

## 北里大学病院耳鼻咽喉科初診外来診療における医療秘書導入の有用性

遠藤 英美<sup>1</sup>, 天川 久子<sup>1</sup>, 川上 美智代<sup>1</sup>, 山岡 礼<sup>2</sup>,  
鈴木 立俊<sup>3</sup>, 中山 明仁<sup>3</sup>, 岡本 牧人<sup>3</sup>

<sup>1</sup>北里大学病院看護部

<sup>2</sup>北里大学病院耳鼻咽喉科

<sup>3</sup>北里大学医学部耳鼻咽喉科学

**背景:** 北里大学病院耳鼻咽喉科外来では2008年より再診外来に医療秘書を導入した結果、診療時間の短縮、処置入力増加の効果が見られた。今回、初診外来(秘書1名対複数医師)における医療秘書の有用性について検討した。

**方法:** 医療秘書導入前後の処置入力件数とその内容を調査した。医療秘書の医師補助業務として、処置入力、再診予約取得、病名入力代行、の3点を検討した。その他に医療秘書が行える医師・看護師の補助業務を検討した。また医療秘書のワーキングスペースについても検討した。

**結果:** 医療秘書導入により処置入力件数は増加した。入力内容は内視鏡とめまい関連検査が多かった。医療秘書の医師補助業務としては、診療後の再診予約取得は医師に任せる方が効率的であった。病名入力補助は有用であった。看護師の補助業務として、患者振り分け、カルテの搬送、聴力検査オーダーの入力代行、内視鏡洗浄作業を行った。また医療秘書のワーキングスペースとして、診察室後方に別室として机と端末を用意すると良いと考えた。

**結語:** 医師の業務過多を防ぐために医療秘書が雇用された。初診外来を担当する数名の医師に対して医療秘書1名を雇用した結果、入力ミスが減少し、処置件数は50%増加した。医療秘書は看護師業務の補助にも貢献した。その結果、看護師も本来の看護業務を遂行でき、また、過労や消耗の防止にも有用であった。患者サービスの向上や病院経済にも貢献した。医療秘書が業務を遂行するには医療秘書のワーキングスペースを考慮した外来構造が望まれた。

**Key words:** 燃えつき症候群, 患者サービス, 病院経済, 医療秘書

### 序 文

北里大学病院耳鼻咽喉科外来は、一日平均受診患者192.8人のうち、初診外来受診患者は38.2人を占めている(2008年5月~2010年4月)。当外来は初診外来・再診外来・専門外来に分かれている。初診担当医は3~4人/日が専属で診療に当たっている。初診外来は予約制の再診外来と異なりあらかじめ来院患者数や患者状態を把握することができない。受診患者背景は様々で、多くの初診患者だけではなく、内服薬継続を希望し予約外で受診する患者や、当日至急でレントゲン、CT、超音波、採血等の必要な患者や緊急手術となる患者もいる。また、診察室や処置室で生検や切開・排膿など緊急手術・処置が必要な患者もおり、患者一人にかかる診療時間は予測できない。検査、処置、処方、注射、予約オーダー及び紹介状の返信は全てコンピュータ入力で行われる。一方、カルテはコンピュータから出力したカルテ用紙に手書きで記入しスキャンする方式であ

る。現行のシステムでは医師がコンピュータと向き合う時間は少なくない。2008年4月、診療報酬が改定され診療補助として医療秘書の導入が認められたが、大学病院はその制度の適応から除外された<sup>1)</sup>。しかし、当院耳鼻咽喉科の再診診療において、2008年から独自に医療秘書を導入し、1名の医師の補助業務を行ったところ、診療時間の短縮や処置件数の増加が認められた<sup>2)</sup>。今回、初診外来(初診・予約外診療)において、かつ複数の医師の診療に対して一人の医療秘書の介入について検討し、合わせて今後の新病院建設を視野においた医療秘書のワーキングスペースについて検討したので報告する。

### 対 象

対象は2009年4月~8月に当院耳鼻咽喉科の初診外来を受診した患者(初診および予約外患者)である。

医療秘書導入前の患者とは2009年4月1日~5月29日

間の内、ゴールデンウィークを除く7週間(実日数39日)に受診した1,509名であり、医療秘書導入後の患者とは2009年6月17日～8月6日間の水・木曜日(実日数14日)に受診した571名である。

患者一人一人に看護師があらかじめ研究の主旨を口頭で説明し、了解を求めた。特に拒否された方はいなかった。

## 方 法

### 1. 医療秘書導入前後の処置入力件数と内容の調査

医療秘書導入前は、月曜日～金曜日の初診外来受診患者全員の処置入力件数と処置内容をコンピュータ内の個人画面から調査した。

医療秘書導入後は医療秘書が勤務した水曜日・木曜日の初診外来について受診患者の処置入力件数と処置内容をコンピュータ内の個人画面から調査した。

導入前後の比較検討を行った。なお、本研究では医師が診察室または処置室で実施する検査・処置・手術を処置とした。

### 2. 医療秘書の業務内容の実態調査

#### 1) 診療中の処置入力

医療秘書は当院耳鼻咽喉科の再診外来での業務経験があったため、耳鼻咽喉科における処置についてはある程度把握していたが、導入前に1か月間、初診外来においてオリエンテーションを行った。処置入力の方法として、初診診察室後方の医療者用通路に医療秘書専用のコンピュータ端末(以下、端末)を設置した。

#### 2) 診療後の再診予約取得

再診予約は診察終了間際に入力される。予約取得には30秒から2分くらいを要するので、医療秘書に作業の代行を依頼する意義は大きいと考えた。診察室で医師が患者画面を終了させた後、診察室後方に設置した医療秘書専用機と端末で再診予約を入力する方法とした。その際、患者には医療秘書専用機のあるところまで移動してもらった。診察室後方のスペースは、医療

者通路になっており、患者のプライバシー保護のためスクリーンを設置した。

#### 3) 診療後の病名入力チェック

医師は病名を必ず入力しなければならない。とくに初診外来ではほぼ全患者に必要である。ところが、医師は主病名はほとんど入力するが、処置や検査に関連した病名は入力が増えがちになる。診療中、あるいは診療後に、患者カルテ等をチェックして病名を医師に確認し、代行入力する作業を行った。

#### 4) その他の業務

そのほかに医療秘書ができる業務があるかどうか、トライアルの過程で検討していくこととした。

### 3. 医療秘書のワーキングスペースの検討

現行の外来構造は医療秘書の存在を想定していない。今回のトライアルの中で、将来、外来を改造する場合には、どのようなワーキングスペースが有効かを考えながら、作業を行うこととした。

## 結 果

### 1. 医療秘書導入前後の処置入力件数と処置内容

#### 1) 処置件数(表1)

医療秘書導入前後で水・木曜日の初診外来の一日平均受診患者数は、+1.0人と有意な差はなかった。医師1人当たりの平均受診患者数が13.9人から12.1人に減少したのは、医療秘書導入後7月から、木曜日の初診担当医が3人から4人に増員されたためである。

処置入力件数は、280件から418件と138件(49.3%)増加した。一日平均9.9件の増加であった。418件の処置入力のうち、175件(41.8%)を医療秘書が入力した。

同一患者に複数の処置がされている場合もあるが、単純に受診患者数に対する処置件数の割合をみると、導入前が47.1%(水・木曜日に限ると47.9%)、導入後は73.2%であった。

#### 2) 処置内容(表2)

医療秘書が入力した処置内容を表2に示す。内視鏡検

表1. 医療秘書導入前後の変化

	医療秘書導入前 全初診医 (39日間)	医療秘書導入前 水・木初診医 (14日間)	医療秘書導入後 水・木初診医 (14日間)
初診受診患者	1,509人	584人	571人
一日平均受診患者数	38.6人	41.7人	40.7人
医師一人当たりの平均診察患者数	14.4人	13.9人	12.1人
処置入力総数	710件	280件	418件 (内、医療秘書の入力件数は175件)
一日平均処置入力数	18.2件	20件	29.9件
医師一人当たりの平均処置入力件数	6.8件	6.7件	8.8件 (内、医療秘書の入力件数は3.9件)

査とめまい関連の検査が170件と医療秘書が入力した処置の97%を占めた。医療秘書が処置入力した175件の保険点数は、合計62,385点であった。

## 2. 医療秘書の業務

今回のトライアルにおいて実施した医療秘書の業務およびその状況は以下の如くであった。

### 1) 診察中の処置入力

検査や処置の中には診察状況を見て何の検査・処置をしているのか判断のつくものがある。当初、初診診察室後方の医療者用通路に医療秘書専用の端末を設置し、入力することを試みた。しかし、当院では診察室で患者画面が展開されていると、他の端末で同じ患者のオーダ、処置入力ができないシステムになっているため、この試みはうまくいかなかった。そこで処置の際、医師が患者と向き合っている間に処置入力するという方法に変更した。内視鏡検査は観察する部位によって検査名が異なるため、判断がつかない場合は医師に確認した。入力した処置は最終的に医師が確認し、誤っている場合は指示に従って修正した。3~4人の医師に対して入力業務を行うため、医療秘書は診察室後方を常に移動し入力を行った。同時に複数の処置が行われた場合は、医師に入力を任せた。

### 2) 診察後の再診予約取得

医師の診察終了後、患者に診察室後方の医療秘書専用机まで移動してもらい、医師から口頭で受けた再診予約日を入力した。2名の患者に行ったが、医師の指定した日が患者の都合に合わず、再診日の変更のため再度医師に問い合わせたり、今後の検査や当日の診療内容に関する質問があり、結局、医師のところに戻ることになった。医師側からも、診察に引き続いて医師が再診予約を入力した方が良いと言われ、わずか2名でこの試みは終了した。

### 3) 診療後の病名入力チェック

当院のコンピュータシステムでは生理検査・画像検査・処方等を入力する場合は医師が病名を入力しな

ければならない。そのため、病名漏れは必ずしも多くは無かった。医療秘書により、処置を施行した患者全員の病名入力の有無を確認し、入力の無い場合は医師に確認の上、入力を代行した。入力は2~3件/日だった。

### 4) その他の業務—医療秘書が補助できた看護業務

再診予約入力を断念したため医療秘書に時間的余裕ができ、医療秘書が看護業務の一部を補助できた。

初診外来は担当看護師1名である。看護師の行っている業務のうち、看護専門職でなくてもできる業務を検討し、以下の業務をサポートした。すべてを医療秘書に依頼するのではなく、看護師が医療秘書の動きを見て判断・指示するなど適宜協力しながら行った。

#### ① コンピュータ上の患者振り分け業務とカルテの搬送

初診・予約外で受診した患者は、受付されるとコンピュータ上「耳鼻咽喉科: 予約外」の欄にリストアップされる。初診責任医が問診票・紹介状・外来カルテを参照し、各医師の担当を決定する。それを見て看護師が端末上で各医師に振り分ける。この看護師業務を医療秘書が代行した。その後、外来受付の所定場所に置いてあるカルテを各医師の診察室に運ぶ作業も代行した。

#### ② 聴力検査受付処理

医師の指示により、診察前聴力検査が必要な患者についてコンピュータ上の検査受付業務を代行した。検査未受付、受付済み、検査済みごとにカルテの置き場所を決め、看護師と声をかけながら業務することで、検査に入る時間や検査後カルテが診察室に回る時間が早くなった。看護師が多忙の時はその間にカルテ処理が遅れることがあったが、それが解消できた。

#### ③ 内視鏡の洗浄・消毒・乾燥

耳鼻咽喉科診察では、内視鏡検査を診察中に行う。検査が終了した内視鏡は所定の手順・時間で、洗浄・消毒・乾燥を行う。この作業には細菌感染や機器の破損などの危険が伴うため、手袋の使用、作業後の手洗い、機器の取り扱い等を指導した上で医

表2. 期間中(2009年6月17日から8月6日の水・木曜日)の処置件数と医療秘書の入力

	総件数	医療秘書 入力件数	医療秘書 入力の割合	保険点数	医療秘書入力分の 保険点数
喉頭ファイバースコピー	115件	66件	57.4%	600点	39,600点
鼻咽腔または鼻副鼻腔 ファイバースコピー	33件	13件	39.4%	600点	7,800点
平衡機能標準検査	59件	27件	45.8%	20点	540点
頭位及び頭位変換眼振検査	69件	36件	52.2%	150点	5,400点
視標追跡検査	51件	28件	54.9%	120点	3,360点
その他の処置(検査・手術含む)	91件	5件	5.4%		5,685点
合計	418件	175件	41.8%		62,385点

療秘書が一部を分担した。

### 3. 医療秘書のワーキングスペース

初診診察室後方に医療秘書専用の机と端末を設置し、ワーキングスペースとしたが、実際には再診予約取得業務はわずか2件しか行えなかった。また、処置入力もこの端末では行えなかった。そこで現在の診察室内の端末の位置を患者側(図1A)から、医療秘書が業務しやすいように診察室後方側(図1B)に移動した。その結果、医師が患者と向き合い説明している間に医療秘書が端末から入力するのが容易になった。しかし、患者から端末までの距離が長くなったため、患者に検査結果や画像を見せるには、逆に不便になった。最終的には医師からの要望もあり元の端末位置に戻した。

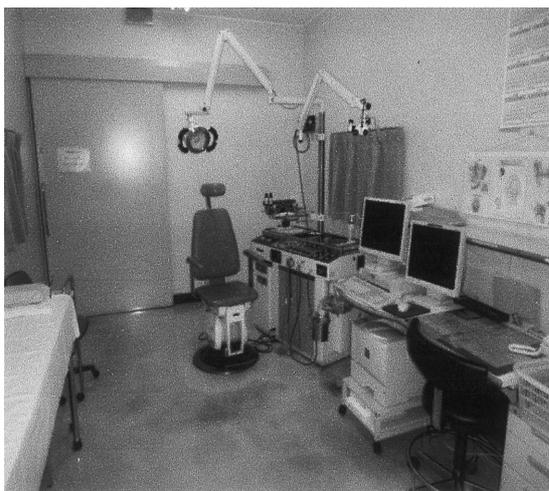
## 考 察

一般に病院においては処置の入力漏れが多い。ここでいう処置には、診療報酬請求上の処置だけでなく、診察室で医師が行い、算定できる検査および手術を含む。医師はこれらの処置を施行する際には、患者に説明し、了解を得て、多くの場合必要な器材を自分で準備し、医療行為を行い、その結果を患者に説明し、カルテに記録する。ときには器材の後片付けも行う。こういう一連の操作の最後に、その処置をコンピュータ入力する作業がある。経営者にとっては必ず行ってほしい行為であるが、一連の作業の中でもっとも抜け落

ちるのがこの部分である。この操作が診療の流れを阻害することがもっとも大きな理由であるが、勤務医師の意識の中で優先順位が低いこともある。現行のシステムでは医師は端末に向かって作業することが多く、そのことが患者の方を向いていない<sup>3</sup>という自責の念や、もともとこういう作業に不慣れなこともあり、大きなストレスとなっている。医療秘書はこのような医師の作業を補助するために導入されたが、大学病院では他の目的たとえば医局の雑用に使われる可能性があるという理由で認められていない<sup>1</sup>。医療秘書養成校もこれまでは医局秘書をターゲットに養成されてきたことも背景にあるかもしれない<sup>4</sup>。本研究では、大学病院の外来における診療補助が医師や看護師の業務負担を軽減できるかについて、主として定性的な検討を行うとともに、医療秘書の雇用を病院へ働きかけるために、数値化できるメリットについても考察した。

### 1. 医療秘書導入前後の処置入力件数

岡本ら<sup>2</sup>は大学病院の再診外来において、「医療秘書の導入により入力漏れが少なくなり、結果として処置入力は医師1名当たり平均4.0件増加した」と述べている。これは再診医師1人の診察に医療秘書が1人ついた場合の結果であった。今回の検討では医師3~4人に医療秘書1人であったが、処置入力は医師1人当たり2.1件の増加であった。このことは、初診外来においても処置の入力漏れがあり、医療秘書がこれをある程度カバーできたことを示すものである。もし、マンツーマ



A. 通常のモニタの配置

患者用椅子側にモニタとキーボードがあり、医師のワーキングスペースは画面右端にある。モニタを患者に見せやすい。



B. 医療秘書の入力しやすさを考慮したモニタの配置

医師用机で、モニタとワーキングスペースを回転した。再診外来ではこちらの方がやりやすいので、利用している。医師が診察時に医療秘書が入力しやすい。しかし、初診外来では、患者説明でモニタが遠いとの意見が多く、元(A)に戻した。

図1.耳鼻咽喉科外来診察室

ンであれば1人当たりの処置入力量は再診外来の実績から見て少なくとも2倍になる可能性がある。初診外来において入力漏れをできるだけ防止するには、医療秘書がカバーする医師は1~2名が望ましいと思われた。

また、再診外来における処置入力割合は医療秘書導入前10.4%、導入後22.8%であった<sup>2</sup>が、初診外来ではそれぞれ、47.1%、73.2%であったことから、外来全体としての処置入力漏れを防止するには初診外来を医療秘書がカバーする方が効果的と言える。序文に掲げた実数等から概算すると、初診での処置数は28.0件(38.2人×73.2%)、再診・専門外来では35.2件([192.8-38.2]×22.8%)で、初診外来は再診・専門外来の80%の件数であるが、初診外来の方が担当する医師数が少ないので、医療秘書投入の効果が大きいと思われる。このことは今後医療秘書の増員を考える際の体制やその経済的根拠として重要である。

医療秘書の導入により2.1件の処置入力増加があり、一方で、医療秘書が入力した処理数は3.9件だったので、1.8件はこれまで医師自身が入力していた部分を肩代わりしたとも言える。処置入力を完遂するには6~8回のマウス操作を要し、時間的にも1分から3分を費す。これを医療秘書が代行することにより、浮いた時間は単純に診療時間の短縮につながる場合もあるし、医師に肉体的・精神的余裕が生じ、患者と向き合う時間やカルテを書く時間に使われることもある。いずれにしても医療秘書本来の目的<sup>3</sup>を果たしたことになり、患者サービスや満足度につながるものである。

総入力件数からみると、導入後1日あたり9.9件増加した。この数値は、1日当たり、6.3件から8.4件への増加(医師1人当たり2.1件増なので)より多い。このことから、医療秘書の介入により医師も処置入力をするようになったことがわかる。つまり、医療秘書が入力しているのを見て、医師の処置入力に対する意識が高まった可能性が考えられる。このような医師の意識変革は単に医療秘書が存在しているだけでは達成されず、医師が医療秘書導入の目的を理解し、かつ、医療秘書とのコミュニケーションが十分取れている必要がある。このためには、医療秘書が各科に専属で配置されることが望ましいと思われた。

## 2. 医療秘書が主に入力した処置内容

医療秘書の入力内容では、内視鏡検査とめまい検査が97%と圧倒的に多かった。これらの検査は、診察を見ていて、医療秘書が認識しやすい検査である。逆に言うと、耳・鼻・咽頭の処置や小手術では、医療秘書が気づかないまま入力漏れになっている可能性が否定できない。前段の考察で医療秘書をマンツーマンで導入すれば処置入力量が少なくとも2倍になると述べたが、2倍以上をめざすには、単にマンツーマンでなく、医療秘書が医療内容にもっと精通し、算定できる処置(表2

における「その他の処置」)を理解する必要がある。この点でも科専属の医療秘書の配置が望まれる。

しかし、今回のトライアルだけでも14日間で62,385点の入力できたことは、この間の医療秘書の雇用経費を考慮しても雇用が不可能な数字ではない。医療秘書は以下に述べる他の業務にも貢献したので、今回の入力漏れの防止効果による収入増程度でも雇用は有用であったと考えた。

## 3. 医療秘書の業務

2008年の診療報酬改定において医療秘書は医師の業務負担の軽減を目的として導入された<sup>6,7</sup>。しかし、今回トライアルした医療秘書の業務内容は、結果として医師の補助と看護師の補助に分けられた。

### 1) 医師の業務

医師の業務の補助のうち、処置入力量は医師の業務のうちでもっとも生じやすい入力漏れをカバーするもので、病院経済的にも有用であり、導入に際してもっとも考慮されることである。

次に、再診予約入力については、再診予約をとるのにコンピュータ操作上30秒から2分ほどの時間を要するので、これを医療秘書が分担すれば、医師はカルテの記入や次の診察の準備をすることができる。実際、再診外来では患者1人当たりの診察時間の短縮により、医師の外来終了時間が大幅に早まった<sup>2</sup>。このことから今回のトライアルでもこの作業に大いに期待したが、初診外来では、むしろ患者の流れを妨げることになり、有効ではなかった。初診外来での再診予約決定はその間の検査や予想される経過がさまざまなため、医療秘書にとって予測が付きにくいことも一因であった。また、初診診察は一人当たりの診察時間が長く、再診予約に要する時間の比率が小さいこと、一外来当たりの患者数が再診外来より少なく、トータルで短縮される時間総数が少ないこともうまくいかなかった理由であった。

最後に、病名の代行入力は1日2~3件程度であり、件数としては多くないが処置例に当日病名チェックができたことは有用と言える。医療秘書としては医師への質問のタイミングなどやりにくい部分があったということであるが、医師との連携をさらに図り、できれば全患者に対して推進すべき業務であると考えた。

### 2) 看護師の業務

医療秘書の業務として、看護業務に特化している施設もある。医師同様、看護師も業務過多で軽減が求められているからである<sup>8</sup>。今回のトライアルでは医療秘書が慣れてくるにしたがって、看護師の業務をいくつか分担することができた。

①患者振り分けやカルテの配布は、病院のシステムによっては必ずしも必要でない、あるいはそれほど手間がかからない作業かもしれないが、当院耳鼻咽喉

科では主治医制を採っているため、誰が主治医になるかを初診外来で決定する作業が重要で、これをまず外来責任医師が行う。責任医師が指示した後は、コンピュータシステム上の患者の移動とカルテの移動が行われるが、これを医療秘書に分担してもらうことにより、看護師が本来行うべき初診患者のトリアージや面接など、より重要な看護業務に専念することができた点で有用であった。

②診察前聴力検査は医師の指示のもと、通常は看護師がオーダーを入力するが、当院のコンピュータシステム上、診療部と検査部のシステムが別システムとなっており、検査部システムを立ち上げるのに数分間を要する。この間看護師が端末の前で待つことになる。事務業務に追われ、時間的焦りを感じながら患者に接し、煩雑で多忙な業務に埋没して外来看護の面白さを見いだせない日々を送っていたという報告もある<sup>9</sup>。この操作を医療秘書に委ねる効果は看護師にとって大きかった。看護師不足の折、患者の数はなかなか減らず日々の業務に追われる<sup>10</sup>看護師の燃え尽き症候群を防ぐためにも何とか業務の軽減化が求められている。看護師の立場から、この業務を医療秘書に依頼できたことは、看護専門職でなけれ

ばできない業務(問診・バイタルサイン測定など)に有効に時間を使うことができ、寄与できたものと考ええる。

③ファイバースコープの洗浄については、高価な機器であり、管理も重要であるが、感染防止も重要である。この感染防止は患者だけでなく医療者の感染防止も含まれる。これに対しては当院耳鼻咽喉科ではマニュアルを作成し、平成21年度職員研究として感染防止に取り組んだ(堀田彩子, 他: 北里大学病院資料)。このマニュアルに沿って、医療秘書に洗浄・消毒・洗浄・乾燥の一部を手伝ってもらった。平成22年度中に、内視鏡の細菌検査が再検されたが、異常は見出されなかった。

以上、医療秘書が担当できた業務を考察したが、結果として言えることは、医療秘書は医師の補助、看護師の補助という縦割りの区分けをするよりも、その部署(当該科)において両者の業務のうちの出来るところから補助を行っていくのが効率的であり有用であると思われた。医療秘書は業務に慣れるに従って、多岐にわたった仕事を分担できる。そのためにも、当該科の業務に精通することが必要であり、科として専属の方が望ましいと思われた。

### 患者待合ロビー

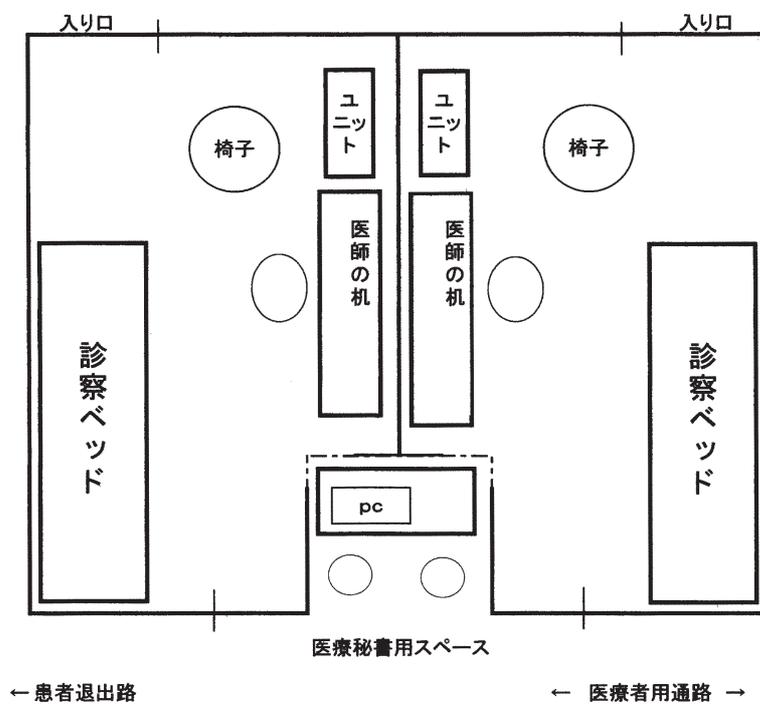


図2. 医療秘書のワーキングスペースを考慮した外来構造

医療秘書1名が医師2名をカバーする。専用のPCがあり、患者が座れるスペースも確保してある。診察室とはカーテンのある窓(破線)で境されていて、必要に応じてカーテンを開閉する。また、医療者用通路から、看護師の状況を見渡せ、看護師の補助ができる。

#### 4. ワーキングスペース

今回のトライアルでは診察室後方の医療者用通路に医療秘書専用の机と端末を用意した。当院の診察室は個室化されているが、診察室の後方は厚手のカーテンで通路と遮断する構造になっており、カーテンは通常オープンにされているので、医療秘書からは二つの診察室が見渡せた。しかし、職員用通路に患者を連れてくるのは、スクリーンを置いたとはいえ、患者のプライバシーと患者の流れから医師に抵抗感が生じた。また、患者の質問が診療内容に関するものであり、医療秘書では対応できず、結局、医師にもう一度戻ることになった。すなわち、患者の流れの点でもうまくいかなかった。医師の機の端末の位置の変更(図1B)は再診外来ではうまく行っている。こういうハードの設置についても、医療秘書の存在と業務に対する医師の理解の有無や程度が、その成否に関わっていると思われる。

今回の検討から医療秘書が担当する医師数は処置入力漏れ防止の効果から1~2名が適当であることがわかった。また、医師の補佐だけに限らず、その診療科に特化し、オールマイティに診療補助していく意味でも医師1~2名に対して医療秘書1名が適正であると考えられる。このことから、診察室の後方で、両医師の診察を見渡せる位置に、患者のプライバシーを考慮して仕切りのあるワーキングスペースを作ることができれば(図2)、医師の補助も容易にでき、同時に看護師の補助もできる。コンピュータシステム上、医師と医療秘書とが同一患者を同時に操作できるよう改定できれば、補助がよりやりやすくなる。患者が職員通路を通るといふ患者動線上で若干の問題が残るが、患者のプライバシーは比較的保たれる。医療秘書の職場環境という観点からも働きやすくなると思われた。

北里大学病院では現在病院の建て替えを計画しており、このようなときに医療秘書の存在はもちろん、その職場環境をも考慮した上で、診療の流れを考えた外来を創っていくことは先進医療を掲げる大学病院として重要であると考えた。

## 結 論

大学病院の初診専用外来における医療秘書導入の効果を検討した。

医師の業務では、処置の入力漏れ、および病名入力漏れの防止に貢献した。看護師の業務では、患者振り分け、聴力検査入力、内視鏡の洗浄を代行した。医療秘書の導入で、医療者の診療における意識の改革や作業の軽減がみられたことは、医療の質の向上や患者サービスの向上につながると推測された。

大学病院では各科にまたがる医療秘書も有用かもしれないが、科特有の業務があり、その点での補助を求められることが多いので、各科に特化した医療秘書の方がより有用であると思われた。

今後、外来の構造を変更するような際には、医療秘書のワーキングスペースも考慮した改築をすべきであり、一案を提案した。

本論文の一部は第111回日本耳鼻咽喉科学会総会・学術講演会(2010, 仙台市)において講演発表した。また、本研究は平成21年度北里大学病院職員研究の援助を受けた。

## 文 献

1. 医科点数表の解釈. 社会保険研究所, 2008, p.82-6.
2. 岡本牧人, 天川久子, 坂井かおる, 他. 大学病院一般外来における医療秘書導入の効果. 北里医学 2009; 39: 23-8.
3. Anderson RT, Camacho FT, Balkrishnan R. Willing to wait?: the influence of patient wait time on satisfaction with primary care. *BMC Health Serv Res* 2007; 7: 31.
4. 田中伸代, 田村久美, 山本智子, 他. 医療秘書職の実態と今後の課題: 医療機関を対象とした全国調査を中心に. 川崎医療福祉雑誌 2010; 19 (2): 303-17.
5. 遠藤康弘. 勤務医の診療外業務軽減への取り組み—医療秘書を導入して—. 日本病院会雑誌 2008; 55: 74-9.
6. 厚生労働省. 医師の需給に関する検討会—中間報告—骨子案. 2005.
7. 中村雅彦. 医師事務作業補助者「期待と今後の課題」. 日本医事新報 2008; 440: 80-3.
8. 黒瀬正子. 各々の病院に合った外来看護体制を考える—診療アシスタントを導入した看護体制—. 外来看護新時代 2004; 9: 60-7.
9. 大津佐知江, 草間朋子. 変化する外来看護システム—2施設の取り組みから—. 看護教育 2007; 48: 602-7.
10. 鈴木 操. 外来の未来に向けて—これからの外来看護師に期待すること—. 看護 2008; 60: 62-5.

## Clinical impact of introducing a medical assistant to help with first-visit patients in the outpatient clinic in Otorhinolaryngology at the Kitasato University Hospital

Hidemi Endo,<sup>1</sup> Hisako Amakawa,<sup>1</sup> Michiyo Kawakami,<sup>1</sup> Rei Yamaoka,<sup>2</sup>  
Tatsutoshi Suzuki,<sup>3</sup> Meijin Nakayama,<sup>3</sup> Makito Okamoto<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Department of Nursing, Kitasato University Hospital

<sup>2</sup>Department of Otorhinolaryngology, Kitasato University Hospital

<sup>3</sup>Department of Otorhinolaryngology, Kitasato University School of Medicine

**Background:** We have hired a medical assistant from 2008 at the re-examination clinic. As a result, total time cost at the hospital has decreased and the number of treatments and examinations prescribed have increased. In this study, we evaluated the clinical impact of introducing a medical assistant to help with first-visit patients in the outpatient clinic in Otorhinolaryngology at the Kitasato University Hospital.

**Methods:** The numbers and contents of treatments and examinations prescribed before and after introduction of the medical assistant were investigated. The contents of the medical assistant's work to help physicians were evaluated. The contents of the medical assistant's work to help nurses were evaluated. The work space of the medical assistant was analyzed.

**Results:** The number of examinations prescribed increased after the introduction of the medical assistant. Fiberscopic and vestibular examinations remarkably increased. Decisions setting the date of re-examinations were preferably made by physicians. Help in supplemental registration of diagnostic codes were needed in 2, to 3 cases per day. The medical assistant was able to aid the nurses by taking care of: medical chart transfers and differentiation, orders for audiograms, and sterilization of fiberscopes. The work space of the medical assistant should be in an isolated room in back of the clinic.

**Conclusions:** A medical assistant was hired to help avoid overloading physicians with too much work. Interventions or examinations performed are not charged unless the order is input into the computer system. However, inputting orders were often neglected by the overworked physicians. We have hired a medical assistant to aid several physicians at the new patient clinic; as a result, inappropriate input has decreased and prescriptions have increased up to 50%. The medical assistant successfully helped with the nurses's work as well. Thus, nurses were able to concentrate on their highly specialized work, which helped prevent the burnout syndrome. Introduction of a medical assistant contributed both to patient comfort and the financial aspect of the hospital. To facilitate the work of the medical assistant, there should be an isolated space for the medical assistant at the clinical facility.

**Key words:** burnout syndrome, patient comfort, hospital finance, medical assistant