

2025年3月12日時点

厚生労働省補助事業
医療の質向上のための体制整備事業

患者経験調査 実施マニュアル(案)

- 本マニュアルは、入院患者を対象とした患者経験調査を病院内で円滑に実施するための手引きです。
- 別途ご案内する調査票および集計ツールとぜひあわせてご活用ください。

公益財団法人日本医療機能評価機構
医療の質向上のための体制整備事業事務局

目次

1. はじめに	4
1.1 本マニュアルの概要.....	4
1.2 患者経験調査とは.....	4
1.3 患者経験調査と患者満足度調査の違い.....	5
1.4 患者経験調査のメリット.....	5
2. 調査体制	6
2.1 調査体制の種類.....	6
2.2 調査の外部委託.....	7
2.3 調査実施チェックリスト.....	7
3. 調査対象	9
3.1 調査対象者.....	9
3.2 調査対象者の抽出方法.....	10
3.3 倫理的配慮.....	11
4. 調査項目	12
4.1 質問項目.....	12
4.2 下位尺度.....	13
5. 調査方法	14
5.1 実施頻度、時期.....	14
5.2 配布方法.....	14
5.3 回収方法.....	15
5.4 回答期間.....	15
5.5 回収率向上のための工夫.....	15
6. データの集計と分析	17
6.1 データの集計.....	17
6.2 スコアリング方法.....	17
6.2.1 平均スコアの算出方法.....	18
6.2.2 Top Box スコアの算出方法.....	19
6.3 データの分析.....	21
7. 結果の活用	24
7.1 結果の報告.....	24
7.2 結果の活用.....	24
7.2.1 改善例.....	25
7.3 効果のモニタリングと次回調査へのフィードバック.....	26
8. 留意事項	27

付録.....	28
付録 1：日本語版 HCAHPS 調査票.....	28
付録 2：用語集.....	28
付録 3：引用・参考文献.....	29
補足.....	29

1. はじめに

1.1 本マニュアルの概要

本マニュアルは、入院患者を対象とした患者経験調査を、病院内で円滑に実施するための手引きです。本マニュアルの読者は、主に、病院の医療の質管理部門、患者サービス担当部門、看護部門、医事部門などで調査業務に従事する職員を想定しています。

患者経験調査は、入院という過程において、患者がどのような「経験」をしたのかを測定し、スコア化することで、患者の視点から医療の質を評価し、改善につなげていくために重要な役割を果たします。

本マニュアルでは、米国において病院の入院患者を対象に開発された患者経験調査“HCAHPS (Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems)”の日本語版¹⁾を使用して、院内における具体的な調査の実施方法、データの集計・分析、結果の活用について解説します。

なお、HCAHPS日本語版は、米国 Agency for Healthcare Research and Quality および Centers for Medicare & Medicaid Services の承認のもと開発されました。

我が国で主流となっている患者満足度に加える形でも代わる形でもかまいません。院内のご事情にあわせて、患者の声を反映した質向上につなげるひとつのツールとして、ぜひ患者経験調査をご活用いただけますと幸いです。

1.2 患者経験調査とは

「患者経験 (Patient eXperience : PX)」とは、「患者が医療サービスを受ける中で経験する全ての事象」と定義されます²⁾。

患者経験調査は、患者の入院中の経験を評価し、医療の質を患者の視点から向上させることを目的としています。具体的には、以下の点を把握するために行います。

- 患者が病院のスタッフからどのような対応を受けたか
- 患者が入院中にどのような情報を得られたか
- 患者が病院の環境をどのように感じたか
- 患者の退院後の療養についてどのように準備できたか

患者の視点から医療プロセスの質を評価し、改善につなげていくために重要な役割を果たします。

28 1.3 患者経験調査と患者満足度調査の違い

29 多くの医療機関では、患者中心の医療を進める取り組みの一つとして、患者満足度調査が実施
30 されています。満足度調査では、患者の主観的な印象や評価を尋ねるものが主流です。例えば
31 「医師の説明に満足しましたか？」のように、患者の満足度を直接的に尋ねます。

32 一方、患者経験調査は、受療中に遭遇した具体的な事象や経験の有無を尋ねるように設計され
33 ています。例えば、「この入院中、医師は、あなたにわかりやすく説明をしましたか？」のよ
34 うに、患者の具体的な経験を尋ねます。これにより客観性をもつ質評価データが得られるた
35 め、改善を検討すべき具体的な課題の発見に役立ちます。

36 表1 患者満足度調査と患者経験調査の違い

調査の種類	質問例	評価の焦点
患者満足度調査	医師の説明に満足しましたか？ 5. とても満足 4. やや満足 3. どちらでもない 2. やや不満 1. とても不満	主観的な印象
患者経験調査	この入院中、医師は、あなたにわかりやすく説明をしましたか？ 1. 一度もそうではなかった 2. 時々はそうだった 3. 大体はそうだった 4. 常にそうだった	具体的な経験

37 1.4 患者経験調査のメリット

38 患者経験調査を実施することで、病院は以下のようなメリットを得られます³⁾。

- 39 1. 客観性（集計・比較ができる）をもつ質評価データが得られる
- 40 2. 改善を検討すべき具体的課題の発見に役立つ
- 41 3. 多施設調査の平均値とともに調査全施設で記録された最高評価レベル（ベンチマーク・
42 スコア）を比較参照指標として得られる
- 43 4. 定期的な調査によって自院における患者経験の変化・変動を把握できる

44

45 2. 調査体制

46 患者経験調査を円滑かつ効果的に実施するためには、適切な調査体制を整備することが重要で
47 す。調査の設計、実施、結果の分析と活用の各フェーズで必要な役割や機能を明確にし、病院
48 の状況に応じた適切な体制を構築することが求められます。

49 2.1 調査体制の種類

50 調査体制は病院の組織体制や方針によって異なります。ここでは、3つの調査体制を紹介しま
51 す。

52 (1) 委員会主体型

- 53 • 特徴：患者サービス向上や医療の質管理を目的とした院内委員会（医療の質向上委員
54 会、患者満足度向上委員会など）が調査を主導する。
- 55 • メリット：組織横断的な視点で調査を運営できる。多職種が関与し、広範な意見を取り
56 入れやすい。
- 57 • デメリット：意思決定に時間がかかる場合がある。関係者間の調整が必要。

58 (2) 部署主体型

- 59 • 特徴：事務部門や医療の質向上を担当する部署が調査を主導する。
- 60 • メリット：実務の流れの中で調査を実施しやすい。迅速な意思決定が可能。
- 61 • デメリット：組織全体の視点が不足する可能性がある。他部署との連携が必要。

62 (3) 委員会と部署の共同運営型

- 63 • 特徴：委員会と担当部署が協力して調査を実施する。例えば、委員会が方針を決定し、
64 実務は部署が担当する。
- 65 • メリット：方針の一貫性を保ちつつ、実務の効率も確保できる。
- 66 • デメリット：役割分担を明確にしないと、責任の所在が不明確になる可能性がある。

67 病院の規模や既存の組織体制に応じて、適切な調査体制を選択することが重要です。例えば、
68 小規模病院では部署主体での運営が適している場合があります。一方、大規模病院では委員会
69 と部署の共同運営が望ましいケースもあります。また、初めて患者経験調査を導入する場合
70 は、すでに患者経験調査を実施している施設の情報を収集し、調査体制を検討することも有効
71 です。

72 調査体制の柔軟な運営を可能にするため、定期的に体制を見直し、調査の目的に適した形に調
73 整することが重要です。

74 2.2 調査の外部委託

75 患者経験調査の一部または全体を外部の調査機関に委託することも可能です。外部委託を検討
76 する際には、以下の点を考慮する必要があります。

- 77 • 委託する業務範囲（調査票の作成、データ収集、分析など）
- 78 • 費用と契約内容
- 79 • 病院のニーズに合致したカスタマイズの可否
- 80 • データの管理・保護（個人情報の取り扱い）

81 2.3 調査実施チェックリスト

82 調査体制の種類にかかわらず、調査に必要な業務を円滑に遂行する必要があります。調査実施
83 の各ステップ（準備、実施、データ集計・分析、結果の活用）ごとにチェックリストを作成
84 し、適切な役割分担のもと、担当職員が手順を漏れなく実施できるようにします。

- 85 • 準備段階
 - 86 調査の目的、対象、方法、時期を決定したか
 - 87 調査票を作成・選定したか
 - 88 調査の倫理的配慮について確認したか（患者の同意取得、匿名性確保など）
- 89 • 実施段階
 - 90 調査票の配布・回収方法を決定したか
 - 91 調査の目的や方法について職員へ周知したか
 - 92 外部調査機関への委託が必要な場合、契約内容を確認したか
- 93 • データ集計・分析段階
 - 94 倫理的配慮について確認したか（回答データの匿名化や管理体制など）
 - 95 回収データの整理・集計を行ったか
 - 96 統計分析を実施したか
 - 97 結果を可視化したか（報告書作成など）
- 98 • 結果の活用段階

- 99 調査結果を共有したか（院内報告、職員研修など）
- 100 改善策の検討・実施を行ったか
- 101 次回の調査に向けてフィードバックを行ったか

102

103 3. 調査対象

104 3.1 調査対象者

105 本調査は、入院患者の経験を評価することを目的とし、原則として以下の患者を対象としま
106 す。

107 (1) 対象者（原則）

- 108 • 調査期間中に退院した患者。
- 109 • なお、調査票への回答に介助が必要な患者（例：重度の視覚障害者、麻痺等によって筆
110 記が困難な患者など）の場合、家族や介護者が支援して回答することができます。

111 (2) 適格基準

- 112 • 入院時に 18 歳以上であること
- 113 • 少なくとも一泊以上の入院を含むこと（入院日と退院日が異なることが必要。なお入院
114 期間は 24 時間である必要はない。）
- 115 • 退院時の主要疾患が精神疾患でないこと（ただし、精神疾患以外の入院患者で、副次的
116 に精神疾患を持つ場合は対象になる）
- 117 • 退院時に生存していること

118 (3) 除外基準を運用する場合

119 原則として、調査期間中に退院し、上記基準に該当する全患者を対象としますが、調査の客観
120 性および回答の正確性を確保するため、事前に除外基準を設けることが可能です。以下に一例
121 を示します。

122 ただし、病院側の恣意的な判断で除外することのないよう注意が必要です。また、除外基準の
123 内容や適用判断に迷う場合は、調査を担当する委員会等で最終的に判断してください。

124

125 • 除外基準（例）

- 126 ○ ご自身の意思で質問に答えられない状態の患者（例：重度の認知症、意識障害、
127 意識混濁）。
- 128 ○ 精神的な疾患で、質問に正しく答えられない可能性がある患者（ただし、医療者
129 の判断で適切とされる場合は除く）。
- 130 ○ ホスピスに転院する患者

131 。 特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）や介護老人保健施設、介護医療院に転
132 院する患者

133 (4)入院中の患者を対象とする場合（例外）

134 退院患者数が少なく十分な回答数が得られないことが想定される場合、入院中の患者を対象に
135 調査を行うことが考えられます。ただし、入院中の患者は病院側に配慮した回答をすることが
136 想定されるため、原則としては退院患者を対象とするのが望ましいと言えます。

137 もし入院中の患者を対象に調査を行う際は、調査時点で病状が安定していること、心身の負担
138 が大きい治療行為（手術や侵襲的な検査など）の直後は避けるなど、条件を明確にしてくださ
139 い。また、一部の質問項目（退院時の情報提供）が、無回答になりますので留意してくださ
140 い。

141 3.2 調査対象者の抽出方法

142 調査の精度を確保するため、原則として以下の方法で対象者を抽出します。

143 なお、抽出の際は恣意的にならないよう運用に注意すること、一度採用した抽出方法を毎回継
144 続して使用することが重要です。

145 (1) 連続抽出法（原則）

146 原則、あらかじめ定めた調査期間中に退院した全患者を連続的に抽出する「連続抽出法」を推
147 奨します。例えば、調査期間を1ヶ月間に設定し、その期間中に退院した患者全員（ただし適
148 格基準を満たす）に調査票を配布する、または調査への参加を依頼する方法です。

149 (2) その他の抽出方法（例外）

150 ①確率的サンプリング

151 調査期間を限定せず、病院全体の全退院患者（ただし適格基準を満たす）から、あらかじめ決
152 められた確率に従って無作為に対象者を抽出する方法です。

- 153 • **単純無作為抽出法**：一定の基準（乱数表など）に基づいて対象患者を抽出する方法。
154 単純で「確率が等しい」という無作為性の保証は最も大きいですが、実際は母集団に一連番
155 号をふる作業が発生するため、患者数が多い場合は一般的ではない。

- 156
- 157
- 158
- **層別抽出法**：母集団をいくつかの層（病棟、診療科、患者年齢や性別など）に分け、それぞれの層から均等に抽出する方法。単純無作為抽出法では、偶然であっても特定の層に患者が偏る可能性があるため、それを避けるために採用される。
 - **系統抽出法**：母集団のリストから一定の間隔をあけて患者を抽出する方法。たとえば100分の1の抽出率の場合、通し番号の下二桁を乱数表などで決定し、これに該当する患者を抽出する。リストに規則性がない場合は、無作為性がかなり保証される。

162 **②全数調査方式（対象者数が少ない場合など）**

163 調査期間を限定せず、病院全体の全退院患者（ただし適格基準を満たす）を対象とします。

164 **3.3 倫理的配慮**

165 患者経験調査を実施するにあたり、以下の倫理的配慮を徹底します。

166 **(1) 調査参加の自由意志**

- 167
- 168
- 169
- 170
- 調査参加は完全に任意とし、回答しないことによる不利益がないことを明確にします。
 - 口頭または書面での説明を行い、同意を得たうえで実施します。
 - 「この調査は、皆さまの入院中の経験を教えていただくためのものです。ご協力をお願いできますでしょうか」のように、患者へ丁寧に説明します。

171 **(2) プライバシーの保護**

- 172
- 173
- 174
- 回答データは匿名で記録し、個人が特定できないように配慮します。
 - 回答データの保管方法、アクセス権限、廃棄方法などの管理体制を具体的に定めます。
 - 病棟スタッフが患者の回答内容を直接把握できないようにします。

175

176 **(3) 患者の負担軽減**

- 177
- 178
- 回答負担が大きくなるように、調査の所要時間は10分以内を目安とします。
 - 回答負担に配慮し、途中で回答を中断できる仕組みを整えます。

179

180

4. 調査項目

181

4.1 質問項目

182

本マニュアルでは、「日本語版 HCAHPS」調査票 1) を使用します（実際の調査票は付録に掲載していますので適宜ご活用ください）。

183

184

この調査票は、以下 19 個の質問項目で構成されており、患者が入院中に経験するさまざまな側面を捉えることを目的としています。

185

No	質問項目	備考
Q1	この入院中、看護師は、礼儀と敬意をもってあなたに接しましたか。	
Q2	この入院中、看護師は、あなたの話を注意深く聴きましたか。	
Q3	この入院中、看護師は、あなたにわかりやすく説明をしましたか。	
Q4	この入院中、ナースコールを押した後、すぐに援助が受けられましたか。	
Q5	この入院中、医師は、礼儀と敬意をもってあなたに接しましたか。	
Q6	この入院中、医師は、あなたの話を注意深く聴きましたか。	
Q7	この入院中、医師は、あなたにわかりやすく説明をしましたか。	
Q8	この入院中、あなたの病室とトイレは、清潔に保たれていましたか。	
Q9	この入院中、あなたの病室の周囲は、夜間静かでしたか。	
Q10	この入院中、トイレや尿器・便器を使用する際に、看護師や病院スタッフの介助を必要としましたか。	分岐項目
Q11	トイレや尿器・便器を使用する際に、すぐに介助を受けられましたか。	
Q12	この入院中、これまで服用したことのない薬を新たに処方されましたか。	分岐項目
Q13	新しい薬を渡される前に、病院スタッフは、それが何のための薬であることを説明しましたか。	
Q14	新しい薬を渡される前に、病院スタッフは、生じうる副作用についてわかりやすく説明しましたか。	
Q15	退院後、あなたは、直接自宅に戻りましたか。それとも自宅以外の場所や他の医療施設に移りましたか。	分岐項目
Q16	この入院中、医師や看護師、または他の病院スタッフは、退院後のあなたに必要な援助について話をしましたか。	
Q17	この入院中、退院後に注意すべき症状や健康問題についての情報を、文書で受け取りましたか。	
Q18	入院中のこの病院を 0 から 10 点で評価してください（最も悪い場合を 0 点、最も良い場合を 10 点とします）。	
Q19	あなたは、この病院を友人や家族に勧めますか。	

186 ※「あなたについて」として性別、年齢、健康状態などに関する項目を追加することがありま
187 す。

188 4.2 下位尺度

- 189 • 上記でご紹介した 19 個の質問項目は、8 つの評価領域（以下、下位尺度）に分類されたう
190 えで、質改善に向けた現状分析や時系列比較、属性別の比較などに活用されます。
191 ※Q10、Q12、Q15 は分岐項目のため、下位尺度には含まれません。
- 192 • 1 つの下位尺度に含まれる質問項目は互いに関連しています。そのため、既に入院患者に
193 対する調査（患者満足度調査など）に、質問項目を追加する場合は、なるべく質問単位で
194 はなく下位尺度単位で追加します。

下位尺度 1	看護師とのコミュニケーション（3 項目）	Q1, Q2, Q3
下位尺度 2	医師とのコミュニケーション（3 項目）	Q5, Q6, Q7
下位尺度 3	病院職員の対応（2 項目）	Q4, Q11
下位尺度 4	病院の環境（2 項目）	Q8, Q9
下位尺度 5	薬剤に関するコミュニケーション（2 項目）	Q13, Q14
下位尺度 6	退院時の情報提供（2 項目）	Q16, Q17
下位尺度 7	病院の総合的評価（1 項目）	Q18
下位尺度 8	病院の推奨度	Q19

195

196 5. 調査方法

197 5.1 実施頻度、時期

198 患者経験調査は、一般的に年に1回または2回実施する施設が多いですが、一部の施設では、
199 より頻繁に四半期ごと（年4回）や月次で実施することもあります。

200 継続的な調査により、経時的な変化や改善効果を把握できるため、施設の規模や調査体制など
201 を考慮し、適切な実施頻度を検討します。

202 また、季節による入院患者の特徴（インフルエンザ流行期、夏季の熱中症患者増加など）を考
203 慮し、調査結果の偏りを防ぐよう適切な時期を選択します。可能であれば、異なる季節に複数
204 回実施し、年間を通じた評価を行います。

205 5.2 配布方法

206 主な配布方法を紹介します。院内の実情にあわせて設定してください。

207 (1) 退院後郵送

- 208 • 退院後（原則、退院後42日以内）に調査票を郵送し、返信用封筒（切手貼付済み）を
209 同封する。
- 210 • 紛失や未返送のリスクを考慮し、必要に応じて督促を行う。

211 (2) 退院時に配布

- 212 • 退院前日または退院日に患者に直接配布し、退院後の回答を依頼する。
- 213 • 看護師などが調査の趣旨や返送方法などを説明する。

214 (3) オンライン調査（Web 回答）

- 215 • QRコードや専用URLを記載した案内を退院後に郵送または退院時に配布し、スマート
216 フォンやPCでの回答を促す。
- 217 • 紙調査票と併用する形で導入し、希望する方法で回答できるようにする。
- 218 • 具体的な実施手順（例：QRコードの読み取り方、回答フォームへのアクセス方法、回
219 答完了までの流れ）とFAQを追加する。
- 220 • 技術的なサポート体制についても言及し、問い合わせ窓口を明記する。

- 221 • セキュリティや個人情報保護のため、病院独自の認証システムを利用することも検討す
222 る。

223 5.3 回収方法

224 主な回収方法を紹介します。院内の実情にあわせて設定してください。

225 (1) 郵送回収

- 226 • 返信用封筒（切手貼付済み）を同封し、患者が負担なく返送できるようにする。
227 • 一定期間経過後に督促状を送付し、回収率を向上させる。

228 (2) 回収ボックスの設置

- 229 • 病院内（退院手続きカウンター、受付など）に回収ボックスを設置し、投函できるよう
230 にする。
231 • ボックスはプライバシーに配慮し、人目につきにくい場所に設置する。

232 (3) オンライン回収

- 233 • Web 回答フォームを利用し、患者がスマートフォンや PC から直接入力できるようにす
234 る。
235 • 回答率向上のため、メールや SMS でリマインダーを送信することも検討する。
236 • 入力途中での保存機能を用意し、患者が負担なく回答を完了できるようにする。

237 5.4 回答期間

238 回答期間は、院内で設定した調査期間の末日か調査票受け取りから、**2 週間～1 ヶ月以内**を目
239 安に設定し、十分な回答数を確保します。もし、回答期間が長期間にわたる場合、途中で進捗
240 確認や回答を促すフォローアップを行います。

241 事前の調査では、回答期間を 2 週間～1 ヶ月とする施設が多いです。また、一部の施設では、
242 回答期間を特に定めていない場合もあります。

243 5.5 回収率向上のための工夫

- 244 • **調査の趣旨を明確に説明**
245 ◦ 回答が医療の質向上につながることを強調し、協力を得やすくする。

- 246 • **回答者の負担を軽減**
- 247 ○ 短時間で回答できることを説明し、気軽に参加できるようにする。
- 248 ○ オンライン回答を希望する場合、簡単にアクセスできる QR コードを提供する。
- 249 • **フォローアップの実施**
- 250 ○ 郵送調査では未回答者に対し、督促状を送付する。
- 251 • **インセンティブの活用**
- 252 ○ 調査票配布時に、小冊子や病院の広報資料を提供するなどの工夫を行う。

253 これらの方法を適切に組み合わせることで、調査の実施負担を軽減しながら、回収率の向上を
254 図ることができます。

255 6. データの集計と分析

256 6.1 データの集計

257 回収した調査票は、集計作業に入る前に、回答の記入漏れや誤記などがいないかを確認し、必要
258 に応じて欠損値として扱います。

259 集計作業にあたっては、集計用エクセルファイル（別途配布）を使用すると、すでに計算式が
260 設定されているため効率的に集計することができます。さらに、属性別（性別、年齢区分別な
261 ど）に集計することも、データをより詳細に把握するために有効です。

262 6.2 スコアリング方法

- 263 • 患者経験調査の強みは、回答内容を数値化（スコアリング）して、可視化や時系列比較な
264 どができることです。スコアリングには、平均スコアと Top Box スコアの 2 種類がありま
265 す。
- 266 • 実際に平均スコアと Top Box スコアを算出できるツールをご活用ください。
267 > ツール：<http://www.kyokai.or.jp/qa/qa0101.html>（オフィシャルサイトに掲載する）
268 > ツールに入力する際、欠損値は空欄にしてください。
- 269 • なお、スコアリングには、Q1～Q19のうち、分岐項目（Q10、Q12、Q15）を除く 16 項目を
270 用います。

271 (1) 平均スコア：

- 272 • 平均スコアは患者単位で算出されます。
- 273 • 患者ごとに各項目の詳細な回答分布を把握できるため、患者経験の平均的なレベルを把
274 握するのに役立ちます。
- 275 • 経年変化分析や属性別の分析に活用することで、変化や課題を詳細に把握できます。

276 (2) Top Box スコア：

- 277 • Top Box スコアは医療機関や病棟単位で算出されます。
- 278 • 最も肯定的な回答の割合を示すため、患者が「好ましい経験をした」と感じている割合
279 を把握するのに役立ちます。
- 280 • 医療機関のベンチマークと比較するのに適しており、改善の優先順位を決定するのに役
281 立ちます。

282 6.2.1 平均スコアの算出方法

283 (1) 各項目の標準化、分岐項目の処理

- 284
- 285 • まず、逆転項目の Q16 と Q17 の処理をします。「はい」→2、「2.いいえ」→1 に変換
286 します。
 - 287 • 次に、各項目を以下の式を用いて 0～100 点に標準化します。
288 ◦ 標準化スコア = $100 * (\text{回答値} - \text{回答形式最小値}) / (\text{回答形式最大値} - \text{回答}$
289 $\text{形式最小値})$
 - 290 • 例えば「1.一度もそうではなかった」「2.時々はそうだった」「3.大体はそうだった」
291 「4.常にそうだった」の回答形式で、回答値が「3.大体はそうだった」の場合、標準
292 化スコアは以下のように算出されます。
293 ◦ 標準化スコア = $100 * (3-1) / (4-1) = 66.7$
 - 294 • ただし、Q4 で「9.一度もナースコールを押さなかった」と回答した場合は、Q4 は欠損
295 となります。また分岐項目である Q10、Q12、Q15 は標準化を行いません。
 - 296 • 分岐項目は、以下の処理をします。
297 ◦ Q10 が「2.いいえ」または欠損だった場合には、Q11 は欠損となります。
298 ◦ Q12 が「2.いいえ」または欠損だった場合には、Q13 と Q14 は欠損となります。
299 ◦ Q15 が「3.他の医療施設に転院した」または欠損だった場合には、Q16 と Q17 は
欠損となります。

300 (2) 下位尺度得点の算出

- 301
- 302 • 次に下位尺度毎に、各項目の標準化スコアの平均値を算出します（小数第 2 位を四捨五
303 入）。
 - 下位尺度得点は 0～100 点の範囲を取ります。

304 (3) 平均スコア算出例

305 下位尺度「看護師とのコミュニケーション」の回答例

質問項目	回答形式（選択肢の番号がスコアになる）
Q1: 看護師の礼儀と敬意	1□一度もそうではなかった
Q2: 看護師の傾聴	2□時々はそうだった
Q3: 看護師の説明	3□大体はそうだった
	4□常にそうだった

306 • 5名の回答者が以下のように回答した場合の平均スコアを算出する。

回答者 ID	Q1 スコア	Q2 スコア	Q3 スコア
100101	4	4	4
100102	2	1	3
100103	4	3	4
100104	3	3	4
100105	4	4	2

307 (1)標準化スコアを算出する。

308 (2)下位尺度毎に、各項目の標準化スコアの平均値を算出する。

回答者 ID	Q1 標準化スコア	Q2 標準化スコア	Q3 標準化スコア	下位尺度得点
100101	100.0	100.0	100.0	100.0
100102	33.3	0.0	66.7	33.3
100103	100.0	66.7	100.0	88.9
100104	66.7	66.7	100.0	77.8
100105	100.0	100.0	33.3	77.8

309 6.2.2 Top Box スコアの算出方法

310 (1) 各項目の得点の算出、分岐項目の処理

- 311 • 各項目において、以下の式を用いて Top Box スコア（最も肯定的な回答の割合）を算出
- 312 します。
- 313 ○ Top Box スコア = $100 * (\text{最も好ましい回答をした患者数}) / (\text{欠損値を除く全回}$
- 314 $\text{答患者数})$
- 315 ○ 最も好ましい回答：「4. 常にそうだった」、「1. はい」、「4. 必ず勧める」 Q18
- 316 では「9 および 10」を最も好ましい回答とします。

- 317
- 318
- 319
- 320
- 321
- 322
- 323
- 324
- ただし、Q4で「9.一度もナースコールを押さなかった」と回答した場合は、Q4は欠損となります。また分岐項目であるQ10、Q12、Q15はTop Boxスコアの算出を行いません。
 - 分岐項目は、以下の処理をします。
 - Q10が「2.いいえ」または欠損だった場合には、Q11は欠損となります。
 - Q12が「2.いいえ」または欠損だった場合には、Q13とQ14は欠損となります。
 - Q15が「3.他の医療施設に転院した」または欠損だった場合には、Q16とQ17は欠損となります。

325 (2) 下位尺度得点の算出

- 326
- 327
- 328
- 次に、下位尺度毎に、各項目のTop Boxスコアの平均値を算出します（小数第2位を四捨五入）。
 - 下位尺度得点は0～100点の範囲を取ります。

329 (3) Top Boxスコア算出例

- 330
- 5名の回答者が以下のように回答した場合のTop Boxスコアを算出する。

回答者 ID	Q1 スコア	Q2 スコア	Q3 スコア
100101	4	4	4
100102	2	1	3
100103	4	3	4
100104	3	3	4
100105	4	4	2
Top Box 回答者数	5人中3人	5人中2人	5人中3人

331 (1)各項目の得点の算出

332 (2)下位尺度得点の算出

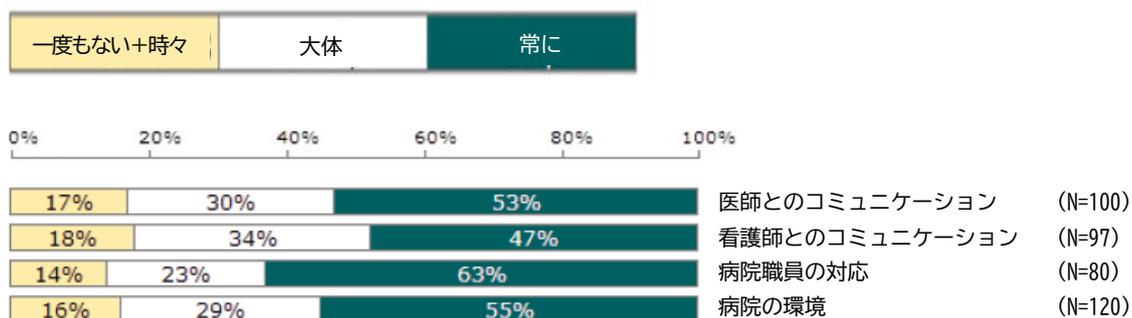
Q1Top Box スコア	Q2Top Box スコア	Q3Top Box スコア	下位尺度得点
$100 \times 3 / 5 = 60$	$100 \times 2 / 5 = 40$	$100 \times 3 / 5 = 60$	53.3

333

334 **6.3 データの分析**

335 多くの施設では、医療機関全体の傾向や改善すべき領域を把握するために、平均スコアや Top
 336 Box スコアの経年変化分析や属性別の分析を実施しています。表計算ソフトを使用すると、よ
 337 り複雑な分析も容易に行うことができます。また、分析結果をグラフや表などで可視化する
 338 と、分かりやすく報告することができます。

339 **分析例 1：回答分布（回答結果の割合を下位尺度ごとに把握する）**

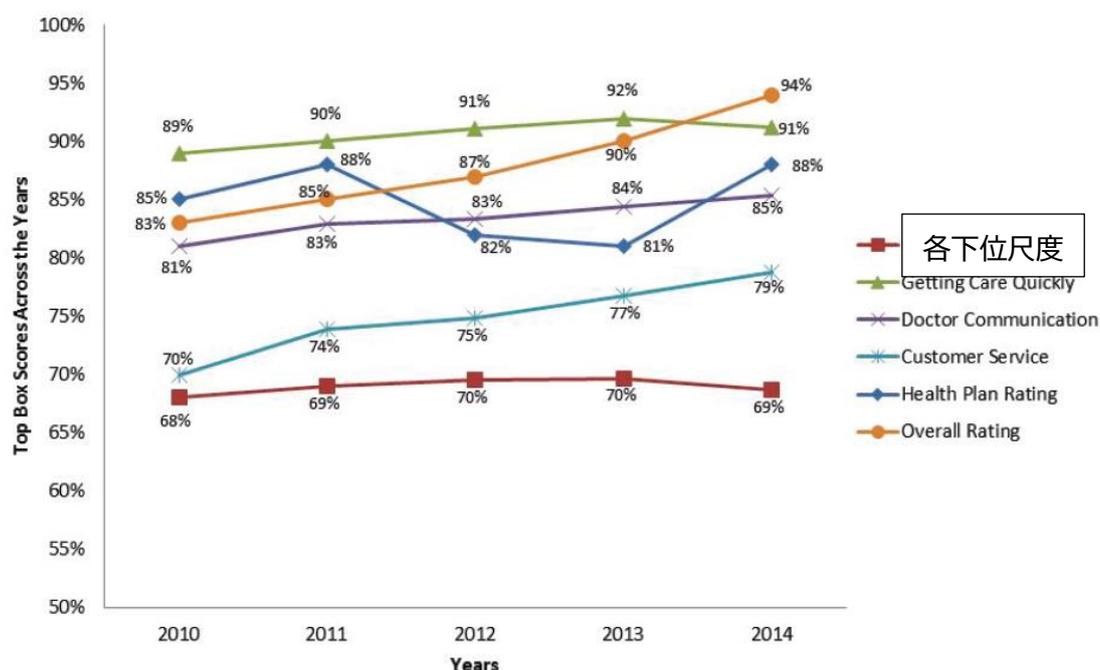


340

341 一部改変：Agency for Healthcare Research and Quality. The CAHPS Ambulatory Care Improvement Guide: Practical Strategies for
 342 Improving Patient Experience. Final, December 2017 ⁴⁾.

343 **分析例 2：経年変化分析（下位尺度ごとに Top Box スコアの変動を把握する）**

344



345
 346
 347

一部改変：Agency for Healthcare Research and Quality. The CAHPS Ambulatory Care Improvement Guide: Practical Strategies for
 Improving Patient Experience. Final, December 2017 ⁴⁾.

348 分析例3：属性別の分析（診療科や病棟別といった属性別に平均スコアを比較する）

349

350

351

352

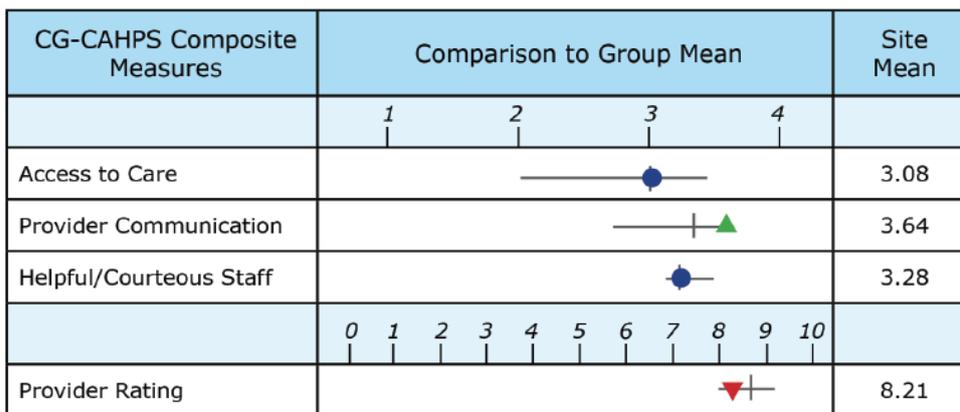
353

354

355

356

357



358

359

360

- Not significantly different from the group mean
- ▲ Significantly higher than the group mean
- ▼ Significantly lower than the group mean

361

一部改変：Centers for Medicare & Medicaid Services. HCAHPS Summary Analyses. HCAHPS Percentiles

362

Table(January 2025 Public Report)

363 分析例4-1：相関分析（下位尺度間の相関関係を把握する）

364 下位尺度間の相関関係から改善すべき事項を特定できます。

- 相関係数が1に近い：正の相関(片方の値が増加すると、もう一方も増加傾向にある)
- 相関係数が-1に近い：負の相関(片方の値が増加すると、もう一方は減少傾向にある)
- 相関係数が0に近い：相関がない(2種の尺度間に直接的な関連性がない)

	Communication with Nurses	Communication with Doctors	Responsiveness of Hosp. Staff	Communication About Medicines	Cleanliness of Hospital Environment	Quietness of Hospital Environment	Discharge Information	Care Transition	Hospital Rating	Recommend the Hospital
Communication with Nurses	1	0.58	0.59	0.53	0.41	0.36	0.31	0.48	0.67	0.61
Communication with Doctors		1	0.42	0.47	0.30	0.29	0.32	0.46	0.56	0.52
Responsiveness of Hosp. Staff			1	0.45	0.37	0.35	0.24	0.40	0.55	0.48
Communication About Medicines				1	0.36	0.31	0.38	0.50	0.51	0.46
Cleanliness of Hospital Environment					1	0.30	0.21	0.31	0.44	0.40
Quietness of Hospital Environment						1	0.15	0.29	0.39	0.33
Discharge Information							1	0.36	0.33	0.31
Care Transition								1	0.53	0.50
Hospital Rating									1	0.80
Recommend the Hospital										1

368

369

一部改変：Centers for Medicare & Medicaid Services. HCAHPS Summary Analyses. HCAHPS Percentiles

370

Table(January 2025 Public Report)

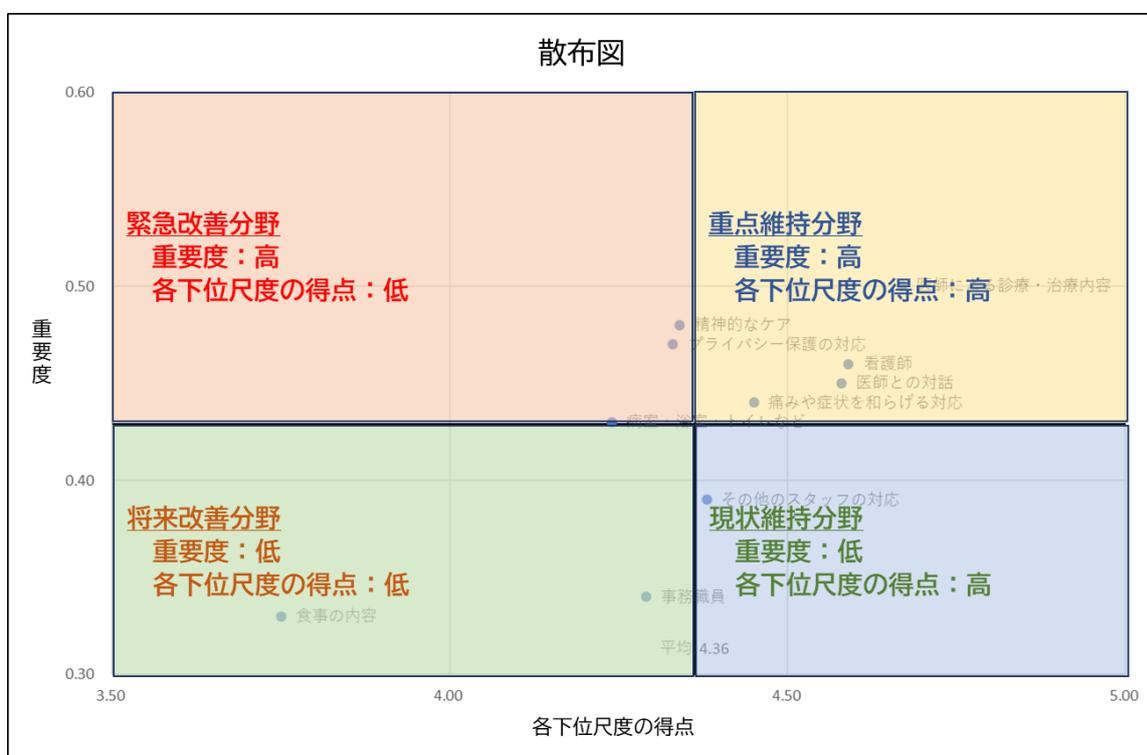
371 分析例4-2：相関分析（総合的評価と各下位尺度の相関関係を散布図で把握する）

372 散布図は、「どの項目から改善に取り組むべきか？」という優先順位をつける上での目安にする
373 ことができます。

374 ただし「現状維持分野に入っているため、改善する必要はない」、「緊急改善分野に入っている
375 ため、すぐに改善しなければならない」というわけではありませんのでご注意ください。

376 【散布図の見方】

- 377 ● 重要度(縦軸) : 「下位尺度7 病院の総合的評価」との相関係数
 - 378 ➤ 右に位置している項目ほど得点が高い。
 - 379 ➤ 上に位置している項目ほど総合的評価と正の相関がある。
- 380 ● 各下位尺度の得点(横軸) : 「下位尺度7 病院の総合的評価」を除いた各下位尺度の得点



381

382 一部改変：日本医療機能評価機構. 満足度調査支援システム 統合版マニュアル(2024年5月1日版)；P54⁵⁾

383

384

7. 結果の活用

385 患者経験調査の結果は、単なるデータではなく、医療の質を向上させるための貴重な情報です。
386 調査結果を適切に分析し、報告・改善施策の立案・実施・評価・フィードバックのプロセスを
387 確立することで、継続的な質向上につなげることができます。

388

7.1 結果の報告

389 調査結果は、病院管理者、委員会、現場スタッフに適切に報告し、改善策の実施につなげるこ
390 とが重要 です。報告書には、以下の内容を含めることを推奨します

- 391 • 調査の概要：調査目的、調査対象、調査期間、調査方法
- 392 ◦ 本マニュアルに記載された「原則」以外の対象や方法等で調査した場合は、その
393 内容を必ず記述します。
- 394 • データ分析結果：各調査項目の結果、全体的な傾向
- 395 • 考察：データ分析結果から得られた示唆、今後の改善点
- 396 • 提言：具体的な改善策

397 グラフや表などを用いて、視覚的に分かりやすくまとめることが重要です。また、調査結果概
398 要を院内各職域に周知し、職員の意識改革を促します。

399 調査結果を外部に公表する際には、自院のパンフレット等への掲載や Web 上への公表なども検
400 討できます。ただし Web 上への公表にあたっては医療広告ガイドラインを遵守してください。

401 多くの施設では、委員会での報告、質改善に向けた取組（環境改善など）に活用しています。

402

7.2 結果の活用

403 (1) 病院管理者・経営層の活用

- 404 • 患者経験調査のスコアを、病院の経営評価指標の一つとして位置付け、定期的にモニタ
405 リングする。
- 406 • 病院全体の方針として、患者中心の医療を推進するための目標を設定し、実績を管理す
407 る。
- 408 • 患者の声を反映したサービス改善計画を策定し、実施状況をチェックする仕組みを整え
409 る。
- 410 • 数値の低い項目に対して具体的な対策を検討する。

411 (2) 関連する委員会での活用

- 412 • 委員会では調査結果を分析し、病院全体の課題を特定する。
- 413 • 院内でのトレンドを把握し、改善施策の優先順位を決定する。
- 414 • 現場職員に調査結果を共有し、特に患者からの評価が低い項目について意識向上を促す。
- 415 • 患者経験の質向上を目的とした研修を企画する。

416 (3) 現場の担当職員へのフィードバック

- 417 • 各病棟や診療科別の結果を分析し、チーム単位での改善策を議論する。
- 418 • 例えば、「ナースコールへの対応」という課題が出た場合、現場レベルで対応方法を改
- 419 善する。
- 420 • 調査結果をもとに、より良い患者対応の実践事例を職員間で共有する。
- 421 • 具体的なアクションプランを立て、実行状況を定期的に振り返る。

422 (4) 改善策の検討・実施・評価

- 423 • 調査結果に基づき、具体的かつ実効可能な改善策を検討する。
- 424 • PDCA サイクル（計画（Plan）、実行（Do）、評価（Check）、改善（Act））に基づい
- 425 た改善プロセスを実践する。
 - 426 ○ 調査結果を分析し、課題を特定
 - 427 ○ 課題に対する具体的な改善策を立案
 - 428 ○ 改善策を実行
 - 429 ○ 改善策の効果を評価
 - 430 ○ 評価結果に基づいて、改善策を修正、継続

431 7.2.1 改善例

- 432 ① 「Q4. この入院中、ナースコールを押した後、すぐに援助が受けられましたか。」とい
- 433 う質問項目に「4口常にそうだった」の回答が少なかったため（Top Box スコアが低か
- 434 ったため）、看護師の配置やナースコールのシステム改善などの対策を講じた。
- 435 ② 下位尺度ごとの平均スコアをレーダーチャートで示したうえで、自院の弱みを分析した
- 436 結果、退院時の情報提供に関する課題が浮き彫りになったため、退院時の説明方法の見
- 437 直しや、退院時説明資料セットの作成などの対策を講じた。
- 438 ③ 散布図で緊急改善分野に医師とのコミュニケーションが挙げられ、診療室内のプロセス
- 439 の問題点が明らかになったため、管理者層が医師との個別面談や新人教育の中で、患者
- 440 の訴えを共感する大切さを一層伝える取組を始めた。
- 441 ④ 病棟別に分析したところ、産科病棟における看護師とのコミュニケーションのスコアが
- 442 低かったため、管理入院から退院までにおける妊産婦の身体変化や行動経験、困難や感

443 情を Journey Mapping で整理し改善策（妊産婦向けのパンフレットを用いた丁寧な説明
444 や安心感のある色合いのスクラブの着用など）を検討した。

445 **7.3 効果のモニタリングと次回調査へのフィードバック**

446 改善策の実施状況を定期的にモニタリングし、効果測定を行う仕組みを導入します。改善策の
447 効果が不十分な場合は、再度改善策を検討、実施します。

448 また、次回の調査に向けて、今回の調査結果を分析し、改善点や留意点を記録する仕組みを構
449 築します。

450

451

8. 留意事項

452

- 患者経験調査は、継続的に実施していくことが重要です。

453

- 継続的に調査を実施することで、改善策の効果を測定し、さらなる改善につなげることができます。

454

455

- 調査結果を公表することで、病院の透明性を高め、患者からの信頼を得ることができます。

456

457

- 公表する際には、医療広告ガイドラインを遵守すること、個人情報保護に十分配慮する必要があります。

458

459

- 倫理的な配慮も重要です。

460

- 患者に調査への参加を強制したり、回答によって不利益を被るようなことがあってはなりません。

461

462

463

464 付録

465 付録 1：日本語版 HCAHPS 調査票

466 【使用許諾】

467 HCAHPS 日本語版は、米国 Agency for Healthcare Research and Quality および Centers
468 for Medicare & Medicaid Services の承認のもと開発されました。

469 本尺度の改変は許可されていませんが、冒頭の説明文のみ、調査・研究の内容に合わせて
470 変更をすることは構いません。

471 本尺度の使用は無償（販売は禁止されています）です。また本尺度を使用し学会発表や論
472 文執筆を行う際には、以下の論文を引用して下さい。

473 Aoki T, Yamamoto Y, Nakata T. Translation, adaptation, and validation of the
474 Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (HCAHPS) for use
475 in Japan: A multicenter cross-sectional study. BMJ Open. 2020;10(11):e040240.

476 付録 2：用語集

患者経験 (Patient Experience:PX)	患者が医療サービスを受ける中で経験する全ての事象。
患者満足度調査	患者の主観的な印象や評価を尋ねる調査。
患者経験調査	受療中に遭遇した具体的な事象や経験の有無を尋ねる調査。
HCAHPS (Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems)	米国で開発された患者経験調査。
下位尺度	19 個の調査項目をいくつかの評価領域に分類したものの。現状把握や時系列比較などのデータ分析に活用する。
平均スコア	各項目の標準化スコアの平均値を、患者単位で算出したもの。
Top Box スコア	各項目において、最も肯定的な回答の割合を算出したもの。

477 付録 3：引用・参考文献

478 引用文献

- 479 1. Aoki T, Yamamoto Y, Nakata T. Translation, adaptation and validation of the
480 Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (HCAHPS) for
481 use in Japan: a multicentre cross-sectional study. *BMJ Open*. 2020;10:e040240.
482 doi: 10.1136/bmjopen-2020-040240
- 483 2. 青木 拓也. Patient Experience (PX)評価の意義と展望. *医療の質・安全学会誌 = The*
484 *Japanese Journal of Quality and Safety in Healthcare*. 2022;17(4):393-
485 398. Available from: <https://ndlsearch.ndl.go.jp/books/R000000004-I032524598>
- 486 3. 小泉 俊三ら, 医療の質改善における患者経験調査有用性の実証研究, 「患者の目で見た
487 医療評価」研究会, 2004
- 488 4. Agency for Healthcare Research and Quality. The CAHPS Ambulatory Care
489 Improvement Guide: Practical Strategies for Improving Patient Experience.
490 Final, December 2017.
- 491 5. 日本医療機能評価機構. 満足度調査支援システム 統合版マニュアル(2024年5月1日
492 版); P54
493 [https://www.jq-hyouka.jcqhc.or.jp/wp-content/uploads/2024/05/manzokudo-system-](https://www.jq-hyouka.jcqhc.or.jp/wp-content/uploads/2024/05/manzokudo-system-manual-20240501-ver.pdf)
494 [manual-20240501-ver.pdf](https://www.jq-hyouka.jcqhc.or.jp/wp-content/uploads/2024/05/manzokudo-system-manual-20240501-ver.pdf)

495 参考文献

- 496 a. Centers for Medicare & Medicaid Services. HCAHPS Quality Assurance Guidelines
497 V19.0., October 2024
- 498 b. 一般社団法人日本ペイシェント・エクスペリエンス研究会. ペイシェント・エクスペリ
499 エンスー日本の医療を変え、質を高める最新メソッド. 三輪書店; 2022.
- 500 c. 中村好一. 基礎から学ぶ楽しい疫学 第3版. 医学書院; 2013.
- 501 d. 総務省統計局(データ・スタート). ゼミナール編(2)～調査実施と分析ー標本抽出の諸
502 方法 <https://www.stat.go.jp/dstart/point/seminar/02/2-1-2.html>

503 補足

504 本マニュアルは、あくまでも一例であり、病院の規模や診療科、患者の年齢層などによって、
505 調査の目的、対象、方法、時期、分析方法、結果の活用方法などを適宜変更する必要があります。
506 す。より詳細な情報については、参考文献を参照してください。