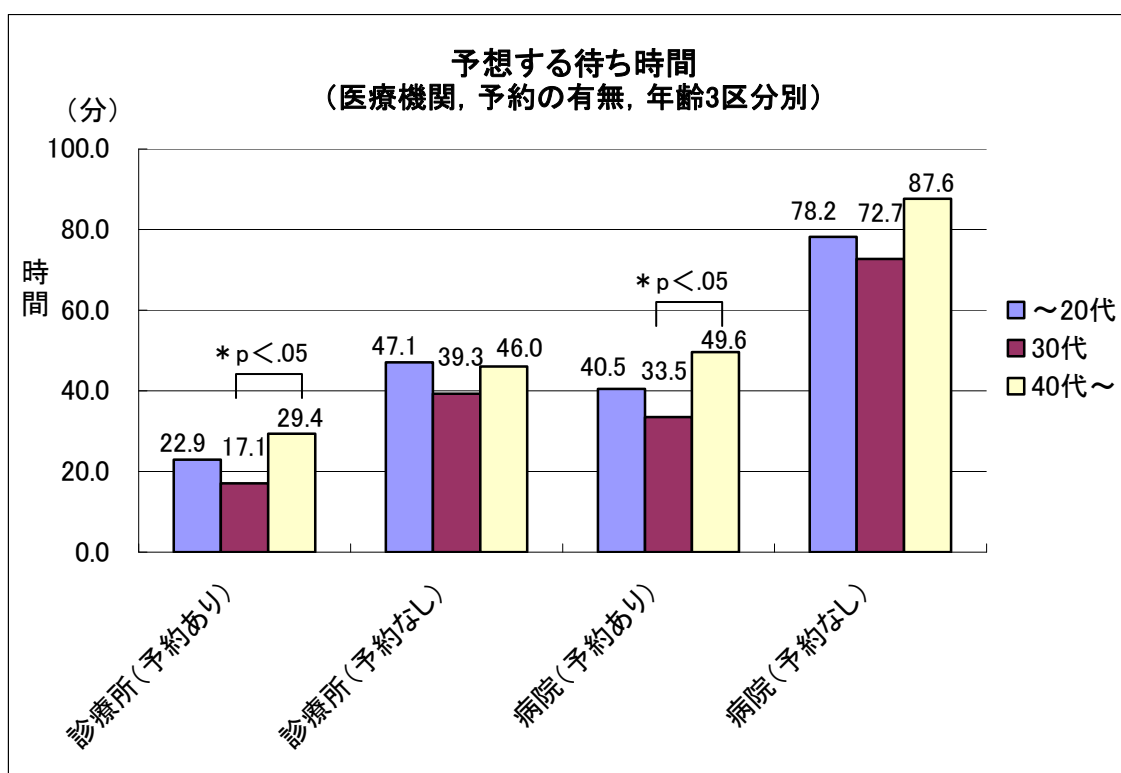
この結果から推察されることは、予約をすると待ち時間は短くてすむという期待が生じるため、予約システムを導入している医療機関においては、そのシステムが適切に機能しなかった場合の不満感は、予約をしない患者よりも予約をした患者において膨張する恐れ

があるということである。このことから、予約システムでは患者が納得できる効果を挙げられるか否かが、医療機関の評価に深刻な影響を及ぼすであろう。

年齢別(有意差が見られたカテゴリー)については、「診療所(予約あり)」～20代 22.9分、30代 17.1分、40代～29.4分(40代～に比して30代で有意に短い)、「診療所(予約なし)」～20代 47.1分、30代 39.3分、40代～46.0分(有意差なし)、「病院(予約あり)」～20代 40.5分、30代 33.5分、40代～49.6分(40代～に比して30代で有意に短い)、「病院(予約なし)」～20代 78.2分、30代 72.7分、40代～87.6分(有意差なし)であった。つまり、診療所(予約あり)と病院(予約あり)の設定において、40代～に比して30代で有意に予想する待ち時間が短いことが明らかになった(図8)。

30代において待てない傾向は、予約の有無別に見ても現れてくる。

図8.



④ 症状、重症度別の我慢可能な待ち時間(診療所、病院、大学病院)

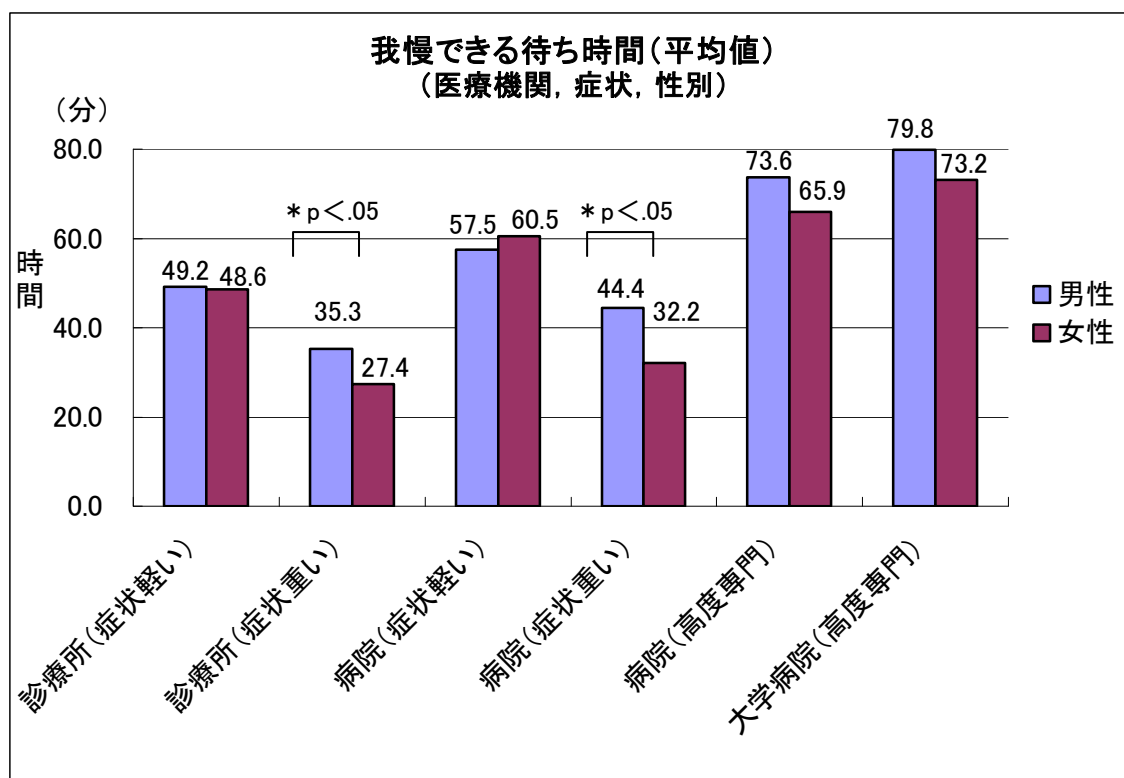
診療所、病院、大学病院における症状、重症度別の我慢可能な待ち時間を、「診療所(症状が軽いとき)」、「診療所(症状が重いとき)」、「病院(症状が軽いとき)」、「病院(症状が重いとき)」、「病院(高度な専門医療)」、「大学病院(高度な専門医療)」という6つの設定で尋ねた。

その結果、我慢できる待ち時間の平均値は、「診療所(症状が軽いとき)」48.8分、「診療所(症状が重いとき)」31.1分、「病院(症状が軽いとき)」58.9分、「病院(症状が重いとき)」37.9分、「病院(高度な専門医療)」64.5分、「大学病院(高度な専門医療)」76.2分であった。

属性のカテゴリー別に我慢できる待ち時間の差を検定したところ、性別、年代別で有意差が認められた。

性別では、「診療所(症状が軽いとき)」男性49.2分、女性48.6分、「診療所(症状が重いとき)」男性35.3分、女性27.4分、「病院(症状が軽いとき)」男性57.5分、女性60.5分、「病院(症状が重いとき)」男性44.4分、女性32.2分、「病院(高度な専門医療)」男性73.6分、女性65.9分、「大学病院(高度な専門医療)」男性79.8分、女性73.2分であった(図9)。

図9.



「診療所(症状が重いとき)」と、「病院(症状が重いとき)」の2つの設定において、男性の方が女性よりも有意に我慢できる待ち時間が長かった。

症状が重くなる程、許容できる待ち時間は短くなり、高度専門医療の受診では他の設定よりも長い待ち時間でも許容できることが分かる。この傾向には、女性の方が待てない傾向が重なっている。

「許容できる待ち時間」を調べたところ、30分が最も多いという報告や⁵⁹⁾、小児科では、子どもを連れての受診は大変で、待ち時間が30分以上であると「待たされた感」が強かった¹¹³⁾という報告と、本調査結果は類似している。一般的に我慢できる待ち時間は症状が重い場合に30～40分、症状が軽い場合に40分～60分程度と考えられ、大学病院受診や高度専門医療を受ける場合には、60分から80分程度我慢できるであろうことが、推察される。

このような傾向の中で、一般的には受療患者のどの程度の割合の患者が、待ち時間を我慢できないと認識しているのであろうか。全国の医療生協病院・診療所では、毎年定期的に患者満足度調査を行っている。その調査によると「待ち時間は我慢できるか」という質問に対して、「全くそう」33.1%、「ややそう」32.8%、「どちらでも」15.3%「あまりそうでない」12.1%「全く違う」2.9%となっていて15%の患者は我慢できないと回答している¹¹⁴⁾。このように15%の患者は我慢できないと考えていることが分かる。

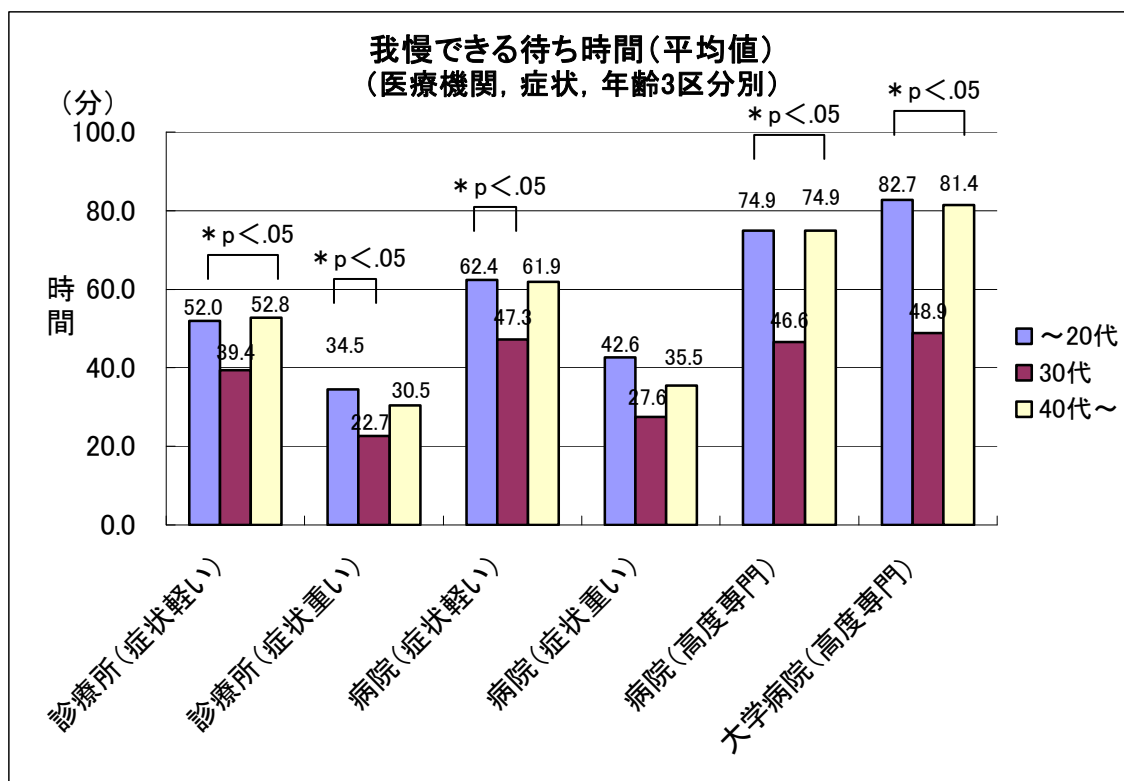
さらに、我慢できる待ち時間の性別による差を検討した研究では、「院内滞在時間」の許容時間には、性別による差は見られなかったという報告があるが⁵⁾、本調査のように他の条件も考慮して性別による差を検討する必要があると思われる。

疾患別では急性疾患の患者において、待ち時間に対する満足度が有意に低いという報告がある¹¹⁵⁾。このことから、急性疾患においては待ち時間への許容が低くなることが理解できる。可能であれば、急性疾患の診察は独立した診察室で、相対的に早めの回転で診療ができる体制が整えられることがのぞましい。

また、小児科での保護者のニーズを調べた調査報告によると、疾病や急性期の症状への家庭での対応・処置、発達に関する情報を得たいという希望が多かった。このような要望を考慮すると、パンフレットを作成し、診療後待合室で看護師がパンフレットを利用しながら保護者の不安や訴えを聞き、適切な説明や指導を行える体制を考える必要がある。このような試みは、患者教育による待ち時間の有効化の一例として位置づけることができ、同時に急性疾患で待ち時間への許容が低くなっている患者や家族の、待ち時間に対する苦痛と不安を軽減する効果が得られると考えられる。これは、待合室にも看護があると言われている考え方の実践例とも言える¹¹⁵⁾。

年代別(有意差が見られたカテゴリー)では、「診療所(症状が軽いとき)」～20代 52.0分、30代 39.4分、40代～52.8分(他の年代に比して30代で有意に短い)、「診療所(症状が重いとき)」～20代 34.5分、30代 22.7分、40代～30.5分(～20代に比して30代で有意に短い)、「病院(症状が軽いとき)」～20代 62.4分、30代 47.3分、40代～61.9分(～20代に比して30代で有意に短い)、「病院(症状が重いとき)」～20代 42.6分、30代 27.6分、40代～35.5分(有意差なし)、「病院(高度な専門医療)」～20代 74.9分、30代 46.6分、40代～74.9分(他の年代に比して30代で有意に短い)、「大学病院(高度な専門医療)」～20代 82.7分、30代 48.9分、40代～81.4分(他の年代に比して30代で有意に短い)であった(図10)。

図 10.



症状が重いほど、高度医療を受けるほど許容できる待ち時間が長くなることに加えて、この傾向にも30代は待てない傾向が重なっていることが分かる。

⑤ 医療機関以外での我慢できる待ち時間（家族、友人、恋人、レストラン、遊園地）

医療機関における待ち時間に対する意識と、日常の他の設定における待ち時間に対する意識を比較する目的で、「家族を待つとき」、「友人を待つとき」、「恋人を待つとき」、「評判の高いレストラン」、「遊園地のアトラクション」の5つの設定における我慢できる待ち時間を尋ねた。

各設定における我慢できる待ち時間の平均値は、「家族を待つとき」47.0分、「友人を待つとき」53.1分、「恋人を待つとき」63.4分、「評判の高いレストラン」48.2分、「遊園地のアトラクション」70.9分であった。

属性のカテゴリー別に我慢できる待ち時間の差を検定したところ、年代別で有意差が認められた。

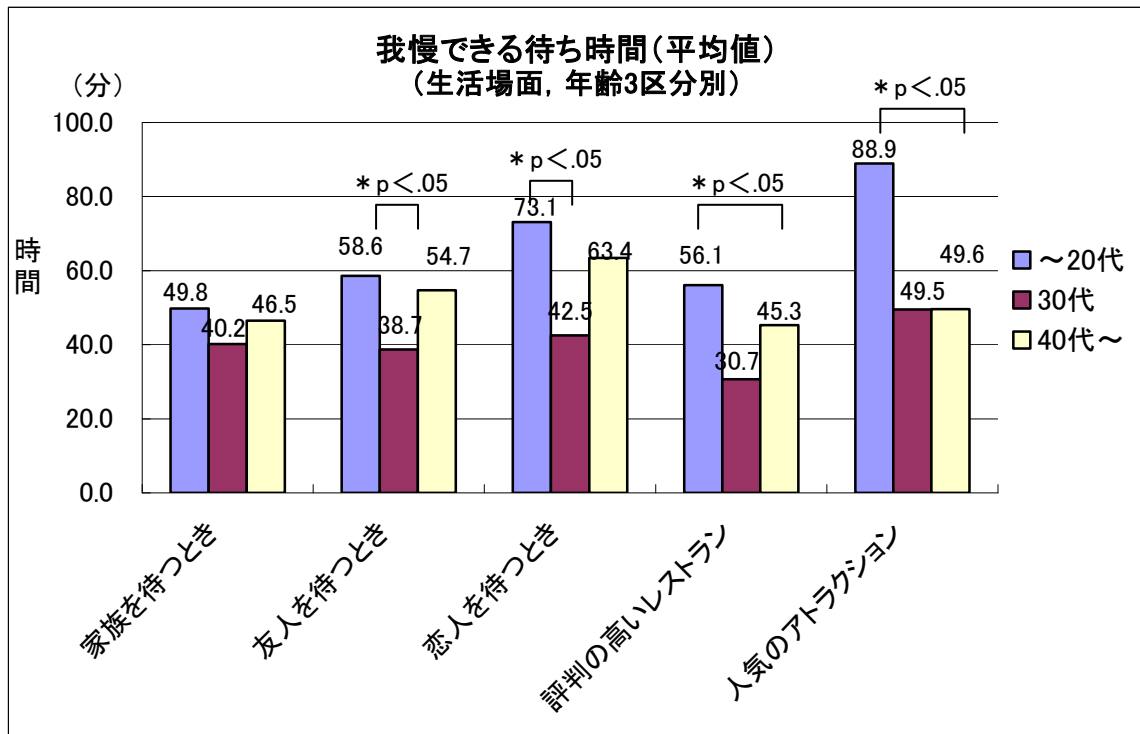
年代別(有意差が見られたカテゴリー)では、「家族を待つとき」～20代49.8分、30代40.2分、40代～46.5分(有意差なし)、「友人を待つとき」～20代58.6分、30代38.7分、40代～54.7分(～20代に比して30代で有意に短い)、「恋人を待つとき」～20代73.1分、30代42.5分、40代～63.4分(～20代に比して30代で有意に短い)、「評判の高いレストラン」～20代56.1分、30代30.7分、40代～45.3分(他の年代に比して30代で有意に短い)、「遊園地のアトラクション」～20代88.9分、30代49.5分、40代～49.6分(他の年代に比して～20代で有意に長い)であった(図11)。

家族を待つとき以外の全ての設定において、30代では待つことができない傾向が顕著に現れた。この傾向は、前述したように忙しくて余裕がない30代の傾向の表れとして受けとめることができよう。

この解釈が妥当であるか否かは、現在の30代が40代以上に移行していった時点での傾向の再確認によって明らかになろう。いずれにしても、年齢特性が待ち時間の捉え方に大きく影響していることがあきらかであり、性別を含めて医療機関ごとの患者の属性に即した待ち時間対策が必要であることが示唆された。

最近、一部のファミリーレストラン等では、待ち時間解消のためのインターネットを使った予約システムが導入され始めている。これまでは、店に行ってウェイティング・リストに氏名を書き、氏名が呼ばれるのをじっと待たなければならなかったが、予約システムを導入した店舗では、どこからでも携帯電話やパソコンでウェイティング・リストに氏名を書き込むことができる。さらに、待ち時間や順番も確認でき、無駄な時間を強いられることが少なくなる。このような待ち時間対策は、医療においても十分に参考になる¹¹⁶⁾。

図 11.



VII. 待ち時間の捉え方

以上のように、待ち時間対策の実際を分析し、患者や一般の人々が許容できる待ち時間を明らかにしてきた。それでは今後、医療機関の経営者ならび職員は、どのように待ち時間を捉えていったらよいのだろうか。

1. 待ち時間は、医療における不満のワースト要因

待ち時間は、以下に示すように多くの報告において医療機関に対する不満のワースト要因となっている。そのため、待ち時間の問題を抱えている医療機関はきわめて多く、それに不満を感じている患者も極めて多いことが分かる。

- 大学病院(全診療科) ^{112, 117)}

不満で突出しているのは「待ち時間」である。

- 大学病院(検査部) ²³⁾

診療・検査を行う上で多大な待ち時間が発生し、患者からの不満理由の上位を占めている。

- ・医療・病院管理¹¹⁸⁾
海外と比べて、日本の待ち時間の長さは特徴的である。
- ・医療・病院管理¹¹⁹⁻¹²²⁾
意見活用システムにおいても、待ち時間の長さは常に上がってくる。
- ・病院(接遇委員会)¹²³⁾
外来患者の不満の上位に待ち時間が上げられる。
- ・病院健康管理センター(検診)¹²⁴⁾
病院健康管理センター(検診)でも待ち時間への不満が上がっている。
- ・大学病院(全診療科)¹²⁵⁾
大学病院への評価を、地域連携をしている医療機関からしてもらったところ、問題点の第一位に上げられたのが待ち時間であった。
- ・医療・病院管理¹²⁶⁾
住民等を対象とした調査においても、医療に対する満足度に関しては、待ち時間に対する不満がもっとも大きかった。
- ・病院(人間ドッグ)¹²⁷⁾
人間ドッグ受診者の満足度調査を実施したところ、検査・順番について約 2 割が不満を感じていて、その原因は待ち時間の長さと考えられた。

2. 待ち時間に関する満足度と医療機関に対する満足度

待ち時間と満足度に関しての報告も以下のように多くなされている。

- ・病院(全診療科)¹²⁸⁾
待ち時間が 60 分を超えると不満を持ち始め、90 分を超すと不満の声が強くなった。
- ・病院(全診療科)⁵⁾
診察待ち時間が許容待ち時間以内であった患者では、許容待ち時間を超えた患者よりも、診察待ち時間への満足度が有意に高かった。
- ・大学病院(全診療科)⁶¹⁾
外来待ち時間では、「やや満足」以上では、「予約あり」で 30 分以内、「新患・予約なし」で 50 分以内が多い。

このように、全国の多くの医療機関において待ち時間が長いと満足度が低下することが分かっている。それでは、待ち時間が長いと、そのために医療機関そのものに対する満足度が低下し、医療機関の評価が下がるのであろうか。そのことに関連する報告には以下のようなものがある。

- ・大学病院(医療・病院管理)¹¹²⁾

外来患者の不満は、「待ち時間」に集中していたが、全般的満足度に与える影響の強さは、満足度の高い「環境と設備」や「医師」より弱かった。

- ・ 大学病院(全診療科)^{129, 130)}

患者満足度の得点が最も低い項目は待ち時間であるが、医療機関に対する総合的満足度に対する影響は弱いことが分かった

これらの報告から、待ち時間が長いと待ち時間に関する満足度は低くなるが、それが直接医療機関に対する満足度を低下させることにはつながらないことが分かる。それでは、長い待ち時間は改善せずに放置していても大きな問題はないのであろうか。それを考える糸口となる以下のような報告がある。

- ・ 複数の病院(全診療科)^{74-77, 131)}

病院に対する継続受診意志に影響する要因の一つとして「待ち時間」が確認できた。つまり、待ち時間が長いことを理由に継続受診をしないという決断がなされる可能性があるということである。

- ・ 病院(小児科)¹³²⁾

待ち時間が長いために受付後、診察を受けずに帰宅してしまった患者の追跡調査をしたところ、最も多い理由が「待っている間に症状が良くなってしまった」、「予定があって待ちきれなかった」、「他の医療機関にかかることにした」「子どもが寝てしまって待つことができなくなった」等であった。

これらの報告から、待ち時間が長いと、患者が我慢しきれずに帰宅してしまったり、他の医療機関に移ってしまったりする可能性があることが分かる。このような現象が起こると、経営的にデメリットが大きくなるため、長い待ち時間は報知できない。

一方で待ち時間は短くなればなる程、満足度は高くなるのであろうか。待ち時間と同時に考察しなければならないのは、診療時間と、院内滞在時間である。診療時間が短くなり、その結果として待ち時間が短くなる場合には、待ち時間に対する満足度は高くなる。しかし、十分に診療してもらえたという満足感が低くなる可能性がある。短縮した待ち時間の全てを院内滞在時間の短縮に結びつけず、短縮した時間の一部を使って一回に提供するサービスを増やし、診療報酬の増加に結び付けている眼科の例がある¹²⁾。

具体的には、40歳以上の患者が初めて受診した場合、40歳以上の5%以上が緑内障に罹患していることから、患者が希望すれば緑内障のスクリーニングとして眼底写真撮影、視野検査を施行するという方法である。つまり、待ち時間が短縮すると院内滞在時間も短縮するが、1回の診療で費やすであろう時間の目安の範囲内であれば、検査を増やしても患者の満足度を低下させることなく、患者の潜在的ニーズを引き出し応えることができるであ

ろうという発想である。

3. 長い待ち時間が職員に与えるストレス

長い待ち時間は、患者満足度だけでなく、職員に対してもストレスとなることも以下のように明らかになっている。

- ・病院(糖尿病)¹³³⁾

待ち時間が長くイライラしていたために、医師からの指示に対して「うるさい」と患者が反抗した。

- ・医療・病院管理¹²²⁾

待ち時間に対するクレームに、看護師も事務職員も、現時点では対応不能であることを説明し、待ち時間の見通しを伝えることしかできず、職員の大きな心理的ストレスとなっている。

- ・病院(全診療科)¹⁴⁾

電子カルテ導入の影響を確認した結果、院内滞在時間は、導入直後より、79分33秒、75分15秒、73分15秒と、3年間で6分短縮した。来院してから最初の診療行為までの待ち時間は導入当初40～45分であったが、導入3年後には平均20分に短縮した。当初診察待ち時間のクレームが患者クレームの20%であったが、それが9%へと半減した。クレームが減少したことによって、職員のストレスが軽減された。

このように、長い待ち時間は患者に対してだけでなく、職員に対してもストレスになることで悪影響を及ぼすと推察される。そのため、職員が無駄なストレスから解放され医療サービスそのものに集中できるようにすることで、医療の質を向上させることに結びつくと考えられる。

4. 職員の意識とチームワーク

上記1.～3.では、長い待ち時間が及ぼす悪影響について示してきたが、逆に待ち時間を改善しようと職員が意識することで、以下のように副次的な良い影響を期待することができる。

- ・病院(全診療科)¹³⁴⁾

看護師の自己評価を確認したところ、患者が感じている待ち時間の苦痛や見通しに理解がなく配慮していないことが原因で、待ち時間に対する患者の不満が高まることが分かっている。つまり患者の目に、職員が待ち時間を見通せていないと映る場合に患者の待

ち時間に対する不満感が高まる。

この例を見ると、長い待ち時間を職員が意識するようになり、患者の待ち時間を意識し改善しようとする姿勢が患者に伝わることで、患者の不満を軽減させることができると推察できる。

また、待ち時間対策の実際で取り上げてきた多くの事例において、待ち時間対策に取り組もうとし始めると、職員が同じ方向に向かって動くようになり、チームワークが強化されて医療の質が向上したという報告がなされている。

このように待ち時間対策を行うことは、待ち時間の短縮以外に職員のチームワークの向上というきわめて重要な副次的効果をもたらす点で、一層重要視される価値がある課題と言えよう。

5. 待ち時間の捉え方

本論の結論として、以下のような待ち時間の捉え方を提言する。

待ち時間対策を行うことは、①患者クレームのワースト要因を解決し、②患者の満足度を向上させ、③職員のストレスを軽減し、④職員のチームワークを良くするという、多くの効果をもたらすと考えられる。さらにこれらの結果として、⑥経営効率が向上したり、⑦医療機関のイメージがアップしたりすることが期待でき、⑧新患の増患や、⑨再来院患者(リピーター)を増やす効果も考えられる。

このように、待ち時間対策は単に待ち時間を短縮するための活動に留まらずに、医療機関の経営面から様々な効果をもたらすことが明らかになった。したがって、待ち時間対策を実施しても画期的な待ち時間短縮の効果が直ぐに現れない場合にも、あきらめることなく対策に取り組み続けることで得られるメリットは大きい。

本論で見えてきたように、待ち時間の対策には多様な方法がある。医療機関の機能、規模、診療科、費用、スタッフの数や種類、地域の特長、患者の属性等によって、優先的に導入することが望まれる対策は大きく異なってくると思われる。全国どこの医療機関においても待ち時間は長くて当たり前というあきらめ感は、経営競争が激化してきている医療の世界においても今や放置できない問題である。それゆえ、各々の医療機関が待ち時間対策に取り組みをあきらめず、その医療機関に適した待ち時間対策を試行錯誤しながら継続していくことがきわめて重要である。

待ち時間対策は、医療機関が抱えている様々な課題を解決する糸口ともなると考えられ、容易には解決しづらい課題であるからこそ、職員全体で取り組むべきやりの大きい課題であると捉えられる。

VIII. おわりに

医療における待ち時間対策で最も重要と考えられることは、あきらめずに改善しようとするスタッフの姿勢と、対策に取り組むプロセスの中で形成されてくるスタッフのチームワークや、前向きの姿勢に由来する医療機関のイメージアップであろう。

また、多くの文献の分析から明らかになった点は、経営学の理論に基づくアプローチがなされている例が極めて少ないということである。生産管理論等の枠組みを用いて待ち時間対策に応用できる手法は多々残されていると考えられる。今後、経営学の分野での理論や方法論を医療における待ち時間対策にいかに応用できるかを検討する必要があるであろう。この点について、今後引き続き研究を深めていきたいと考えている。

最後に、本論の冒頭に示した以下の目的について簡単にまとめる。

第一の目的であった、わが国における待ち時間対策の体系と特徴の提示については、本論のⅢの図1にまとめた。待ち時間対策は、1. 待ち時間の短縮を目的とする対策と、2. 待ち時間を快適に過ごせることを目的とする対策の2種類に大きく分類されることが分かった。

第二の目的であった、各種待ち時間対策の紹介、ならびに対策の効果と間断点の明確化については、本論のⅤ. 待ち時間対策の実際において、上記の体系に従って紹介をした。いずれの方法を採用するにも、導入前の到達目標の明確化が必要であり、導入前からの準備ならびに導入後の継続的な見直しを、多職種による機能的なチームワークによって推進することが最重要点と考えられる。

第三に、待ち時間短縮の目標値になると考えられる、許容可能な待ち時間を既存研究とオリジナル調査により明らかにした。既存研究からも、オリジナル研究からも、約30分程度が許容可能な待ち時間と考えられる。したがって各医療機関は、可能な限り30分以内の待ち時間実現に向けて改善努力が求められよう。さらに、予約の有無、年齢、疾病の重症度によって許容可能な待ち時間は異なるため、患者の属性を分析した上で各医療機関の改善目標時間を設定することが求められる。

上記第一から第三の目的を達成することにより、待ち時間対策を実施したいと考える医療機関にとって有用な情報を本論において提供することができたと考えている。

脚 注

注1) オーダー・エントリー・システム(オーダーリング・システム)

オーダーリング・システムとは、情報の発生源となる病棟・外来で医師自らが入力者となり、コンピュータ端末で指示・依頼業務を行う方法で、一元化された診療データベースを最大限に活用することで部門内システムだけでは得られなかった多くの効果が期待できる。オーダーリング・システムの導入による待ち時間の短縮に関する検討は複数なされている³⁵⁾。

注2) 電子カルテ(システム)

電子カルテとは、医療法に保存義務が規定されているカルテ(診療録)及び診療諸記録の電子媒体による保存を意味する。平成11年4月22日に厚生省健康政策局長、医療安全局長、保険局長から各都道府県知事宛に、診療録等の電子媒体による保存について一定の基準を満たす場合にこれを認める通知がなされ、以後、全国の医療機関で紙カルテから電子カルテへの移行が進んできている。

電子カルテの利点としては、見やすく説明しやすいカルテによるインフォームド・コンセントの促進、カルテ開示など診療情報公開の基盤構築、カルテ情報の一元管理による診療の適正化、医療機関内でいつでもどこでも診療情報が見られ正確な情報伝達が可能になるための業務の効率化、診療情報の共有化による多職種によるチーム医療の実践、診療情報の有効利用、診療情報の標準化・共有化による医療の質向上、病院－病院連携・病院－診療所連携による診療データの相互利用、カルテ保存スペース・カルテ管理要員の削減、カルテ搬送不要による待ち時間短縮などの長所がある。

注3) TDF 方式

紙カルテをカルテ番号の下二桁で100分割し管理する方法である。下二桁で分割すると、一つの区分に収まるカルテの数が均一になる。最後に受診した患者のカルテをこの区分の右端に入れていく。各区分に収まるカルテのホルダーに色による目印をつける。

注4) カルテセレクト

書架のようにカルテを並べる棚から、自動的に指定したカルテが飛び出す機器

注5) レセプト・コンピュータ

診療報酬管理コンピュータ。患者の診療費支払いならびに、患者の保険者に対する診療報酬の請求を管理する。

注6) レジメン

レジメンとは、薬の種類や量、使用方法などを時系列で示した治療計画書で、過剰投与

や重複投与による医療事故を防ぐだけでなく、治療の標準化や効率化にもつながる。具体的には、抗がん剤、輸液、支持療法薬(抗がん剤を使用することによる嘔吐を抑制するための制吐剤等)の投与に関する時系列の治療計画が各医療機関で採用されている。医師の処方、事前に登録されている医療機関内レジメンに添って入力される。医療機関によっては投与の前日に医師により処方が予定入力され、前日夕方に薬局で取り揃え、疑義照会が行われ、患者来院当日、診療・検査結果により実施の可否が検討されてから調剤を行う。

注 7) 投薬番号

調剤済みの薬を本人に渡す(投薬)ために用いる、個人識別用の番号(待ち順番)

注 8) (患者) ページングシステム

患者呼び出しシステム。診察待ち患者や投薬待ち患者を PHS のシステム等を用いて呼び出したり、待ち状況を報知したりする。

注 9) PDA(Personal Digital Assistant)

文字情報、音声、画像をすべてデジタル技術で統合し、通信機能をも備えた個人向けの携帯情報端末。Personal Digital Assistants、Personal Digital Assistance とともに表記する。持ち運びに便利なのが最大の特徴で、個人情報管理・通信機能のほかにパソコンに接続しても使用できる。このため小型パソコンなみの機能があり、ペン入力可能な液晶ディスプレイやカードスロットなどが搭載されている。

注 10) 中待合

受診受付後に各診療科前で待つための大きな待合室から、診察順番が近付いた時に呼ばれる、診察室前付近の待合スペース。中待合に対して一般的に多くの患者が待つ廊下にイスを並べたような待合室を外待合と呼ぶ。

注 11) 問診、予診

健康上どのような問題を抱え、どのような症状がいつからあるのか、といった問題の洗い出しを行うプロセスを示す。診察の前に予備的な問診をすることを予診とも呼ぶ。

注 12) (患者) トリアージ

各々の患者の症状の重篤性と緊急性を判断し、診察すべき患者の優先性(順位)を決定すること。

注 13) 大泉門膨隆

乳幼児では、頭蓋骨が完全に融合しておらず頭頂部の大泉門の部分が開いていて、脱水

症状により脳内の体液が減り脳圧が下がると、大専門の部分が若干陥没することがある。

注 14) クリニカルパス

今後の診療方針を体系立てて患者に説明し、医療スタッフがそれに沿って医療を進めるプロセス。

注 15) 慢性閉塞性肺疾患 (COPD)

慢性閉塞性肺疾患 (COPD: Chronic Obstructive Pulmonary Disease) は、日本に 500 万人以上の患者がいると推定されている。タバコなどの有害な空気を吸い込むことによって、気管支や肺胞に障害が生じる。その結果、通常の呼吸ができなくなり、息切れが起こる。長期間にわたる喫煙習慣が主な原因であることから、COPD は“肺の生活習慣病”といわれ、社会的にも注目を浴びている。

注 16) セルフケア

患者自身による自己管理、食事・運動・食事療法等。

注 17) リフレクソロジー

リフレクソロジーは、「Reflex (反射)」+「-logy (学問)」→「反射学」という意味を持っている。足裏などにある身体全体の臓器や器官の「反射ゾーン」を指でくまなく刺激することにより血液やリンパの流れをスムーズにし、人間が持っている自然治癒力を本来の状態に戻すという考えを基本とした足裏健康法である。

注 18) フットケア

糖尿病患者では、抹消の血液循環が悪くなり、同時に末梢神経の機能が落ちるため、足に傷が生じると感染して炎症や壊死を起こしやすいため、日頃から足の観察と清潔が重要である。これをフットケアと呼ぶ。

注 19) 病児保育

保育園児が病気の時に、保育所において健常児と共に保育を行うことが難しい。しかしながら、保護者が仕事を休むことが不可能な場合に、医療機関や保育所の病児保育室において、看護師が看護師ながら保育をしてもらえる制度がある。

注 20) パラメディカルスタッフ

医師以外の診療補助等を行う医療専門職。看護師、薬剤師、検査技師等、作業療法士、理学療法士等。

引用文献

- 1 . 平成 11 年度受療行動調査,構成労働省,(<http://www.interq.or.jp/jupiter/kiki2/statistics/contents/sr15.htm>)
- 2 . 平成 17 年度受療行動調査,構成労働省,(<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jyuryo/05/index.html>)
- 3 . 1 最良のサービス追求型クリニック どこまで患者の視点に立てるかが勝負!!,月刊保険診療編集部,医学通信社,月刊保険診療,58(2) : 3-5, 2003.
- 4 . 病院機能評価統合版評価項目 V5.0, pp91~92, 東京, 2004.
- 5 . 待ち時間と満足度を組み合わせた外来患者調査,徳永誠,渡邊進,中根惟武,熊本機能病院サービス向上委員会,医療マネジメント学会雑誌,7(2) : 324-328, 2006.
- 6 . DgS 店内に展開するリテールクリニック 病院・緊急病棟に比べ割安, 短い待ち時間で急成長,大野真理子,ウォルグリーン フロリダ州デイトナビーチ店,薬剤師,ドラッグマガジン,51(6) : 44-47, 2008.
- 7 . 福祉国家こそ存在する病院の待ち時間-「待ち時間」でなく「待ち日数」、240 日待ちの手術も,葛西美恵,英国ヨーク大学ヘルス・エコノミクス修士課程,ドラッグマガジン,49(5) : 42-46, 2006.
- 8 . 薬の待ち時間「5 分」への挑戦,金井病院,松本ゆう子,日本病院会雑誌,1999,3
- 9 . PHS を用いた外来待ちについて,高橋貢,伊藤香代子,曾我部佳代子,水木悦子,久米ひろみ,山野由美,森川亜紀,金子伸吾,高橋浄香,高橋こどもクリニック,チャイルドヘルス,3(12) : 1003-1007, 2000
- 10 . 患者満足度調査分析からみた病院運営のあり方,望月智之,他,川越胃腸病院,病院 60(2),2001,2
- 11 . F-8 外来患者待ち時間分析による完全予約外来の評価,松本武浩 1,木村博典 2,山田理恵 3,安日一郎 3,宮下光世 2,長崎大学医学部歯学部附属病院医療情報部,国立病院機構長崎医療センター総合情報センター1,国立病院機構長崎医療センター総合情報センター2,国立病院機構長崎医療センター地域医療連携室 3,医療マネジメント学会雑誌,7(1) : 229, 2006.
- 12 . 電子カルテの受付部分;予約システム ,濱田恒一,ハマダ眼科,治療,88(5) : 1579-1585, 2006.
- 13 . 外来患者の受診状況ごとに検討した待ち時間調査 ,徳永誠,中根惟武,熊本機能病院サービス向上委員会,日本医療マネジメント学会雑誌,7(3) : 434-437, 2006.
- 14 . 外来患者サービス提供時間にみる電子カルテの効果に関する研究,宇田淳,他,広島国際大学,病院管理,41(臨時増刊号),2004,8,

- 15 . 外来オーダーエントリーシステムの効果「外来待ち時間の分析」,松本武浩,木村博典,山田久美子,古賀満明,向原茂明,国立病院長崎医療センター医療情報管理室,医療マネジメント学会雑誌,4(4) : 497-501, 2004.
- 16 . 臨床医のためのコンピュータ講座-インテリジェント・クリニックへの道(21)-,診療所の患者さん管理システム,濱田恒一,医療法人ハマダ眼科,治療,84(2),2002,2
- 17 . 臨床医のためのコンピュータ講座-インテリジェント・クリニックへの道(34)-診療所のIT化,濱田恒一,医療法人ハマダ眼科,治療,85(3),2003,3
- 18 . 実践!電子カルテ⑩電子カルテの受付部分;予約システム,濱田恒一,医療法人ハマダ眼科,治療,88(5),2006,5
- 19 . 臨床医のためのコンピュータ講座-インテリジェント・クリニックへの道(14)-,診療所でのLinuxの活用,濱田恒一,医療法人ハマダ眼科,治療,83(7),2001,7
- 20 . 電子カルテと画像ファイリングシステムの運用開始に伴う眼科外来待ち時間の変化,山口亨,佐藤健一,日鋼記念病院眼科,あたらしい眼科,22(4) : 557-559, 2005.
- 21 . 医療コンシェルジュ導入による外来診療の改善効果と問題点-外来待ち時間の劇的短縮と患者満足度向上を目指して-,深津博,他,名古屋大学医学部附属病院放射線部,病院管理,43(2),2006,4
- 22 . 外来におけるナースとコメディカルの役割,山本美鈴,他,小児内科,25,増刊号,1993
- 23 . 2.待ち時間について:患者待ち時間の短縮,歳川伸一,中央検査部,東京慈恵会医科大学雑誌,121(5) : 242-243, 2006.
- 24 . 3.放射線治療における地域連携の成果,福原昇*,松本好正 2*,笹本孝広 2*,長沼敏彦 2*,熊本隆司 2*,伊藤和正 2*,大谷慎 2*,飯村高行 2*,落合絵梨 2*,平林文子 3*,水上律子 3*,宮田やす子 3*,関貴志 4*,*相模原協同病院,放射線科,2*相模原協同病院,放射線室,3*相模原協同病院,看護部,4*相模原協同病院,地域連携室,日本農村医学会雑誌,57(2) : 90, 2008.
- 25 . 前立腺がんホルモン治療薬の看護師投与による外来業務改善,編集部,編集部,ナーシング,27(11) : 81-84, 2007.
- 26 . 大学病院糖尿病専門外来における診療支援導入による医師の業務改善調査-医師業務の分担化によるシミュレーション調査について-,渡邊光康 1,坂本尚登 2,守屋達美 3,中嶋弘美 4,鈴木美枝子 4,高杉能婦子 4,和田耕治 1,村田晃一郎 5,渋谷明隆 6,相澤好治 1,藤井清孝 7,1 北里大学医学部衛生学公衆衛生学,2 北里大学医学部腎臓内科学,3 北里大学医学部内分泌代謝内科学,4 北里大学病院看護部,5 北里大学医学部放射線科学,6 北里大学医学部消化器内科学,7 北里大学医学部脳神経外科学,北里医学,38(1) : 15-24, 2008.
- 27 . 91 お薬の待ち時間のシミュレーション,糸岐良三,二宮康史,角岡みやび,広島鉄道病院薬剤科,交通医学,54(1/2) : 57, 2000.
- 28 . 外来待ち時間のシミュレーション,糸岐良三,二宮康史,広島鉄道病院薬剤科,交通医

- 学,54(3/4) : 112, 2000.
- 29 . 23.外来待ち時間のシュミレーション,糸岐良三,広島鉄道病院薬剤科,交通医学,54(3・4),2000
 - 30 . 24.外来処方箋枚数の予測,栗原和宏,他,広島鉄道病院薬剤科,交通医学,54(3・4),2000
 - 31 . 外来化学療法 mFOLFOX6 における患者待ち時間短縮に向けた取り組み,大橋佳代子 a),片山歳也 1),加藤満紀 1),荒木優 1),安田玲子 1),伊藤亜沙子 1),水谷有希 1),小島さおり 1),野々部崇哉 1),稲葉光俊 1),藤岡満 1),大井一弥 b),1)四日市社会保険病院薬剤部,2)城西大学薬学部薬物治療管理学講座,a)八千代病院,b)鈴鹿医療科学大学薬学部病態・治療学分野臨床薬理学研究室,医療薬学,34(5) : 448-454, 2008.
 - 32 . 10. 外来終了時から会計が終わるまでの待ち時間調査,大豆生田正也,三富美晴,松岡美代子,柿沼早苗,下都賀総合病院医事課,日本農村医学会雑誌,50(1) : 74, 2001.
 - 33 . <ワークショップ 28>クリニックお悩み解決(その2),佐野喜子 1),渡部寿美子 1),三雲弘美 2),北野恵 2),門澤香織 1),齋藤香 1),1)みやた小児科,2)はやしクリニック,外来小児科,9(4) : 506-507, 2006.
 - 34 . 7. 小児科クリニックでの個室診療の試み,金浜誠己 1),佐藤里奈 1),宮本康子 1),山本千春 1),本間美子 1),山田美智子 1),藤木榮, 三浦義孝,1)わんぱくこどもクリニック,外来小児科,10(3),346,2007.
 - 35 . 36. 外来採血開始時間の変更に伴うアンケート結果の一考察,田原尚之,寺島茂,今井厚,大城貞次,渡辺隆行,平田未登里,高野靖悟,相模原協同病院,医療技術部臨床検査室,日本農村医学会雑誌,57(2) : 101, 2008.
 - 36 . F-5 検査部における患者サービスの向上を目指した採血開始時刻繰り上げの効果,東山浩子,他,松下記念病院,日本マネジメント学会雑誌,7(1),2006,6
 - 37 . 三鷹市におけるクリニックの早朝診療の現状報告,秋山千枝子,東京小児科医会,日本小児科医会会報,(21) : 128-129, 2001.
 - 38 . コラボクリニック新宿がとらえた「医療ニーズ」とは,久住英二,東京大学医科学研究所探索医療ヒューマンネットワークシステム部門,コラボクリニック新宿,治療, 90(2) : 374-377, 2008.
 - 39 . 周産期医療とコンピュータ パソコンとプッシュホンによる電話自動予約システム,鈴木信子,他,医療法人若葉台クリニック,周産期医学,23(9),1993,9
 - 40 . 愛和レディースクリニックにおけるシステム紹介,高島正樹,愛和レディースクリニック,治療,90(2) : 300-304, 2008.
 - 41 . 金沢医科大学病院における電子カルテ利用状況,北本正俊,他,診療録管理 11,26-34,1999.

- 42 . 新時代の外来.電子カルテで変わる外来.電子カルテ利用による外来待ち時間の短縮,北本正俊,患者満足 4,52-57,2000.
- 43 . 10.電子カルテの有用性に関する定量的検討—タイムスタディ・ビデオ解析—,川村和久,かわむらこどもクリニック,外来小児科,10(1) : 76, 2007.
- 44 . 新病院に向けてのシステム構築について,濱口健一,伊東一彦,大阪鉄道病院薬剤科,交通医学,55(3/4) : 124, 2001.
- 45 . オーダリングシステム,酒井順哉,鹿児島大学医学部附属病院医療情報部,医科器械学,62(4) : 181-182, 1992.
- 46 . 外来点滴センターにおける利用率向上と患者待ち時間の改善,櫻井学 1,鈴木寛子 1,小椋山香 1,塩田一博 1,鷺見正宏 1,鎌田理賀子 2,磯部里美 2,倉石博 3,齋藤正志 1,昭和大学藤が丘病院薬局 1,昭和大学藤が丘病院看護部 2,昭和大学藤が丘病院内科呼吸器 3,日本病院薬剤師会雑誌,44(1) : 89-92, 2008.
- 47 . E-11 オーダリングシステム導入前後での外来患者様待ち時間調査,向井みゆき,植原君代,後藤謙,飯田さよみ,国立南和歌山病院,医療マネジメント学会雑誌,2(1) : 112, 2001.
- 48 . 19. オーダリングシステム導入前後の外来待ち時間調査,高橋敏子,三浦澄子,小池文子,高橋茂,渡辺孝,豊栄病院,日本農村医学会雑誌,51(5) : 807, 2003.
- 49 . 103.オーダリングシステム導入の経過報告-医局部門より-,伏見進,他,平鹿総合病院脳神経外科,秋田農村医会誌,51(1),2005,7
- 50 . 107. オーダリングシステムを導入してみて -放射線部門より-,木村保,柴田信雄,平鹿総合病院放射線科,秋田県農村医学会雑誌,51(1) : 54-55, 2005.
- 51 . 小児科外来医療の新たな展開[Ⅱ]これからの小児科外来医療 5)自動電話予約システム,鈴木信子,他,医療法人若葉台クリニック,小児科臨床,51(増刊号),1995
- 52 . 小児科外来における事務職員の役割,森智昭,医療法人社団永井小児科医院,小児科診療,61(11),1998
- 53 . ポスター25 インターネット環境, ASP を利用した予約システム,南武嗣,みなみクリニック,外来小児科,8(4) : 519, 2005.
- 54 . ポスター24 携帯電話 パソコンからオンラインでの受付(順番登録)を導入 -保護者アンケート調査報告-,野口由佳,松村明子,矢加部沙織,久保美穂子,井手結依子,信濃明美,宮本美智子,荒木陽子,杉村徹,杉村こどもクリニック,外来小児科,8(4) : 518-519, 2005.
- 55 . インターネット上での診療予約の試み,宮田章子,渡部寿美子,みやた小児科,外来小児科,4(2) : 285, 2001.
- 56 . 3.電話予約の IT 化に関する母親の意識調査,山入高志,山入こどもクリニック,外来小児科,8(1) : 89-90, 2005.
- 57 . 外来予約の工夫,岩谷 一,堀江 良勇*,いわたにこどもクリニック,*熱田小児科クリニ

- ック,外来小児科,4(2) : 209-210, 2001.
- 58 . 54. 外来待ち時間の実態調査,吉澤美智子,加藤絹子,柳沢仁子,若狭節子,永井秀子,長野松代総合病院看護部,日本農村医学会雑誌,52(5) : 872, 2004.
- 59 . 携帯電話による診察予約で待ち時間を短縮 ,西宮市立中央病院(兵庫県西宮市),村上こどもクリニック(兵庫県西宮市),月刊保険診療,58(10) : 42-45, 2003.
- 60 . 診察時間自動予約システム,久保田裕,医療法人若葉台クリニック,モダンメディスン,1993,4
- 61 . 病院機能評価更新に向けての取り組み,下條文武,他,新潟医学会雑誌,119(12),2005,12
- 62 . 1,待ち時間問題の解消,月刊保険診療,2003,1
- 63 . 携帯メールを利用した患者サービスを始めました,楠美由紀,他,外来小児科,7(3-4),360,2004.
- 64 . 苦情相談窓口の現況,服部啓子,病院,67,2008,5
- 65 . 小児科外来に対する母親のニーズ,高橋貢,高橋浄香,伊藤香代子,久米ひろみ,森川亜紀,曾我部佳代子,水木悦子,河本梢,一色早恵,高橋こどもクリニック,外来小児科,7(2) : 165-167, 2004.
- 66 . 待ち時間表示を追加した採血業務支援システム,高城靖志 1),渡辺美津子 1),司茂幸英 1),江上照夫 1),渡邊卓 2),1)杏林大学医学部附属病院中央検査部,2)杏林大学医学部臨床検査医学,日本臨床検査自動化学会誌,28(4) : 575, 2003.
- 67 . 市販データベースソフトにより作成した投薬番号表示システムによる患者満足度の向上について ,前田忠士,山本優衣,中田久美,西田衣里,角紀一郎,後藤義之,河村嘉信,院瀬見義弘,石川県済生会金沢病院薬剤部,日本病院薬剤師会雑誌,40(2) : 191-194, 2004.
- 68 . 27. 診察進行状況がわかる受付時間表示への取り組み,大久保由美子,小松ゆみ子,黒澤薫,田口三枝子,高橋美紀子,佐々木英子,仙北組合総合病院内科外来,秋田県農村医学会雑誌,50(2) : 32, 2005.
- 69 . 6. 院内表示システムの有用性とその活用,松下享,松下こどもクリニック,外来小児科,9(1) : 104, 2006.
- 70 . 第 6 回,病院の近未来電話システム,井上順義,病院設備,39,(5),(219),1997,9
- 71 . 患者ページングシステム,武藤郁夫,病院管理 34:237-242, 1992
- 72 . 患者呼出カードシステム-無線カードによる調剤終了の通知-,堀口雅己,他,月刊薬事 31:721-726, 1989.
- 73 . 外来待合における患者呼び出しのためのページングシステムの評価,綿貫恵美子,他,東京大学大学院医学系研究科,病院管理,33(4),1996,10
- 74 . 満足度と重視度による外来患者サービスの評価,田久浩志,病院管理,31(3),221-229,1994.

- 75 . 外来患者の待ち時間とその気分.不安傾向および診察に対する満足度の関係,金子正子,他.日本応用心理学会,18,65-72,1993.
- 76 . 外来診療待ち時間に対する患者の気持ちおよび過ごし方について,第19回日本看護学会(看護管理)集録,114-116,1988.
- 77 . 外来患者の実態調査(第II報),上野範子,他,看護展望,17(8),942-950,1992.
- 78 . 外来時間再考,富沢はま子,月刊ナースデータ,13(3),24-27,1992.
- 79 . 外来における患者サービスの改善-待ち時間の短縮とユティリティスペースの確保-,船津武志,他,月刊ナースデータ,10(12),44-51,1989.
- 80 . 患者呼び出しカードシステム-無線カードによる調剤終了の通知-,堀口雅巳,他,月刊薬事,31,721-726,1989.
- 81 . G-55 ポータルサイトを用いた待ち時間案内サービスの試み,藤中敏裕,医療法人五星会菊名記念病院医事課,医療マネジメント学会雑誌,6(1) : 332, 2005.
- 82 . 「病院の歩き方」病院は外国である,野村浩之,青山学院大学,病院 67(1),2008,1
- 83 . <ワークショップ 34>小児科医と絵本(その3),北原文徳,他,北原こどもクリニック,外来小児科,9(4),2006
- 84 . <ワークショップ 27>暖かい心のクリニックをめざして,目時さゆり 1),島田鶴代 2),横田佳余子 3),1)めときこどもクリニック,2)しまだ小児科,3)横田小児科医院,外来小児科,9(4) : 505-506, 2006.
- 85 . 外来診療室の外で何が起きているのか,水野稔,他,外来小児科,7(3-4),361,2004.
- 86 . 外来化学療法における看護師の役割,坂本町子,他,秋田農村医科誌,52(2),2007,2
- 87 . 1G12 外来窓口における受付時間の短縮 診療待ち時間短縮・TQM 活動・問診表の見直し,水野由美子,天野博子,安藤千尋,渡邊純子,安井吉史,渥美病院医事課,日本農村医学会雑誌,53(3) : 409, 2004.
- 88 . ポスター12 予診を行うことの外来患者満足度の変化について,小山とみ子 1),西藤成雄 1),前田泉 2),1)西藤こどもクリニック, 2)スナッジ ラボ株式会社,外来小児科,8(4) : 511, 2005.
- 89 . 高めよう!看護能力 進めよう!協働の輪,武谷 茂,たけや小児科医院,外来小児科,9(3) : 269, 2006.
- 90 . 小児科外来におけるナースの役割-待合室にも看護がある-,東ちえみ,江上経誼,江上小児科医院,小児科診療,61(11) : 2093-2098, 1998.
- 91 . A-4 口演 1 外来診察室の外で何が起きているのか,木野稔,圀府寺美,長濱輝代,今西美澄,中野こども病院,外来小児科,7(3/4) : 361-362, 2004
- 92 . <ワークショップ 15>安心と満足の予防接種,立川美保,木下真由美,津崎さおり,大分こども病院,外来小児科,9(4) : 492-493, 2006.
- 93 . 13. 胃内視鏡検査を受ける患者へのサポート ~検査の待ち時間の活用~,渡辺式,石井美智子,間杉泉,板垣円,小池恵,高橋美枝子,湖東総合病院外来,秋田県農

村医学会雑誌,50(1) : 22, 2004.

- 94 . 待合室ディスプレイ 待ち時間を有意義な時間にするために!,鈴木芽,阿部歯科医院,デンタルハイジーン,23(12) : 1159-1163, 2003.
- 95 . ポスター26 待ち時間を利用した患者教育の試み -「外来テレビを用いた Q&A クイズ」の効果と反響-,久我修二,木下博子,石原高信,藤本保,大分こども病院,外来小児科,8(4) : 519-520, 2005.
- 96 . 待ち時間を利用した患者教育の試み-外来テレビを用いた Q&A クイズの効果と反響-,久我 修二,木下 博子,石原 高信,藤本 保,大分こども病院,外来小児科,9(2) : 226-228, 2006.
- 97 . 17. ビデオ放映による待ち時間対策の検証,森戸絵里香,大石織絵,太田育代,後藤共子,笠原真弓,常山純子,帯広厚生病院,日本農村医学会雑誌,53(4) : 733, 2004.
- 98 . ビデオ放映による整形外来待合室の工夫,寺内絵巳,他,川崎市立川崎病院看護部整形外来,病院管理,2006,8
- 99 . 外来待合ロビーでの診察待ち時間を活用する呼吸リハビリテーション導入の試み,大石千晴 1,小泉輝代美 1,石橋まり 1,河合栄子 1,井上暢子 1,望月裕乃 2,青木香澄 2,増井祥子 2,荻野佳美 2,篠原宏幸 3,小野田博繁 3,久保田美保子 4,長谷川祐子 4,望月葉子 4,斎藤克巳 5,平田健雄 6,千原幸司 7,1,静岡市立静岡病院看護科(呼吸器センター外来),2,静岡市立静岡病院医事課,3,静岡市立静岡病院リハビリテーション科,4,静岡市立静岡病院栄養科,5,静岡市立静岡病院医療情報科,6 静岡市立静岡病院呼吸器,COPD FRONTIER,4(3) : 253-257, 2005.
- 100 . 外来待ち時間の不満をなくす試みとしての足浴・リフレクソロジーの実施 ,山崎賀子,瀬戸千秋,平和病院,ナーシング,28(1) : 80-81, 2008.
- 101 . 外来での医療保育士の活動,白木昭子 1),執行納美子 2),林文子 3),1)みやがわクリニック,2)吉永小児科,3)なかよしこどもクリニック,外来小児科,8(4) : 433-434, 2005.
- 102 . 「こんなクリニックがあればいいな」を実現したクリニック,岡本裕,e-クリニック(大阪市・淀川区),月刊保険診療, 58(12) : 38-41, 2003.
- 103 . トヨタの元工場責任者が教える入門トヨタ生産方式-あなたの会社にも「トヨタ式」が導入できる, 石井正光, 中経出版, 東京, 2004.
- 104 . Trust in physicians and medical institutions: what is it, can it be measured, and does it matter?, HallMA, etc, milbankQ2001, 79:613-39
- 105 . The Goal,Goldratt EM,In 3rd ed,North River Press;Great Barrington,MA:2004
- 106 . The Association for Operations Management,The Association for Operations Management,APICS Dictionary1998,AlexandriaVA,1999
- 107 . P444 制約条件理論を用いた病院放射線科の業務効率化に向けた研究 ,萩田香澄,佐藤敏彦,渡邊光康,工藤安史,相澤好治,北里大学医学部衛生学公衆衛生学,日本衛生学雑誌,62(2) : 726, 2007.

- 108 . P-104 外来患者の受診状況ごとに検討した待ち時間調査,徳永誠,梶本光代,前田恵子,吉田由貴美,中島雪彦,松下洋一,高濱義夫,熊本機能病院,医療マネジメント学会雑誌,7(1) : 267, 2006.
- 109 . P-103 待ち時間と満足度を組み合わせた外来患者調査,渡邊進,前田恵子,吉田由貴美,梶本光代,田村保喜,野村幸一,中根惟武,徳永誠,熊本機能病院,医療マネジメント学会雑誌,7(1) : 267, 2006.
- 110 . 外来患者の待ち時間に関する実態調査-許容待ち時間と待てる理由, 日本看護学会論文集 33 回看護管理, 明円美幸, 他, 140~142, 2002.
- 111 . 待ち時間に対する患者意識調査について, 真鍋恭弘, 医報とやま 1368:8~10, 2004.
- 112 . 大学病院の患者満足度調査-外来・入院患者の満足度に及ぼす要因の解析-,今井壽正,他,病院管理,37(3),2000,7
- 113 . A-2 外来小児科のかかりやすさを求めて-保護者のアンケート調査より-,小島正子,田代実,津軽保健生活協同組合健生クリニック小児科,外来小児科,7(3/4) : 360-361, 2004.
- 114 . 消費者(患者)の声への対応 医療生協の病院・診療所における取り組み,高橋泰行,病院 59(7),2000,7
- 115 . 外来におけるナースとコメディカルの役割,山本美鈴,他,小児内科,25,59-62,1993.
- 116 . 構造変化と病医院経営,神戸孝,FP アソシエイツ&コンサルティング(株),クリニックマガジン,32(11) : 57, 2005
- 117 . 満足度と重視度による外来患者サービスの評価,田久浩志,病院管理,31(3),221-229,1994.
- 118 . よい医師,よい患者になるために,坂田英治,埼玉医科大学,新宿恒心クリニックめまいセンター,Pharma Medica,23(2) : 5-7, 2005.
- 119 . 苦情対応システムの実際とその評価-臨床現場の事例から 第 1 回「意見活用システム」の意義・構造,佐伯みか,田中知雄,病院,63(4),2004,4
- 120 . 苦情対応システムの実際とその評価-臨床現場の事例から 第 2 回「意見活用システム」の聴取機能の評価,佐伯みか,田中知雄,病院,63(5),2004,5
- 121 . 苦情対応システムの実際とその評価-臨床現場の事例から 第 3 回「意見活用システム」の改善機能の評価,佐伯みか,田中知雄,病院,63(6),2004,6
- 122 . 苦情対応システムの実際とその評価-臨床現場の事例から 第 4 回現場スタッフの葛藤および苦情対応システムの 10 の重要ポイント,佐伯みか,田中知雄,病院,63(7),2004,7
- 123 . 14. 当院における接遇キャンペーンとその結果-アンケート集計から,親松学,渡部英子,遠山章,相原義市,馬嶋克俊,斎藤比抄子,服部晃,佐渡総合病院接遇委員会,日本農村医学会雑誌,53(1) : 96, 2004.

- 124 . 9. 農業従事者健診事後指導における待ち時間と指導室の会場設定に関する調査, 横田友美,土浦協同病院,健康管理センター,日本農村医学会雑誌,57(2) : 92, 2008.
- 125 . 地域医療機関による東京医科大学病院の評価—2回のアンケート調査の比較—, 松原邦彦,松本弘幸,生澤富士子,金澤真雄,東京医科大学病院医療連携室,東京医科大学雑誌,66(2) : 270-275, 2008.
- 126 . 医療への信頼と満足～医療信頼度調査結果から～,安川文朗,他,同志社大学研究開発推進機構,病院管理,41,臨時増刊号,2004,8
- 127 . 111. 人間ドック受診者の満足度調査の実施,能藤さと子,池田梢,小池智子,木内一美,佐藤涼子,安保まり子,佐々木新,畠山薫,西村茂樹,由利組合総合病院保健福祉活動室,秋田県農村医学会雑誌,53(1) : 84, 2007.
- 128 . 外来待ち時間の現状と課題-待ち時間の所要時間調査と患者へのアンケート調査を通して, 新村香おり, 他, 磐田市立総合病院誌 3(1):65～73, 2001
- 129 . 患者満足度による衣料の評価—大学病院外来における調査から—,長谷川万希子,杉田聡,病院管理、30(3),231-240,1993.
- 130 . 患者満足度 UP 講座 患者満足度調査・徹底分析!,前田泉,スナッジ・ラボ株式会社,クリニックマガジン,35(7) : 43-46, 2008.
- 131 . 031 外来患者における来院のきっかけ及び継続受診意志に関する調査研究,今井久,山梨学院大学,病院管理,38(臨時増刊号),2001,8
- 132 . 4.外来受付後に診察を受けずに帰宅した患者の実態調査,木野稔,圀府寺美,高橋徹*,芦内千枝子*,今西美澄*,中野こども病院,中野こども病院事務部*,外来小児科,7(2) : 212, 2004.
- 133 . 第 15 回 <糖尿病ケアを極める> 患者心理を踏まえた声かけのコツ,栗原知女,編集部,ナーシング・トウデイ, 20(7) : 40-42, 2005.
- 134 . 27. 外来待ち時間に関する実態調査 —患者満足度調査と看護師自己行動評価から—,山本利子,新藤恭子,池田美枝子,幸手総合病院,日本農村医学会雑誌,57(2) : 98, 2008.

参考文献

- 1 . 237 当院におけるオーダーリングシステムの導入と問題点,宮下恵美子*,中森夏代*,谷川裕美*,上サキコ*,福元清吾**,今村昭一**,伊集院病院**,伊集院サザンクロスクリニック,母性衛生,44(3) : 203, 2003.
- 2 . 患者の受診行動と医療機関選択に関する考察,山田達也,Medical Writer,治療, 87(4) : 1667-1674, 2005.
- 3 . 小児科医とスタッフに望むこと-育児雑誌や育児相談から見えた母親たち-,牧田栄子,外来小児科 2,2,1999.

- 4 . 投薬表示装置設置に伴う残置薬への影響, 森茂仁, 他, 病院薬学, 8, 229-233, 1982
- 5 . 〈ワークショップ 33〉外来待合室における看護(その 3), 吉本陽子, 立川稚子, 外来小児科, 9(4), 2006
- 6 . ポスター9 乳幼児をもつ母親の小児科医院や小児医療に対する印象と期待, 寺本礼子 1), 藤井恵 1), 藤原千恵子 1), 永井利三郎 1), 絹巻宏 2), 日野利治 2), 藤田位 2), 山入高志 2), 1)大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻, 2)近畿外来小児科学研究グループ(KAPSG), 外来小児科, 8(4) : 509-510, 2005.
- 7 . 病院再診患者部門におけるブロック予約システムについて 1), 坂上佳隆*, *大阪大学大学院経済学研究科経営学後期課程・横山研究室, 行動計量学, 6(2) : 20-27, 1979.
- 8 . 18,1 次救急患者の看護援助に対する満足度-アンケート調査より-, 雄勝中央病院外来, 高橋正子, 他, 秋田農村医会誌, 51(2), 2006, 2
- 9 . 間違いだらけの「患者アンケート調査」効果的なアンケート調査とその活用法〈Part-1〉, 関博, 株式会社関総研, クリニックマガジン, 62-63, 2005.8
- 10 . 間違いだらけの「患者アンケート調査」効果的なアンケート調査とその活用法〈Part-2〉, 関博, 株式会社関総研, クリニックマガジン, 60-61, 2005.9
- 11 . 間違いだらけの「患者アンケート調査」効果的なアンケート調査とその活用法〈Part-3〉, 関博, 株式会社関総研, クリニックマガジン, 60-61, 2005.10
- 12 . 間違いだらけの「患者アンケート調査」効果的なアンケート調査とその活用法〈Part-4〉, 関博, 株式会社関総研, クリニックマガジン, 58-59, 2005, 11
- 13 . デートの 3 時間と待ち時間の 3 時間の違いは?, 柴田雄一, 医療タイムス, 2008, 9, 22, 1885
- 14 . 95. 当社における患者ニーズの把握と今後の課題について -アンケート結果から-, 入澤祐介, 高階宏, 谷口祐悦, 松谷律子, 高橋茂, 澤畑礼子, 斉藤厚, 村田善重, 武田英重, (株)ファーマックス, 秋田県農村医学会雑誌, 50(1) : 46-47, 2004.
- 15 . Willing to wait?:The influence of patient wait time on satisfaction with primary care, Anderson RT, etc, BMC Health Serv Res 2007, 7:31
- 16 . The relationship between patients' satisfaction with their physicians and perceptions about interventions they desired and received, Brody DS, Med Care 1989, 27:1027-35
- 17 . 医療に対する相談および苦情の分析, 小田巻美里, 他, 九州大学大学院医学系学府医療経営・管理学講座, 病院管理, 2003, 7
- 18 . 待つ待たされるの心理, 松田文子, 病院 55(8) : 726~730, 1996.
- 19 . 外来待ち時間調査 2002, 順天堂医学 49(1) : 102~107, 2003.
- 20 . 臨床の現場から 待ち時間に対する患者意識調査について, 真鍋恭弘, 医報とやま

- 1368:8～10, 2004.
- 21 . <ワークショップ 35>こだわりの“イメージづくり”,倉重弘 1),轉馬博之 2),谷石咲子 1),1) 倉重こどもクリニック,2)轉馬こどもの診療所,外来小児科,9(4) : 513-514, 2006.
 - 22 . 携帯メールを利用した患者サービスを始めました,楠美由紀,他,倉重こどもクリニック, 外来小児科,7(3-4),2004
 - 23 . 患者や家族による理不尽な行為,大川秀明,群馬県小児科医会,大川こどもクリニック, 日本小児科医会会報,(36) : 185-186, 2008.
 - 24 . 電子カルテ導入経緯および導入前後の問題点,横井武,厚生連安城更生病院内科, 安城市,現代医学,51(1) : 93-97, 2003.
 - 25 . G-54 低予算で制作した外来患者待ち時間案内板,三好研,高知県立安芸病院皮 膚科,医療マネジメント学会雑誌,6(1) : 332, 2005.
 - 26 . (2)病院情報システム構築上の問題点,小倉裕樹,国立病院岡山医療センター放射線 科,医療, 58(1) : 22-23, 2004.
 - 27 . 1-C-14 外来患者の待ち時間の現状分析と課題 予約患者の待ち時間短縮に向け て,大岩眞由美,緒方秀子,石坂和子,荒田和江,藤戸邦子,城雪子,国立病院機構熊 本医療センター外来,日本医療マネジメント学会雑誌,9(1) : 124, 2008.
 - 28 . 11. 外来化学療法における看護師の役割,小玉雅志*1,野呂江津子*2,坂本町子*3, 長岐憲子*3,秋本智美*3,高橋千春*3,金野まつ子*3,佐藤敏光*3,碓子明美*3,戸田 恭子*3,*1 湖東総合病院,*2 山本組合総合病院看護,*3 秋田組合総合病院外科外 来,秋田県農村医学会雑誌,52(2) : 36, 2007.
 - 29 . 85. 人間ドック受診者へのアンケート調査から一受診者の満足度について一,小玉 雅志*1,西成民夫*2,今野谷美名子*3,佐々木英行*3,桐原優子*3,月澤恵子*3,石 成誠子*3,高嶋妃路子*3,高橋恵子 3,水上美栄子*3,高橋礼子*3,照井一幸*3,荻原 忠*3,林雅人*3,*1 湖東総合病院,*2 由利組合総合病院内科,*3 平鹿総合病院保健 福祉活動室,秋田県農村医学会雑誌,52(2) : 59-60, 2007.
 - 30 . 27. 総合案内における看護師の果たす役割の検討,近野洋子,佐々木由美子,佐藤 愛子,湖東総合病院看護部,秋田県農村医学会雑誌,50(1) : 27, 2004.7
 - 31 . 7 医事課の役割～顧客サービスと医業収益管理～ ,正木義博,済生会熊本病院,月 刊保険診療,58(1) : 26-27, 2003.
 - 32 . 健診の満足感に関連する要因 ～子育て支援に着目して～,鈴木美枝子,衛藤 隆, 東京大学大学院教育学研究科身体教育学コース,チャイルドヘルス,10(2) : 122-127, 2007.
 - 33 . 病院をディズニーランドにしよう～ディズニー学ぶ人材育成と組織戦略～,坂本嗣郎, 東大宮総合病院,日本病院会雑誌,2006,2
 - 34 . P-099 外来患者の待ち時間と満足度との関係,滝瀬智美,山本智恵美,沖元恵,今西 美有,三坂美奈子,川本俊治,独立行政法人国立病院機構呉医療センター,日本医療

マネジメント学会雑誌,9(1) : 275, 2008.

- 35 . 035 病院サービスに対する患者評価の方法に関する検討(第1報),山本武志,他,戸田中央総合病院医療システム調査室,病院管理,38(臨時増刊号),2001,8
- 36 . 18. 患者接遇への一考察-患者と職員にアンケート調査を実施して,斉川奈美,桐生京子,諏佐悦子,関根利子,栃尾郷病院,日本農村医学会雑誌,,51(5) : 806-807, 2003.
- 37 . P-106 薬待ち時間短縮への取り組み,飯田亨 1,福井佳明 1,植田利治 1,藤吉清 1,宮田完志 1,2,1 名古屋第一赤十字病院薬剤部,2 名古屋第一赤十字病院外科,日本医療マネジメント学会雑誌,9(1) : 277, 2008.
- 38 . 1 外来サブワーキングでの取り組み,野本実,新潟大学大学院医歯学総合研究科消化器内科学,新潟医学会雑誌,119(12) : 700-704, 2005.
- 39 . 業務量と患者満足度からみた一人薬剤師薬局における業務改善の問題点,山田健太郎 1),亀井美和子 2),白神誠 2),1)日本大学大学院薬学研究科,2)日本大学薬学部,医療マネジメント学会雑誌,6(3) : 526-530, 2005.
- 40 . 患者さんを“教育”しようとしたらとトラブルになる-保険薬局で多いクレームは待ち時間、在庫の有無、会計,井手口直子,日本大学薬学部ファーマシューティカルコミュニケーション学,ドラッグマガジン,49(11) : 40-41, 2006.
- 41 . クリニカルパス, 医療の IT 化は病院に何をもたらすか?,野口正人,福井赤十字病院,核医学技術,23(2) : 124, 2003.
- 42 . 外来を受診する児の保護者の満足度に関するアンケート調査,岩越浩子,今井七重,近藤紫津子,林香奈子,堀久美子,高井美恵,石田眞奈美,早瀬陽子,堀田美佐子,福富悌,福富医院,外来小児科,7(2) : 128-134, 2004.
- 43 . 付加価値ある待ち時間を演出する提案型 DgS ハックエクスプレス西船橋店(千葉県船橋市) 毎日の「通勤・通学」を支援,編集部,ドラッグマガジン,48(5) : 61-65, 2005.
- 44 . 刻み生薬の調剤スペースをガラス張りに-時間と手間のかかる調剤の実態伝え、顧客満足度アップ,編集部,ドラッグマガジン,ドラッグマガジン,50(1) : 122-123, 2007.