



## 医業経営エキスプレス

日本医業経営コンサルタント協会

東京都支部 企画委員会委員

外山和也

2022年11月25日

### 病院事務職は、深く現場に入り込め

#### 業績不振打開のために事務職員が当直に

筆者が医療機関に勤務していた10年以上前のこと。病院の業績不振打開のため経費削減の一環として、外部に委託していた「事務当直」業務（夜間の救急受付など）を当面は病院の事務職員で回そうということになりました。

病院事務職が全員でやろうというのであれば一層機運は高まったのではないかと思います。病院の背後には繁華街があり夜間はリスクな患者（モンスターペイシエント）が来る頻度が高まることなどを考慮。

女性職員はその対象外とし一般職男性事務職員は全員が対応し、役職者は希望者というか志願者が入ることになりました。筆者は志願して2~3年の間に延べ30回以上は、当直をしたと記憶しています。つまり延べにすると、ひと月は病院に泊まり込んだことになりません。

結果として、事務職員が「事務当直」をしたからといって経済的にはさほど効果はなく、病院事務職全員で回すのではなく特定の層に負担を掛けたことから、職員からの反発がなかったわけではありませんでした。実際に当直をしてみると「病院の昼とは違う夜の顔が見えたこと」「当直する者同士の絆が生まれたこと」は大きな収穫だったと思います。

この病院では医療職以外の当直は3人の体制で、従前は「事務当直」とガードマン、それに施設担当者をすべて委託していました。このうちの「事務当直」を委託から職員に切り替えることになったわけです。

### 「事務当直」は「ひと晩病院を守る」

「事務当直」が一晩のうちに何をしているのか。病院によって多少は違うのですが、一口にいえば救急外来の受付をメインとして、「ひと晩病院を守る」ことといえます。

基本的にガードマンとペアを組むことになりますが、ガードマンは施錠されているか、電気の消し忘れがないか、定期的に病院中を見回る本来業務がありその空白の時間帯には施設担当者に援軍に来てもらいますが、基本的にガードマンと協調して夜の病院を守ります。

ちなみに施設担当者の本拠地は地下で、ボイラーや電気設備装置の近くに陣取っているのですが、ガードマンが不在の時間帯には1階の救急外来受付の部屋に来てもらっていました。

### 事務当直の業務

事務当直の仕事を業務分掌規程風に書くと、▽時間外の病院代表電話対応▽救急患者受け入れ対応準備（カルテの用意、診察券の作成）▽患者来院時の受付対応▽E R 処置室への患者誘導▽救急隊対応（報告書の受領など）▽診療終了後の一時金預かり、今後の通院・精算の説明▽その他夜間病院を維持するために必要な事項。こんな感じになるのでしょうか

「事務当直」として、雀の涙ほどの当直手当が出ていましたが、実態は「夜勤」で、平均的に一晩に10人以上の患者が、救急搬送もしくはWALKINで訪れます。病院の前に救急車が3台も並んでしまうこともありました。

たまには一晩中まったく救急車が来ない静かな夜もあったようですが、筆者の当直時の記憶ではいつも日付が変わるころまでは、何かしらの事務をしたり、院内を走り回っていたと思います。

夜中の2時か3時ごろに落ち着いていれば、交代で2～3時間の仮眠ができることもありますが、そうはいかない日もありました。仮眠ができたとしても事務当直には仮眠室が用意されているわけではなく、救急受付をする部屋の片隅にある簡易ベッドで、カーテンを引き・光を遮って目を閉じようとする程度で、物音がしたり電話が鳴ったりすればすぐに覚醒してしまいます。

## 紙カルテで運用をしていた時代

筆者が当直に入ったころは、電子カルテが紙カルテに取って代わる直前で、まだ紙カルテで運用していた時代でした。今なら電子カルテシステムにIDか患者名を入力すれば直ぐに患者の診療情報が出てきますが、この時代には夜中に当該のカルテを探すのには苦勞がありました。

救急搬送の場合には、救急隊から直接ERにいる看護師に搬送されてくる患者の情報もたらされます。

これを受けてERの看護師から救急外来受付に内線で患者の属性に関する情報が伝えられ、「事務当直」担当者は患者が病院に救急搬送されてくるまでにカルテを取り出して、ERの処置室に持っていかなくてはなりません。

この病院は都心の限られた土地に建てられていて、外来のスペースが1階から2階に吹き抜けの構造で、1階にカルテ室を設ける余裕はなく3階に設けられていました。

働く職員にとっては決してよい導線ではありません。聞くところによると電子カルテ導入後はカルテ室の稼働は下がる想定で、病院の一等地である1階フロアにカルテ室を作らなくてもいいという発想があったようです。

## 真夜中にインアクティブなカルテを捜索

さて、「事務当直」者はERからの内線で受けた患者情報のメモ紙を片手に、ひとりカルテ室の鍵とPHSをもって暗い階段を伝うか、静まり返った深夜にストレッチャーが乗る大型のエレベーターで3階のカルテ室に向かいます。

カルテ室の鍵を開け、カルテ庫と連動しているカルテ・データベースの端末を叩きます。探しているカルテがアクティブ（患者が継続して通院している場合など使用頻度の高いカ

ルテ)であれば、カルテ庫の下にはレールが敷設されており、当該のカルテ棚が動き、目指すカルテのある場所の上のランプが点灯し、通常は割と容易にカルテを取り出すことができます。

しかしインアクティブ(使用頻度が少なく通院がしばらくしない患者のカルテ)であると、別のカルテ庫にID番号順に整理されているはずなのですが、ここは人の手で整理しているため、当該のところになくまったく別のところで見つけることも少なくありませんでした。

探すのがもっと大変なのは、アクティブカルテが所定の場所に保管されていない場合です。何らかの理由で持ち出されているのです。こうなると検索が大変で、夜中の真っ暗な病院内を1人で探索しなければなりません。

幽霊伝説のある部屋もあります(筆者は全然気になりませんでしたが、靈感の強い人は大変なのだそうです)。カルテの取り出しに時間が掛かっていると、ERからは容赦なく「カルテはまだか」と催促の電話がかかってくる。

筆者は「事務当直」した時に、マニュアルなどには書かれていないノウハウを親子ほども違う先輩のガードマンや、やはり親子ほども違う医事課の若手職員から伝授してもらいました。

#### ガードマンから教わったカルテ探しのノウハウ

あるベテランのガードマン氏は当直経験が豊富で「事務当直」以上にその業務に精通していました。アクティブカルテが所定の場所がないときに、夜中に病院中を1人やみくもに探しても見つかるものではなく、カルテがどこにあるか推測した上で行動に移すことを学びました。

翌日が外来受診予定の患者が急変して夜間救急搬送されるケースがあります。この場合には外来のブースを探すと見つかる可能性が高まります。翌日の予定外来患者のカルテは、前日のうちに各外来ブースに備え付けてあるカルテ収納カートに移すシステムになっているからです。

逆に退院直後に救急搬送されてきた場合であれば、カルテが診療情報管理室にあったり、退院時サマリーを書いている最中の、医局の主治医の机の上に山積みされていたりします。

## 医事課若手職員から教わった診察券作成のテクニック

当然ながら患者登録のない患者が、夜間に救急搬送されてくることがあります。このような場合には保険証のコピーを取り、その記載事項をもとに患者のマスター登録をして診察券（IDカード）を発行します。

院内ではオーダーリングシステムを介して動いているため、これがないとCT検査も血液検査もできません。時間に余裕があるときであれば患者の住所や保険証番号などマスター登録をしますが、目の前の患者をさばくのにアップアップのときはその余裕がありません（名前の漢字変換につまずくことなどは、頻繁にありました）。そんなときに医事課の若手職員から知恵を授かったことがあります。

「全部マスター入力しなくても診察券（IDカード）は発行できますよ。名前のカナ入力と、生年月日、性別さえ入れてあれば大丈夫です。残りの項目は患者対応が落ち着いたときに入力すれば大丈夫ですよ。それでもできないときは日勤帯勤務の医事課職員に引き継げばやってもらえますよ」と教えてくれました。

救急外来受付のすぐ隣に職員通用口があり、職員が帰るときには救急外来の様子がよく分かります。この医事課の若手職員は、月初の前月分レセプト請求処理のため遅くまで残業しての帰り際に、救急外来の受付が混んでいて慣れない「事務当直」があたふたしているのを見て、疲れているのに手伝ってもらった際に教えてもらったテクニックでした。

「どこで教えてもらったのか、たまたまやってみたらうまくいったのか」は知りませんが、餅は餅屋でマニュアルには書かれていない知恵を持っているものだと驚かされました。

## 当直で得た多くの発見、大きな収穫

「事務当直」をしていると、患者や家族からいろいろと相談を受けます。話を聞いていると驚くほど患者の社会的背景が見えたりもしました。志願しての当直は、肉体的にはハードでしたが、普段とは違う環境に身を置いてみると多くの発見があり、大きな収穫がありました。

マニュアルに書かれていることが、最良の方法であるとは限らないでしょう。例えば昔ながらの「親方の背中をみて学ぶ（盗む）」ことのほうが、マニュアルを読むよりも本人の納得感がずっと大きいこともあります。ただそれだけだと「個人の学び」で終わってしまいま

す。

かつて病院内で行った「内部監査」が有用だったことを思い出します。病院機能評価や立入検査が入る前に、相互に他部署を監査する仕組みです（例えば、経理課が薬剤科を監査する。経理課は看護部の〇〇病棟が監査する、という仕組みです）。

現場スタッフが内部監査をすることは、他部署のことを事前に勉強したり、被監査部署へのインタビューに時間を割かれたりしてで、大変な面もありますが、他の部署をのぞく機会があると新しい発見があります。

監査者にはISOでいうところの不適合の事項だけを書き出してもらうのではなく、その逆のよい状態「グッドポイント」について監査報告書に書いてもらいます。この「グッドポイントは、組織のよい取り組みや実績にスポットをあてて、さらなる活動の推進を後押しするもの」とされます。これを医療機関全体で共有すれば、大きな財産になると思います。