医療秘書
教育全協誌
National Association
Of Medical Secretary Education

Vol.17
No.1 2017.11

CONTENTS

追　悼　文
畏敬しております　日野原重明会長・・・・・・・・・・1
一般社団法人医療秘書教育全国協議会 常任相談役
学校法人川口学園 理事長
川口　晃玉

追　悼　文
会長　日野原重明先生への思い・・・・・・・・・・・・3
一般社団法人医療秘書教育全国協議会 理事長
学校法人大阪滋慶学園 理事長
浮舟　邦彦

教 育 講 演
医療秘書とは何か・・・・・・・・・・・・・・・・・・5
静岡県立大学 名誉教授
元川崎医療福祉大学 医療秘書学科教授
大学院医療秘書学専攻主任
中村　健壽

研 修 会 報 告
地域包括ケアシステムの実際・・・・・・・・・・・・15
医療法人嘉誠会 事務長
澤田　安誠

研 修 会 報 告
医師事務作業補助者の業務と技能・・・・・・・・・35
医療法人沖縄徳洲会 吹田徳洲会病院 MS 室(医師秘書室)
NPO 法人日本医師事務作業補助研究会 理事・大阪府支部長
西川　由美子

研 修 会 報 告
医事コンピュータ技能検定試験対策
領域Ⅱ コンピュータ関連知識の指導法・・・・・・・43
学校法人筑波研究学園 理事 法人企画部長
筑波研究学園専門学校　教務部長
野口　孝之

研 修 会 報 告
２０１８年医療・介護大改革（基礎知識研修）・・・・49
－改定の要点とポイント－
一般社団法人医療秘書教育全国協議会 事務局長
石本　良之

検定試験案内

各検定の審査基準２．３級・・・・・・・・・・・・・55
一般社団法人医療秘書教育全国協議会

第５８回医療秘書技能検定試験問題２級・・・・・・61
一般社団法人医療秘書教育全国協議会

ＭＳ全協ニュース　Ｎｏ．６０・・・・・・・・・・74
－平成２９年度前期検定試験結果報告－
一般社団法人医療秘書教育全国協議会
検定委員長　橋本　勝信

学 会 案 内

日本医療秘書学会第１５回学術大会開催概要・・・・78
一般財団法人日本医療秘書学会 事務局

会員校名簿・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・79

医療秘書教育全協誌投稿規定・・・・・・・・・・・86

編集後記・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・87
編集委員長　藤野　裕

追悼文

畏敬しております　日野原重明会長

川口　晃玉

Profile

一般社団法人
医療秘書教育全国協議会
常任相談役
学校法人　川口学園　理事長

長年にわたって医療秘書教育全国協議会（以下「ＭＳ全協」と略称）の会長として、医療秘書の資質の向上に指針と励ましを戴いた日野原重明先生がお亡くなりになられた。105 歳であられたという。

先生とのご縁は、医療秘書教育を行っているうちに、レベルの保証をする必要があるのではないかという、採用側からの声によって、同志の浮舟現理事長らと語らってＭＳ全協を発足させたことから始まる。それには私共川口学園が医療秘書教育を始めるについてご推奨を受けた塩月正雄先生（故人）と先生からご紹介を受けた聖路加国際病院で診療録管理の研究のため、アメリカに留学された栗田静枝先生のお陰があったと思っている。ＭＳ全協の事務局長であった和田局長が、“立派な先生に会長にご就任の承諾をいただけましたョ”、ということで、関係者の承認を得て正式に会長としてご就任頂き、理事会へもお忙しい中をご出席頂いて、いろいろご示唆やらご教示を受けたのが 30 年ほど前からになると思う。お人柄が分かってくるにつれ、先生のマネージメントの才がなかなかのものであると知るようになった。ある時、読売新聞と組んで「新老人の会」を始めようと思っているんだ、と言われ、数年たって、もう会員が一万人を超えてねぇと伺ったときには、大したものだなと、感嘆したのを今でも思い出す。

また、ある時には、テレビ番組の中で、キャスターから、高齢者はどういう風に生活したらいいんでしょう？、という問いかけに、良き師を持ち、良き書に親しみ、良き友と交わり、そして時には、自分の好きな音楽を楽しむ。それと十年に一度位は新しいことに取り組むことだね、と答えておられた。先生が折に触れてよくお話しされるウイリアム・オスラー師を尊敬し、その生き方まで現代風に踏襲されているのだと確信をした。オスラー師が、晩年講演をして歩かれたというのも、先生が、「新老人の会」で一年で 40 回以上講演をしているんだよ、と嬉しそうにお話しされていたのを思い出す。今頃は天上で、尊敬されていたウイリアム・オスラー師と語り合われていることでしょう。謹んで哀悼の意を表したく存じます。

合掌

追悼文

会長　日野原重明先生への思い

浮舟　邦彦

Profile

一般社団法人
医療秘書教育全国協議会
理事長
学校法人 大阪滋慶学園
理事長

一般社団法人医療秘書教育全国協議会会長、日本医療秘書学会会長 日野原重明先生（聖路加国際病院名誉院長）が、去る 7 月 18 日午前 6 時 33 分に、105 歳で永眠されました。7 月 29 日午後 1 時より、青山葬儀所（東京都港区）において、聖路加国際病院葬として執り行われ、約 4 千人の参列者が長い列を作り、日野原先生との別れを惜しみました。

先生は、わが国の医療の向上と、医師や看護師教育について、多大な貢献をされる一方で、国民の健康増進や高齢者の生き方等、数多くのご提言をされ幅広く崇高な功績を残されました。

また、医療秘書教育全国協議会設立当初より、会長にご就任いただき､29 年間の長きにわたり､ご指導いただきました。当協議会の総会や理事会に出席された時や日本医療秘書学会のご講演でも、チーム医療における医療秘書の役割りと、そのために求められる教育水準の向上、医師をサポートする医療秘書の必要性を力説され、度々大いに感銘を受けました。

「生きていくあなたへ」～105 歳どうしても遺したかった言葉～、この単行本は、本年 9 月 30 日に株式会社幻冬舎から出版されました。日野原先生が自宅で療養されていた今年の 1 月に、約 1 か月にわたり毎日行われたインタビュー形式の取材をもとに制作され、日野原先生が死を目前に紡がれた、多くのメッセージがちりばめられています。「どんな苦しみの中にいても、生きることは喜びに満ちている」、「人間は弱い。死ぬのは僕もこわいです」。生涯現役の臨床医であったが故に、患者の皆様をいつも目前にして生きてこられた証だと思います。

最後に、医療秘書教育全国協議会は、来年 30 周年を迎えることになります。これもひとえに設立時より会長として、数多くのご指導を賜りました日野原先生のご功績によるものです。今後は先生の熱きご指導を実践し会員校各位のご協力のもと、チーム医療に役立つ医療秘書の育成と資質の向上を目指し、日本の医療の向上に寄与してまいりますことをお誓いし、ここに大いなる惜別の情を持って心より哀悼の意を表します。

日野原先生ありがとうございました。　　合掌

教育講演

医療秘書とは何か

中村健壽

日本医療秘書学会第 14 回学術大会(2017 年 2 月 18 日)における教育講演の要約を、日本医療秘書学会学会誌『Medical Secretary vol.14 No.1』より中村健壽先生の許可を得て転載します。

キーワード 医療秘書、医療秘書の補佐（機能）、医療秘書の形態、医療秘書研究

はじめに

日本で秘書の教育、研究が本格化したのは、1970 年代に入ってからのことです。私は、秘書研究の第一世代です。その世代で、今なお秘書の研究を続けているのは、たぶん私だけではないでしょうか。私は、秘書の教育・研究からスタートして、医療秘書に関心を持ち続けています。

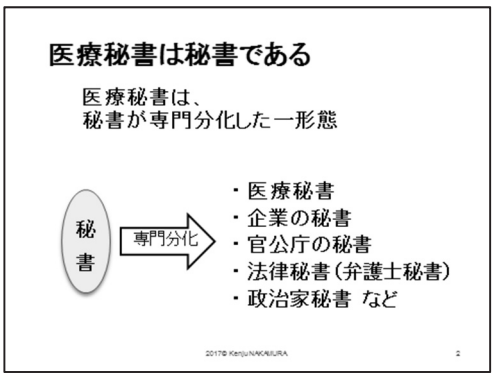
さて、本日は「教育講演」という冠が付いています。会場には、将来、医療秘書になることを目指して学ぶ学生さんたちが多くいらっしゃいますので、そのことを意識してお話したいとおもっています。

また、医療現場の実務で活躍されていらっしゃる方々には、仕事に直ぐに役に立つとか、即効性があるという内容ではないとおもいますが、医療秘書とは何かを考える機会にしていただきたいとおもいます。

Profile
静岡県立大学名誉教授
元川崎医療福祉大学医療秘書学科
教授／大学院医療秘書学専攻主任

1．医療秘書は秘書である

秘書は、医療秘書、企業の秘書、官公庁などの秘書、あるいは、法律秘書（いわゆる弁護士秘書)、政治家秘書などに専門分化しています。



私は、医療秘書は、秘書が医療という分野に専門分化した１つの形態であるという理解に基づいて研究し教育をしています。

医療秘書は、秘書が専門分化した一形態であるということは、先ず「秘書としての知識やスキル」が基礎にあり、その上に、医療秘書として業務を遂行していくための、「専門的知識とスキル」を持つことなのです。秘書の知識・スキ

ルが、医療秘書を支えるのです。

２．アメリカの医療秘書の出現

医療秘書がいつから出現したのか、なかなか確定することができません。医療秘書の先進国と言われるアメリカでの、書籍を１つの手がかりとして考えてみます。早い時期に出版されたものとして、

① Smither,E.B.(1939)*The Medical Stenographer*. NY,Gregg Publishing.

② Bredow,M.(1943) *Handbook for the Medical Secretary*. NY,McGraw-Hill.

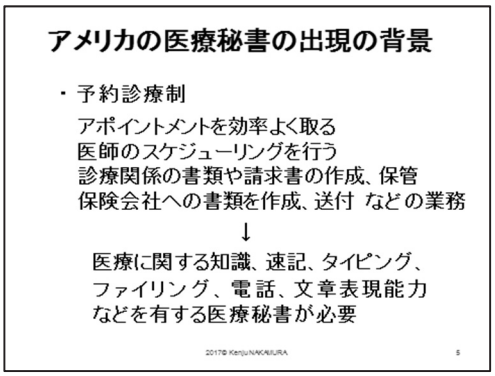
③ Root, K.B., Byers, E.E.(1952)*The Medical Secretary;Terminology and Transcription*.NY,McGraw-Hill.

などがあります。

①は医療速記に関するもの、②は医療秘書のためのハンドブック、③は医療秘書ための医療用語などの概説書です。これらから、すでに1939年よりも早い時期から医療秘書が活躍していたことを窺い知ることができます。また、当時のアメリカの秘書にとって、医療用語や、速記の技術が必須の条件であったことが分かります。

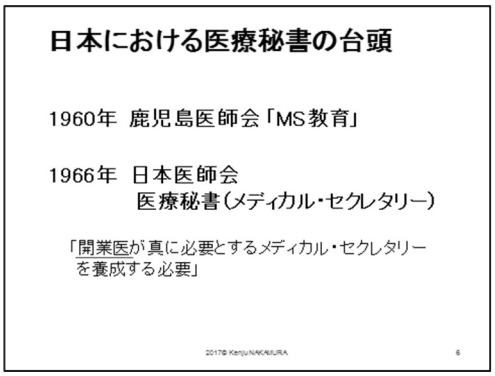
では、なぜアメリカではこのように早くから医療秘書が活躍したのでしょうか。

日本では、患者が医療機関を選択することができるフリーアクセスですが、アメリカは、医療は基本的に予約診療制を採っています。そのため、効率よくアポイントメントを取り、医師のスケジューリングを行い、診療関係の書類や、請求書を作成したり、保管したり、保険会社への書類を作成し、送付したりするなどの業務を医師に代わって速やかに行うためには、医療の知識を持ち、速記やタイプ、ファイリング、電話応対などの技能、さらに文章表現能力を有した医療秘書が必要とされたのです。



３．日本における医療秘書の台頭

日本に専門職として医療秘書が出現するのは、近年のことです。日本で医療秘書という名称が登場したのは、1960年、鹿児島医師会のMS教育という通信教育で使用したことが始まりです。



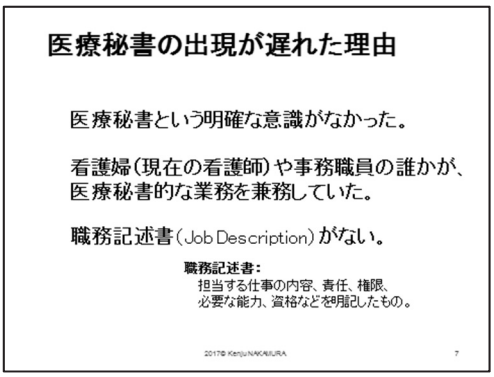
しかし、医療秘書の教育とは言っていましたが、実際には、当時の慢性的な看護婦不足を補うためのもので、看護婦の手助け的な人材を養成しようとしたものです。今、私たちが考える医療秘書の姿ではありませんでした。

そのような状況の中、1966 年、当時の日本医師会長・武見太郎先生が「開業医が真に必要とするメディカル・セクレタリーを養成する必要がある」と提言しました。このことが契機となって、日本で、医療秘書（メディカル・セクレタリー）について、認識され始めたと言えるでしょう。

なお、注意すべきは医療秘書は「開業医」のためのものという認識であったことです。

４．医療秘書の出現が遅れた理由

アメリカでは、1939 年以前には医療秘書が出現したと考えられると言いましたが、日本では、医療秘書が登場するのは、それから 20 年以上も遅れているのです。その理由は、いろいろあると考えられます。

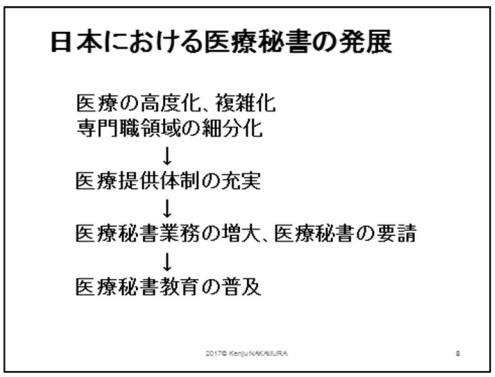


とくに当時は、医療秘書に対する明確な意識がなかったため、医師の身近で仕事をする看護婦（現在の看護師）や事務職員の誰かが、医師を補佐する業務を兼務していたのです。そのため医療秘書という明確な存在が必要とされなかったのです。

アメリカでは「職務記述書」（Job Description）で雇用の段階から仕事の内容、、責任、権限、必要な能力、資格などが明確にされますが、日本ではそれはありませんので、極めて曖昧な状況だったのです。

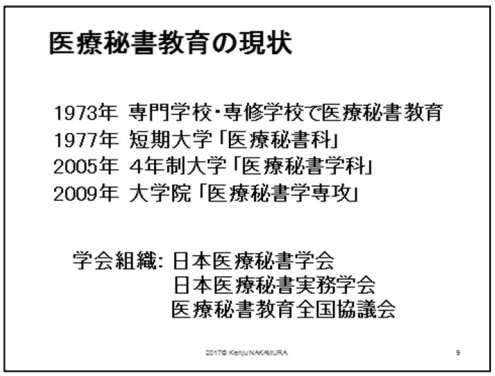
５．日本における医療秘書の発展

時代とともに、医療の高度化に対応して看護師は専門的な看護の業務を遂行することになり、事務職員は業務の複雑化によって事務に専念することを求められるようになりました。医療提供体制の充実を図ることが急務となりました。これらのことから、看護師や事務職員でなく、専門的な医療秘書の必要性が高まりました。その要請の声を背景として、医療秘書の教育が全国的に広く展開されるようになったのです。



６．医療秘書教育の現状

1973 年に専門学校・専修学校において医療秘書教育が始まり、1977 年に短期大学に医療秘書科の設置が文部省（現在の文部科学省）から正式認可されました。2005 年に４年制大学で医療秘書学科が認可され、さらに 2009 年には大学院修士課程で医療秘書教育が始まりました。



医療秘書の教育が発展し、大学院が設置されたということは、医療秘書を対象とする「医療

秘書学」という領域が成立したということです。

なお、医療秘書の教育を支える学会組織としては、日本医療秘書学会や日本医療秘書実務学会、医療秘書教育全国協議会などがあり、活発な活動が行われています。このような状況を見るとき、医療秘書に対する関心が高まっていることがよく分かります。

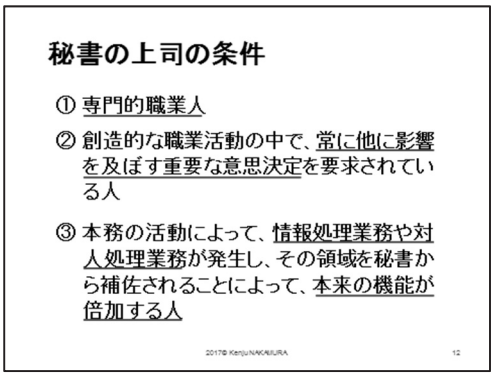
７．医療秘書は、誰のために働くのか、何のために働くのか

このことを明らかにすることが、医療秘書を定義することになります。医療秘書は、誰のために働くのでしょうか。この「誰」というのは、医療秘書にとっての上司にあたる人なのです。

医療秘書が、医療秘書として働くためには、秘書を必要とする上司がいてこそ秘書が存在するということです。つまり秘書を必要とする上司がいなければ秘書は存在し得ないのです。

では、医療秘書にとっての上司というのは、具体的にどのような人なのでしょうか。

それを考えるために、秘書研究の上ですでに定義されている「秘書の上司の条件」をご紹介します。



誰でも秘書の上司になることができるわけではありません。秘書研究の上では、上司になることができる人は､3 つの条件を備えた人であるとされています。

職業人であっても、その人が職業活動のなかで常に重要な意思決定を求められることのない人であったり、業務の中で、情報処理業務や対人関係業務がほとんど発生しない人であったり、たとえ発生したとしても業務にほとんど影響を及ぼさない人には、秘書は必要ないのです。

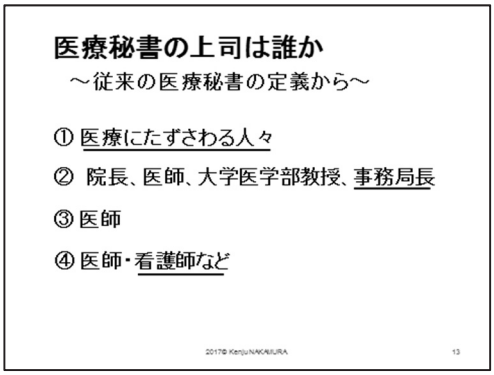
そういう人に、もし秘書と呼ばれる人が付いたとしても、実質的には秘書ではなく助手のような存在になってしまうでしょう。

すなわち、高度で重要な意思決定を適切に行うことができる環境を、常に維持していくことを求められる人に、有能な秘書が必要なのです。

８．医療秘書の上司は誰か～従来の医療秘書の定義から～

医療秘書の上司とは誰なのでしょうか。そのことは、医療秘書を定義する重要な部分です。従来の医療秘書に関する定義の中から、いくつか紹介して、問題点を明らかにします。

医療秘書の定義について古い順にみてみます。



①は医療秘書研究の初期の段階における医療秘書についての定義です。「医療に携わる人」というのは範囲があまりにも曖昧です。

②は事務局長までも医療秘書の上司としています。事務局長は医療機関に勤務していますが、医療に関わる専門的職業人ではありません。事務局長の秘書は、事務局長秘書であって医療秘書ではありません。

③は医師を医療秘書の上司としています。現在の段階の定義としてスタンダードです。

④は看護師を入れています。この場合の看護

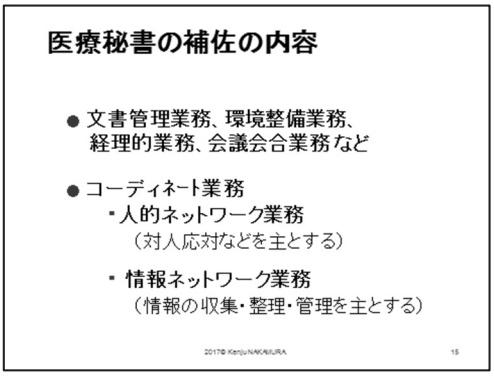
師というのは「長」の立場にある人を指します。さらに、「など」としています。「など」というのは誰なのでしょうか。今後医療の現場はより高度化し、複雑化することが予測されます。そのような状況下では、コ・メディカルの「長」の立場の人たちも、医療秘書の上司となる可能性があると、私は考えます。

9．医療秘書は何のために働くのか

病院で医師や看護師が働いている姿を直接的に見ることができます。その仕事の具体的なイメージを持つこともできます。ところが、医療秘書については、言葉では知っていても、実際に働いている姿に接する機会が極めて少ないため、必ずしも正しく認識されているとはいえません。

では、医療秘書は何のために働くのでしょうか。

「上司が本来の業務に専念することができ、効率よく業務を遂行することできるようにするために働く」のです。これを抽象的表現ですが、「補佐する」と表現します。



その内容は、例えば基本的なものとして文書管理業務や環境整備業務、あるいは経理的業務や会議会合業務があります。その上で、コーディネート業務を行います。

コーディネート業務は、

・人的ネットワーク業務（対人対応を主とする）

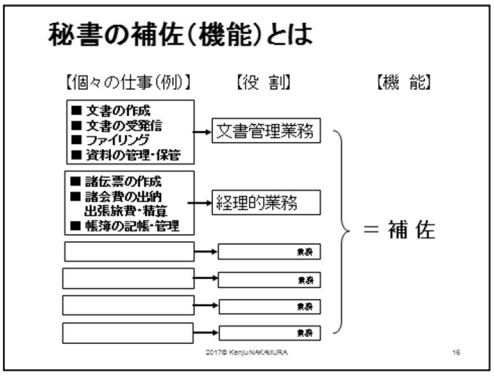
・情報ネットワーク業務（情報の収集・整理・管理を主とする）

とに、大きく分けることができます。

10. 秘書の補佐とは

補佐というのは抽象的な言葉ですので、簡単に説明しましょう。

例えば、文書の作成や文書の受発信、ファイリング、資料の管理・保管などの仕事があります。これらを秘書が行う「個々の仕事」といいます。それを種類や性格ごとにグルーピングして、「文書管理業務」と名前を付けます。これを秘書の「役割」といいます。いくつもある「秘書の役割」をまとめて「補佐」といいます。この「補佐」が秘書の「機能」なのです。つまり、「補佐」というのは、秘書の働きを抽象的に表現したものなのです。



11. 医療秘書の補佐

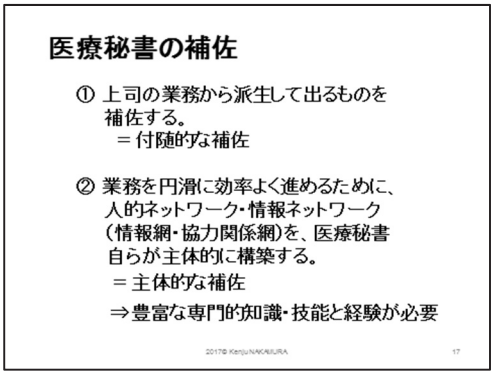
医療秘書の補佐は、大きく 2 つに別けることができます。

①上司の業務から派生して出てくるものを、医療秘書として補佐します。目に見える事柄や行動であることが多くあります。付随的な補佐といいます。しかし、例えば上司から指示された仕事だけしかしない、という秘書がいたとします。これはまさに「消極的な補佐」です。もちろん、医療秘書になって日が浅い初歩の医療秘書であれば、先ずこの段階からスタートしま

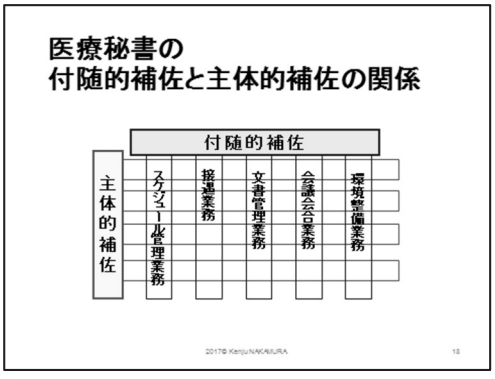
す。しかし、いつまでもこれだけでは真の医療秘書とはいえません。

②医療秘書は、日頃から人間関係やコミュニケーション能力、信頼関係を築く力を高めておくことや、広く医療関係の専門的知識に関心を向けて、良質の情報を得るネットワークを確立しておく必要があります。主体的な補佐といいます。結果として、ネットワークが、医療秘書の業務を大きく左右することになるのです。

初歩の段階の医療秘書であれば、付随的な補佐だけでも過ごしていくことができるでしょう。しかし、有能な信頼される医療秘書であるためには、豊富な専門的知識と、技能、経験とによって培われた主体的な補佐が求められるでしょう。



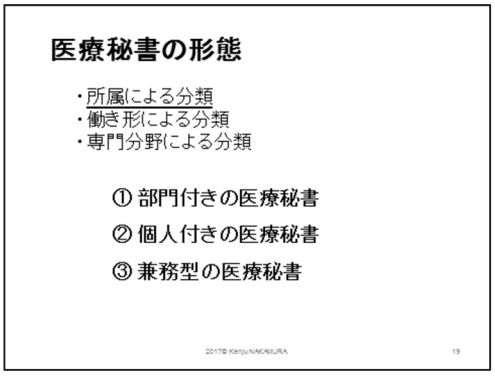
付随的な補佐と主体的な補佐の2つの関係は、図のように、より良い効果を発揮するために、タテ・ヨコに調和の取れた有機的な結びつきが必要なのです。



12. 医療秘書の形態

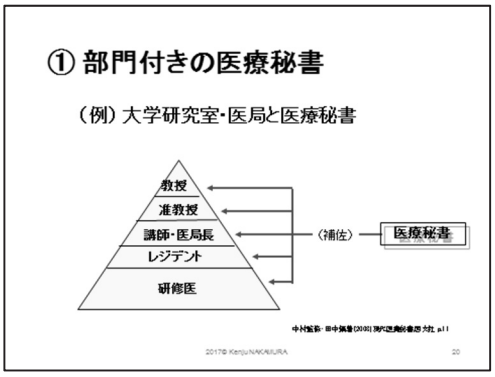
医療秘書の形態は、①所属による分類、②働き方による分類、③専門分野による分類などの分類方法がありますが、ここでは、所属による分類に基づいて紹介します。

所属による分類では、秘書の形態は①部門付きの医療秘書、②個人付きの医療秘書、③兼務型の医療秘書の3つに分類することができます。それぞれを図で説明しましょう。



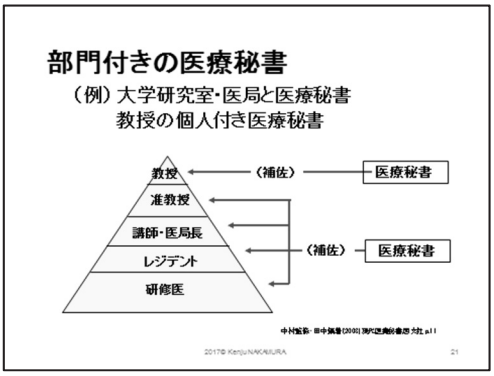
①部門付きの医療秘書

例えば、大学研究室や医局の場合、教授をトップとして、その下に准教授などの医師が存在します。医療秘書は、研究室や医局全体を補佐する立場にあります。医療秘書は「医局秘書」と呼ばれることが多いです。「チーム付きの秘書」とも呼ばれる型です。



次のスライドは、同じく部門付きですが、教授の個人付きの医療秘書として教授を補佐する場合（＝教授秘書と呼ばれることが多い）や、

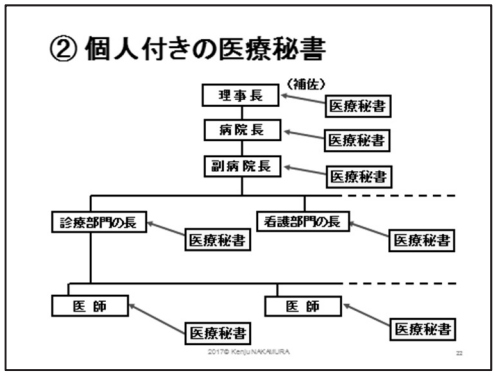
教授以外の研究室員や医局員の全体を、医療秘書が補佐する場合があります。



②個人付きの医療秘書

先ほどの大学病院の教授に付く場合や、このように一般の病院の理事長や病院長に付く医療秘書、あるいは各診療部門の長に付く医療秘書などがあります。この図では、医療秘書は 1 名ずつにしていますが、例えば、理事長に対して 2 名、あるいは 3 名というように複数の秘書が付くこともあります。

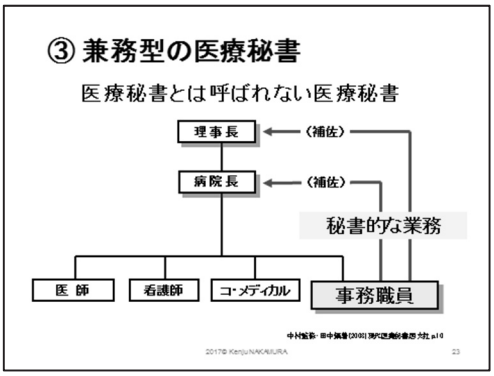
上司が診療業務や研究、教育業務、あるいは管理的業務などを行っているため、医療秘書の補佐業務は、広範囲で多岐にわたります。



③兼務型の医療秘書

クリニックなどとくに小規模な医療機関で多くみられる形態です。日本的ともいわれます。専任の医療秘書ではなく、一般の事務職員として業務を担当していますが、そのかたわら、必要に応じて理事長や院長、医師の秘書的な業務を兼務しているものです。理事長や院長、医師は、その人に秘書的な仕事をしてもらっているという認識はありません。また、本人も、秘書的な仕事をしているという意識もありません。「医療秘書とは呼ばれない医療秘書」といわれる存在です。

先ほど、日本で医療秘書の出現が遅れた理由をお話しましたが、日本では雇用の段階から仕事の内容などが明確にされることがなく、極めて曖昧なため、誰かがしてくれる、という一面があるのです。



13. 医療秘書の確立のために

医療秘書の確立を目指して、幾つかの課題を考えてみましょう。

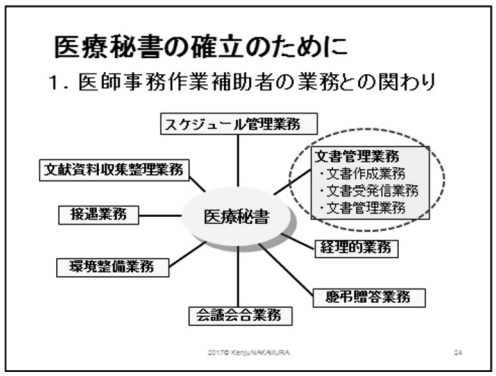
13-1. 医師事務作業補助者の業務との関わり

勤務医の負担を軽減することを目的として、2008 年に医師事務作業補助体制加算が導入されました。その業務範囲は、診断書の作成、処方せんの作成、電子カルテ（診察記録）の入力、オーダー入力、診察に関するデータ整理など文書作成補助業務が中心的なものとされています。

医師事務作業補助について全国規模の調査がありますが、その結果、作業補助者を、医療秘書とか、ドクター秘書、 メディカル秘書、ドクターセクレタリーなどと呼んでいる病院があることが指摘されています。その多くは、医療秘書とは何か、ということは考えないで、その名

称を使っているようです。

現状では、医師事務作業補助者は、スライドに示したような医療秘書の業務範囲である文書管理業務（点線の部分）を担当しています。しかし、上司の活動の効率化をはかるための他のさまざまな業務を行っていない場合は、私は医療秘書学の研究者の立場としては、厳密な意味での医療秘書とは言いがたいと考えています。

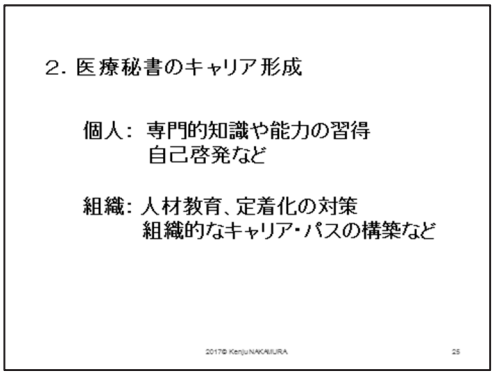


もちろん、体制加算という法的な縛りがありますが、今後、医師事務作業補助の業務範囲の見直しもなされるとおもいます。もし、そうなれば現在、医療秘書が行っている業務の一部を医師事務作業補助者が担当するようになっていく可能性もあるかもしれません。もちろん、業務範囲の見直しをすることが、課題となるでしょう。他方、医師事務作業補助者の名称を改めようではないかという動きもあるようです。

13-2.　医療秘書のキャリア形成

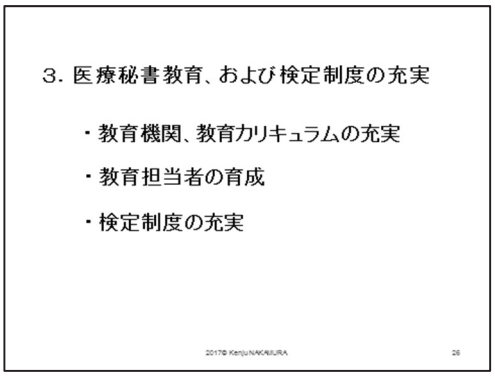
医療秘書たちは、一人ひとりが時間や費用の問題を抱えながらも、専門的知識や能力の習得、あるいはキャリアアップのために自己啓発をしています。このことは、先に述べましたが、「主体的な補佐」のための力を養うということにもつながります。

しかし、医療機関は、個人にゆだねてしまうのではなく、組織として組織的に人材の定着化をはかるための施策や、キャリア・パスを構築することが必要です。有能な医療秘書としての人材育成のシステムが必要です。「人材をいかに育てるか」ということは、重要な課題です。人材は、人財とまでいわれているのですから。



13-3.　医療秘書教育、および検定制度の充実

有能な医療秘書を育てることは、教育機関の責務です。そのためには教育カリキュラムのさらなる充実が求められます。しかし、カリキュラムの充実だけでは十分ではありません。



教育の目的を達成するためには、優れた教育担当者を育成することが必要です。大学院に医療秘書学専攻が設置されましたが、まだ、他の領域に比べると、教育担当者の育成のための体系が完全に構築されているとはいえません。教育担当者の育成は、有能な医療秘書を育てるためには不可欠なことです。

また、検定制度のさらなる充実があります。医療秘書は、経験とともにより高度の専門的知識や技能を求められます。そこで、例えば医療

秘書としての実務経験が５年以上の人たちを対象とした上級試験の実施なども考えられるとおもいます。そのような検定資格ができて、それを取得することが能力向上と社会的認知の向上に繋がるのではないでしょうか。

13-4.　医療秘書研究の進展

① 研究テーマ

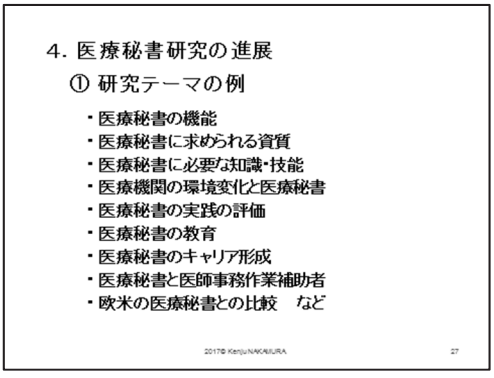
本日の学術大会でも沢山の研究発表がありましたが、医療秘書の質を高めるためには、医療秘書に関する研究が進むことが必要です。

では、医療秘書に関する研究テーマは、具体的にどのようなテーマがあるのでしょうか。例えば、ざっと上げただけでも、スライドに示したように沢山の大きなテーマがあります。

医療秘書に関する研究は、大学院に医療秘書学専攻(修士課程)が設置されたことからもお分かりのように、「医療秘書学」という領域を持つまでに発展しているのです。

しかし、他の領域に比べますと、学問的な伝統や、研究業績の蓄積が少なく、まだまだ完全に体系が構築されていない状況にあります。

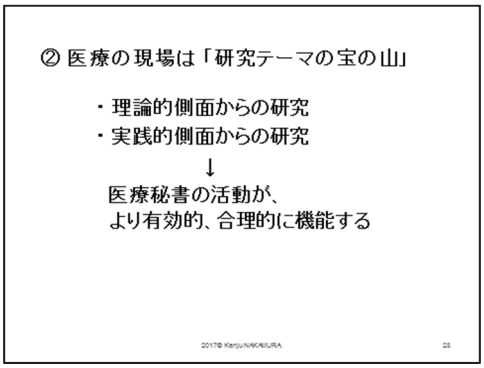
そういう意味では、「若い」研究の領域ですから、「これからの可能性を持った領域」と言えるとおもいます。



②医療の現場は研究テーマの宝の山

医療秘書とは何かというその本質を明らかにするためには、理論的側面からの研究だけでなく、実践的側面からの研究が必要です。

医療秘書が働く医療の現場には、沢山の研究テーマが溢れています。「現場は、研究テーマの宝の山」なのです。



医療秘書は「実践する・活動する」ものです。医療秘書に必要な知識や、あるいは技能が、頭で「わかった」とか、「覚えた」だけでは、医療秘書業務の効率化、最適化などを図ることは到底できません。

そのため、医療秘書の活動が、有効に合理的に機能するためのものへと発展させていくことが必要なのです。

医療の現場にいらっしゃる皆様は、医療という実践フィールド、すなわち「研究テーマの宝の山」の中にいらっしゃるのです。私どものような、研究や教育にたずさわる者には、体験できないメリットがあることを大切にしてほしいとおもいます。

そのことを認識して、問題を一つひとつ丁寧に掘り起こしてください。

おわりに

本日は、医療秘書に関わることをお話しいたしました。医療秘書が、高度専門職として認知度が高まり、地位が確立することを目指して、自覚をもって、積極的な努力、研鑽、そして研究を積み重ねてください。

医療機関と教育・研究機関が、専門職としての医療秘書を目指して、お互いに協力して研究し、活動することを望みます。

研修会報告

地域包括ケアシステムの実際

澤田安誠

2017 年 8 月 24 日、医療秘書教育全国協議会が毎年開催する、医療秘書教育担当教員研修会における、講演内容の要約です。

キーワード　地域包括ケアシステム

本日の主な内容

【目次】

1. 地域包括ケアシステムとは？
   - ① 地域包括ケアシステムの背景
   - ② 地域包括ケアシステムの概要
   - ③ 地域包括ケアシステムのポイント
   - ④ 地域包括ケアシステムの課題
2. 医療秘書教育に求めること
3. 嘉誠会グループの紹介

●地域包括ケアシステムとは

高齢者が住み慣れた地域で自分らしい人生を全うできる社会を目指して、2025（平成37）年を目途に整備が進められているのが、「地域の包括的な支援・サービス提供体制（地域包括ケアシステム）」です。

2025年は、第一次ベビーブームと呼ばれる1947年～1949年に生まれた「団塊の世代」の人すべてが75歳以上の後期高齢者になる年です。そのような超高齢化社会に求められる介護の在り方とは、どのようなものなのでしょうか。

地域包括ケアシステムは、少子高齢化に対応するために国が進める政策の柱といえます。

Profile　医療法人嘉誠会　事務長

●地域包括ケアシステムの背景

地域包括ケアシステムが必要とされるようになったのは、日本における急速な少子高齢化が背景にあります。

2000（平成12）年に介護保険制度が創設されて以来、要介護で介護サービスを利用する人は着実に増加し、団塊の世代の約800万人が75歳以上になる2025年以降は、高齢者の医療や介護の需要がさらに増加します。

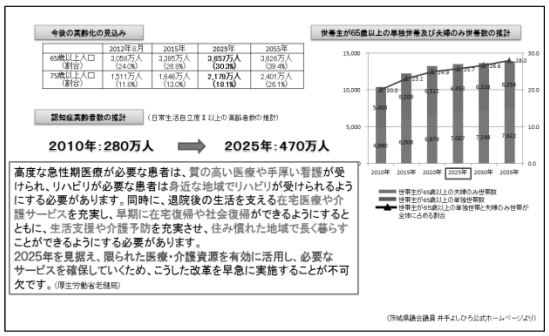
2005（平成17）年の介護保険法改正で「地域包括ケアシステム」という用語が初めて使われ、少子高齢化の進行が引き起こすと思われる問題を緩和するため、地域住民の介護・医療に関する総合相談窓口である「地域包括支援センター」の創設が打ち出されました。

その後、2012年4月には、条文に「自治体が地域包括ケアシステム推進の義務を担う」と明記され、システムの構築が義務化されました。

2015（平成27）年の同法改正では、地域包括ケアシステムの構築に向けた在宅医療と介護の連携推進、地域ケア会議の推進、新しい「介護予防・日常生活支援総合事業」の創設などが取

り入れられ、さらに力を注いでいます。

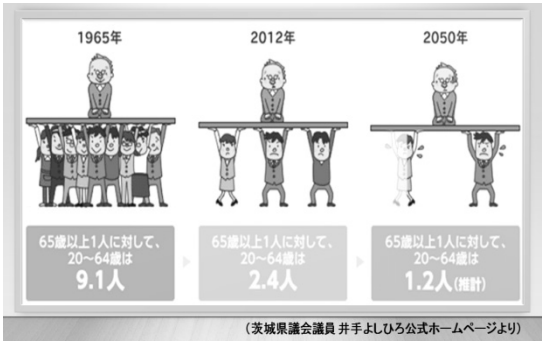
2018（平成30）年には、診療報酬と介護報酬の同時改定が行われます。その次の同時改定が2024年（平成36）年であることからも、この同時改定では2025（平成37）年に向けた最後の舵取り（医療と介護の足並みをそろえる事）となる改定です。



今後の高齢者人口の見通しは、65歳以上の高齢者数が、2025年には3,657万人となり、2042年にはピークを迎える予測（3,878万人）です。

また、75歳以上高齢者の全人口に占める割合は増加していき、2055年には、25%を超える見込みとなっています。

65歳以上の高齢者のうち、「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者が増加していき、2025年には470万人にのぼり、世帯主が65歳以上の単独世帯や夫婦のみの世帯も増加していくと推計されています。



そのため、「1965年では65歳以上1人に対して、20～64歳は9.1人」であったものが、「2050年には65歳以上1人に対して、20～64歳は1.2人」になると推計されています。

今後、急速に高齢化が進み、やがて、「1人の若者が1人の高齢者を支える」という厳しい社会が訪れることが予想されています。そのため、高度な急性期医療・質の高い医療や手厚い看護が受けられ、地域で必要なリハビリが受けられ、充実した在宅医療や介護サービスにより在宅復帰や社会復帰ができ、地域で長く暮らすことができるよう生活支援や介護予防を充実させることが求められています。

また、高齢者が長く働ける環境づくりや子ども・子育て支援等を含めて、社会保障改革により、支え手を少しでも増やす努力も必要です。

2025年を見据えて、限られた医療・介護資源を有効に活用し必要なサービスを確保していくことが不可欠となります。

●地域包括ケアシステムの概要

環境の変化を好まない高齢者の中には、可能な限り住み慣れた地域や自宅で日常生活を送ることを望む人が多いのではないでしょうか。

地域内で介護が必要な高齢者を支援するためには、家族や医療機関、介護の人材が連携し合い、状況に応じて助け合う必要があります。

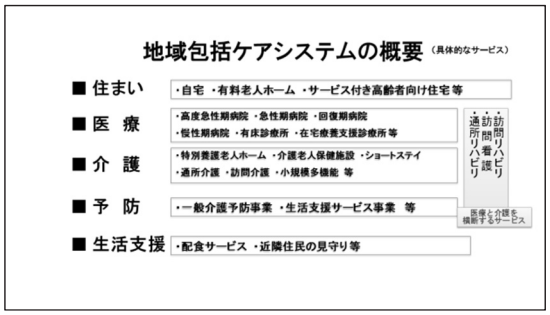
そこで、地域における「住まい」「医療」「介護」「予防」「生活支援」の5つのサービスを一体的に提供できるケア体制を構築しようというのが、地域包括ケアシステムです。

つまり、地域包括ケアシステムとは「地域の実情や特性に合った体制」を整えていくものです。全国一律のものではなく、各地域で高齢化

がピークに達するときを想定し、その地域が必要とするケアシステムを目指していきます。

ここでいう「地域」とは日常生活圏域のことであり、おおむね30分以内に駆けつけられる場所を想定しています。高齢者の住居が自宅であるか施設であるかを問わず、健康に関わる安心・安全なサービスを24時間毎日利用できることを目的としています。

では、地域における「住まい」「医療」「介護」「予防」「生活支援」の5つのサービスとは、どのようなサービスがあるのでしょうか。



「住まい」として、自宅や有料老人ホーム、サ高住（サービス付高齢者向け住宅）等が挙げられます。グループホームも住まいに含まれるでしょう。

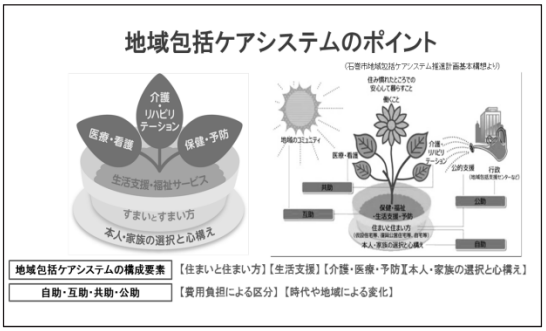
「医療」としては、高度急性期病院から慢性期病院、有床診療所や在宅医療を担う在宅療養支援診療所があります。

「介護」は、特養・老健等の介護保険施設や通所サービス、訪問サービス、地域密着型サービスである小多機等があります。

「予防」では、一般介護予防事業や総合事業、生活支援サービス事業等があります。

「生活支援」としては、配食サービスや近隣住民の見守り等があり、訪問リハビリや訪問看護、通所リハビリは医療と介護、予防の全てに横断して関わるサービスとなっています。

●地域包括ケアシステムのポイント



この植木鉢の絵は地域包括ケアの話題の際に良く目にされると思います。この植木は、現在の状態であり花が咲いていません。2025年には花を咲かせたいという思いで描かれたと聞いています。

地域包括ケアシステムの構築には、「介護」「医療」「予防」といった（葉っぱ）専門的サービスがあり、その葉っぱを育てる上で不可欠となる（良質な土壌）「生活支援・福祉サービス」と、その土を包み込む（植木鉢）「住まい」「生活支援・福祉」が一つとなる必要があります。

そして、その植木鉢全体を受け止める（皿）「本人・家族の選択と心構え」が重要となります。本人の思いと家族の思いが必ずとも一緒とは限りません。本人が一定期間、施設入所や入院すると家族にとっては本人の居ない生活が普通となってしまうことは良くあるケースです。

併せて「自助・共助・互助・公助」をつなぎ合わせて体系化・組織化する必要があるとされています。

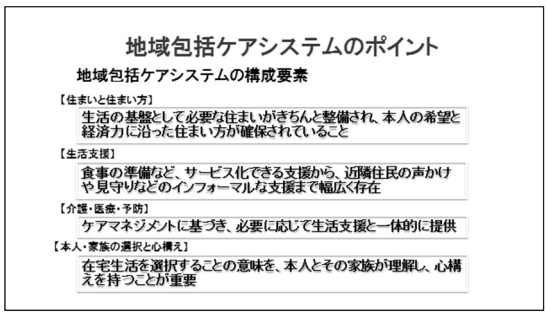
地域包括ケアシステムの構成要素には、「住まいと住まい方」「生活支援」「介護・医療・予防」「本人、家族の選択と心構え」があり、自助・互助・共助・公助には、「費用負担によ

る区分」「時代や地域による変化」がキーワードとなります。

この植木鉢の葉・芽はこのままでは育ちません。

では、2025年までに花を咲かせるためには、どのように育てればよいのでしょう。

まず、地域のコミュニティである太陽という互助で光を与え、公的支援や行政などが提供する公助である水を与える必要があります。



【住まいと住まい方】

生活の基盤として必要な住まいがきちんと整備され、本人の希望と経済力に沿った住まい方が確保されていることが地域包括ケアシステムの前提です。周囲のサポートは必要ですが、それと同時に高齢者のプライバシーや人間としての尊厳が十分に守られた住環境を実現する必要があります。

【生活支援】

心身の能力の低下、経済的理由、家族関係の変化などの要因があっても、尊厳ある生活を継続できるように生活支援を行います。

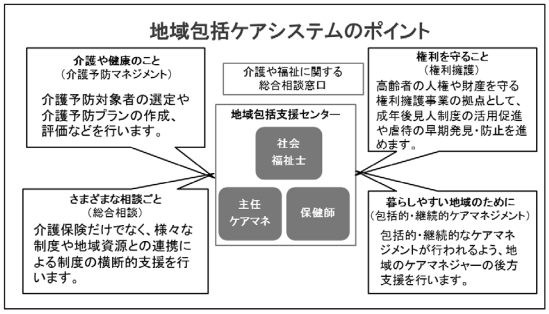
生活支援の中には、食事の準備など、サービス化できる支援から、近隣住民の声かけや見守りなどのインフォーマルな支援まで幅広く存在し、担い手も多様です。

【介護・医療・予防】

個々人の抱える課題に合わせて「介護･リハビリテーション」「医療・看護」「保健・予防」が専門職によって有機的に連携し、一体的に提供され、ケアマネジメントに基づき必要に応じて生活支援と一体的に提供される必要があります。

【本人・家族の選択と心構え】

「住まいと住まい方」「生活支援」「介護」「医療」「予防」の5つの構成要素には含まれないものの、地域包括ケアシステムを支えていく重要な要素として触れておく必要がある部分です。単身・高齢者のみ世帯が主流になる中で、在宅生活を選択することの意味を、本人とその家族が理解し、心構えを持つことが重要です。



地域包括ケアシステムの中でも中心的な役割を担っているのが、地域包括支援センターです。

地域包括支援センターでは、社会福祉士・主任ケアマネジャー･保健師などが中心となって、高齢者の支援を行います。３人はそれぞれの専門分野を持っていますが、専門分野の仕事だけを行うのではなく、互いに連携をとりながら「チーム」となって総合的に高齢者を支援します。

行政が直営している基幹型だけでは足りないので、民間法人に指定管理者として委託していることが多いです。

主な業務として、1点目は介護や健康のことでは、介護予防対象者のケアプランの策定である「介護予防マネジメント」があります。しかし、

介護予防ケアマネジメントは本体の地域包括の業務ではないという考え方も強いようです。

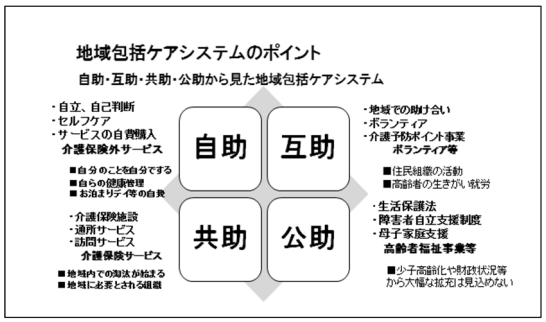
2点目は、権利を守ること。権利擁護です。虐待の早期発見や成年後見人制度の活用促進を行います。

3点目は、介護保険だけでなく様々な制度や地域資源との連携を駆使して総合相談を受けています。

4点目は、困難事例などのケースに対し、地域のケアマネジャーの後方支援を行います。

構成員それぞれの専門分野をもった職種が互いに連携を図りながらチームとなって総合的に高齢者の支援を行っています。

認知症初期集中支援チームも地域包括支援センター内に配置されています。



既存のサービスや制度等を、自助・互助・共助・公助に分類するとこのようになります。

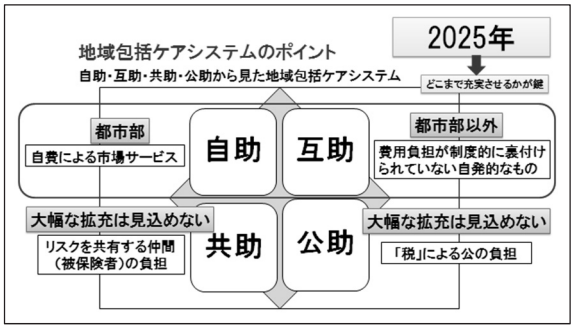
厚生労働省は、地域包括ケア研究会報告書において、地域包括ケアシステムの構成要素と「自助・互助・共助・公助」について次のように説明しています。

【自助】　セルフケアやサービスの自費購入。自分のことは自分でする。自らの健康管理やお泊まりデイサービスや通所延長サービス等の自費等の介護保険外サービス。

【互助】　住民組織の活動や高齢者の生きがい就労、地域の助け合いやボランティア等。

【共助】　介護保険施設、通所サービスや訪問サービスである介護保険サービス。今後は、地域に必要とされる組織が生き残り地域内での淘汰が始まると思われます。

【公助】　生活保護や母子家庭支援等の高齢者福祉事業。少子高齢化や財政状況等から大幅な拡充は見込めないと思われます。



「自助・互助・共助・公助」は、時代とともに範囲や役割が変化します。

2025年には、冒頭でご説明したとおり、ひとり暮らしや高齢者のみ世帯がより一層増加することが予想されるため、「自助」「互助」の概念や範囲、役割に新しい形が求められます。

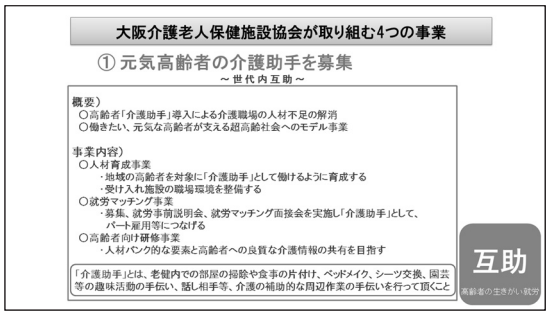
「自助」には「自分のことを自分でする」こと以外に、自費による市場サービスの購入も含まれます。

これに対して「互助」は、相互に支え合っているという意味で「共助」と共通点はあるものの、費用負担が制度的に裏付けられていない自発的なものであり、主に地域の住民やボランティアという形で支えられています。

「共助」は介護保険などリスクを共有する仲間（被保険者）、「公助」は税による公の負担であり、住民間のつながりが希薄な都市部では、強い「互助」を期待するのが難しい一方、民間サービス市場が大きく、「自助」によるサービス購入が可能な部分も多いと考えられています。

反対に都市部以外の地域は、民間市場が限定的になりますが、「互助」の役割が大きくなります。「共助」「公助」を求める声が根強いのは確かですが、少子高齢化や財政状況を考えると大幅な拡充は難しいため、「自助」「互助」の果たす役割が大きくなることを意識した取り組みが必要です。言い換えると、「自助」「互助」が2025年までに、どこまで充実させることができるかが鍵になります。

自助（サービスの自費購入）の主な例は、厚労省のホームページの地域包括ケアシステム構築に向けた公的介護保険外サービスの参考事例集」（保険外サービス活用ガイドブック） http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000119256.html に詳しく掲載されておりますので、ご覧になってください。



次に互助ですが、大阪介護老人保健施設協会では今年度４つの主な事業計画が挙げられています。

①元気な高齢者の介護助手を募集（世代内互助）

②地域包括ケアシステム構築に向けて（来年2月に地域包括ケアEXPOを開催する予定）

③介護ロボット大阪モデル創成（企業とのマッチング事業）

④ベトナムとの介護人材提携モデル事業（介護留学生の受け入れ）です。

共通して言えることが、人材不足です。事業のほとんどが人材確保に向けた取り組みが多く含まれています。

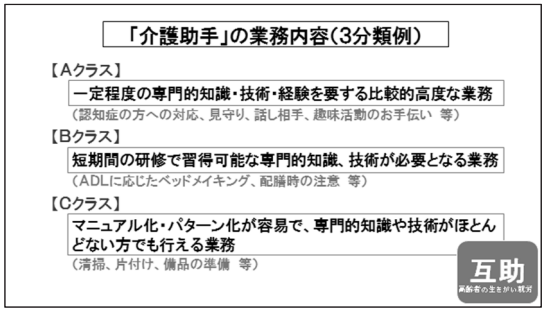
「介護助手」とは、聞き慣れない言葉だと思います。現在の看護師の職位も昔は低く、看護師本来の仕事に専念するために「看護助手」という職種を取り入れ、看護師しかできない業務に専念することで、スキルを高めて現在の職位があると聞いたことがあります。

介護助手も同様に、介護職員しかできない、または介護職員がすべき業務に専念してもらい、介護職員でなくてもできることは介護助手に任せることで、介護人材不足と介護職の職位を高める二つの狙いがあるようです。

実は、この「介護助手」ですが、以前に三重県の介護老人保健施設において、モデル事業として既に実施されています。

その際も、①介護人材の確保、②高齢者の就労先、③介護予防を事業のねらいとしており、介護職が本来の介護業務に専念できるように行われ、多数の元気な高齢者がモデル事業に参加

されました。



具体的には、元気な高齢者である介護助手を3グループに分けます。

Aクラスには、認知症の方への対応や、見守り等の比較的高度な業務を、

Bクラスには、比較的短い研修で知識や技術が習得出来るベッドメイキングや配膳等を、

Cクラスには、マニュアル化やパターン化が容易な清掃や備品の準備等を担っていただくようチームに分けて行っていただくことを振り分けて実施しました。

施設の介護職員からは、

■「介護助手」から自らの気づき、反省点を記録していきたいと提案があった。「気づき記録」を職員間でも共有し、業務の見直しにつながっている。

■ 周辺業務への負担が減り、個別性のある利用者への関わりの動きがでてきている。

■「介護助手」にシーツ交換をお願い出来たことで、心に余裕をもって見守り介助や認知症の方への対応ができるようになった。

■「足浴介助」が毎日提供できるようになり、利用者の満足度が上がった。

■ これまで以上に、朝食時の見守り介助に集中できている。

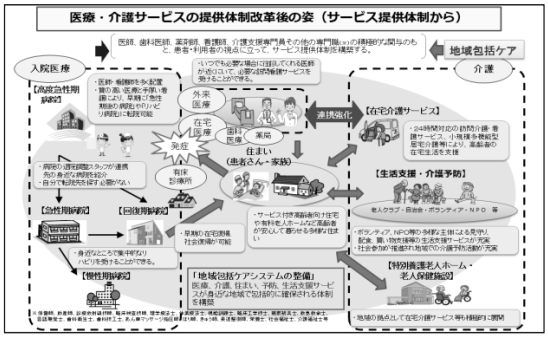
■ 食後の排泄介助、臥床介助の間に、フロア内の片付けを担当してもらえるので、時間的余裕ができる。

■「介護助手」の人生経験から気づかされることがある。

■「介護助手」から担当できる業務について、ポジティブな意見がだされている。

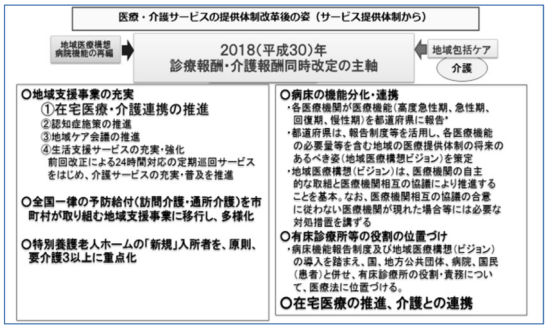
■ 高齢者「介護助手」ならではの利用者とのコミュニケーションがとれており入所者が「介護助手」を慕っている様子がうかがえる。

など、「これまでの周辺業務が効率的に行えることが分かった」や「心に余裕をもって見守り介護や認知症の方への対応ができるようになった」といった、プラスの意見が多く寄せられていたようです。



これは、地域包括ケアシステムでよく目にする図だと思います。医療・介護サービスの提供体制改革後の姿が描かれています。

医療分野では、「地域医療構想・病院機能の再編」が課題とされており、介護分野では地域包括ケアが課題となっています。

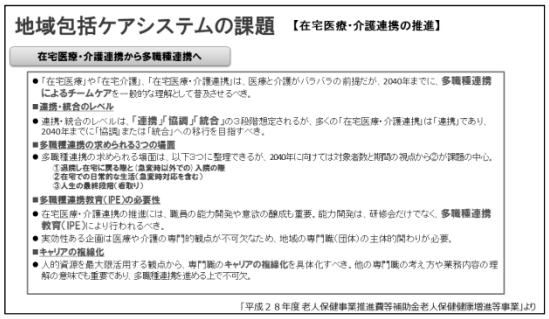


これは、2018（平成30）年の診療報酬改定・介護報酬改定の同時改定の主軸になる部分です。

一方で、社会福祉法人の内部留保を放出させる改定とも言われていますので、厳しい内容になると思われます。

訪問介護・通所介護を市町村が取り組む地域支援事業に移行し多様化することや、特別養護老人ホームの新規入所者を原則、「要介護3」以上に重点化することは前回（平成28年度）の介護報酬改定で実施を終えています。

●地域包括ケアシステムの課題

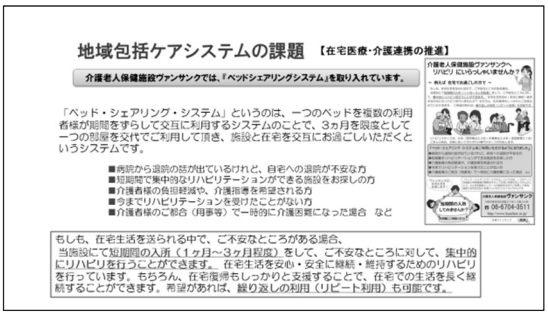


地域包括ケアシステムの課題の一つ目は、在宅医療・介護連携の推進があります。今はまだ医療と介護だけでなく、多職種連携によるチームケアの普及をすすめています。連携・統合のレベルは、「連携」「協調」「統合」の３段階想定されますが、多くの「在宅医療・介護連携」は「連携」であり、2040年までに「協調」または「統合」への移行を目指すべきだとしています。

多職種連携が求められる3つの場面として、主に①退院し在宅に戻る際と入院の際、②在宅での日常的な生活、③人生の最終段階（看取り）が挙げられます。①と③では多職種連携が充実しつつありますが②に関しては、これからの更なる推進が必要だと思われます。

そのような中、教育機関では、「多職種連携教育（IPE）の必要性が求められているようです。

キャリアの複線化では、多職種連携を進める上で、他の専門職の考え方や業務内容を理解することが不可欠とされており、先程の多職種連携教育（IPE）にも取り入れられているようです。



医療と介護の連携を実感する取り組みのひとつとして、私どもの介護老人保健施設ヴァンサンクでは、「ベッドシェアリングシステム」を取り入れています。これは、1ヶ月から3ヶ月程度の比較的短期間の入所でリハビリを集中的に実施することで、在宅での生活を長く続けることができるように支援する目的で行っています。必要な時に、必要な期間、いつでも利用でき、安心して住み慣れた在宅で生活できるようなサービス提供を目指しています。

このシステムでは、「施設入所サービス」と「居宅サービス」を交互に利用することとなるため、居宅介護支援専門員や在宅介護サービス、主治医等との連携が非常に重要となってきます。

介護老人保健施設では、医師・看護師・介護福祉士やケアマネジャー・理学療法士等のセラピスト・管理栄養士・社会福祉士や事務員が連携して、共に施設サービス計画やリハビリテーション実施計画を策定しています。

最近では、歯科衛生士を配置している老健も増えてきています。

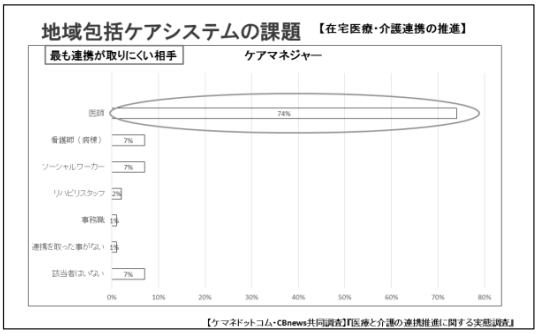
それぞれの計画に基づいて施設サービスを提供していき、目指している状態にまで回復した時には退所して在宅での生活に戻られます。その際、在宅で受ける必要なサービスを居宅介護支援事業所のケアマネジャーがプランを策定します。

居宅のケアマネジャーは、サービス担当者会議の調整や、モニタリング、評価、再アセスメント等、非常に多忙であり、整えなければならない書類も数多くあります。そのため、日々の業務に追われ、支援経過記録の記載が遅延する等の状況に陥ることも良くあると聞きます。

自宅に戻られた後には、主治医である医師による診療や通所介護サービスや訪問介護サービス等の各種居宅介護サービスを受けます。関わる職種も、介護福祉士やヘルパー、看護師、セラピストや薬剤師、栄養士等様々です。

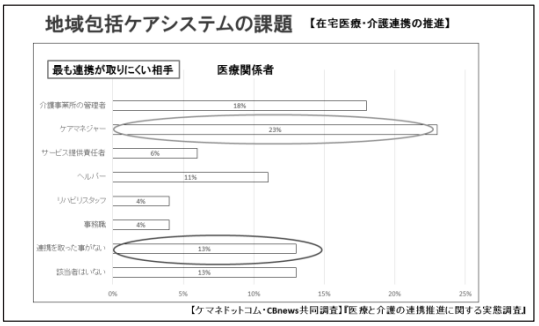
この介護サービスを提供する職種と医療を提供する医師との連携も非常に難しいことから、最近医師会では、「在宅医療・介護連携コーディネーター」という新しい職種を配置するところも存在します。

再度、施設入所が必要になった時には再利用できる体制を整えていますが、一定の間隔で繰り返して利用するには各専門職や事業所間での「多職種連携」が不可欠となります。



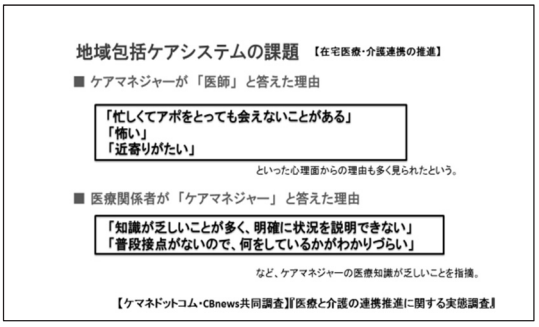
これは、ケアマネドットコムとキャリアブレインニュースが共同で「医療と介護の連携推進に関する実態調査」を行った結果です。

ケアマネジャーが最も連携を取りにくい相手として、最も多かったのが74%で「医師」でした。



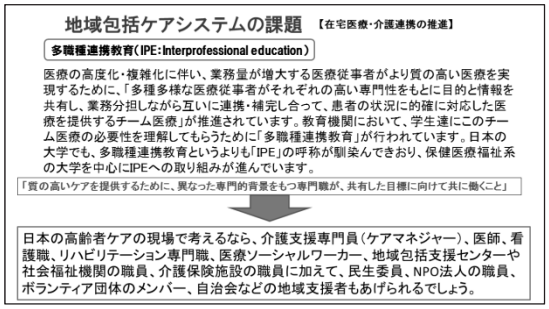
一方、医療関係者が最も連携を取りにくいと答えた職種が23%でケアマネジャーでした。

また、連携を取った事がないといった回答も13%を占めています。調査によると、双方のキーパーソンともいえる職種が対立する形となっています。



ケアマネジャーが最も連携を取りにくいと答えた職種は医師と答えた理由として、「忙しくてアポをとっても会えないことがある」「怖い」「近寄りがたい」といった心理面からの理由が多かったようです。

一方、医療関係者がケアマネジャーと答えた理由として、「医療知識が乏しい」や「普段接点がないので、何をしているかが分かりづらい」といったことが指摘されていました。

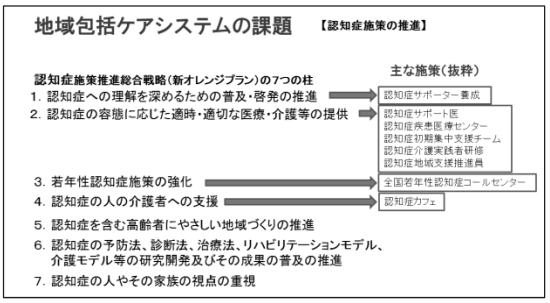


医療の高度化・複雑化に伴い、業務量が増大する医療従事者がより質の高い医療を実現するために、「多種多様な医療従事者がそれぞれの高い専門性をもとに目的と情報を共有し、業務分担しながら互いに連携・補完し合って、患者の状況に的確に対応した医療を提供するチーム医療」が推進されています。教育機関において、学生達に、チーム医療の必要性を理解してもらうために「多職種連携教育」が行われています。日本の大学でも、多職種連携教育というよりも「IPE」の呼称が馴染んできおり、保健医療福祉系の大学を中心にIPEへの取り組みが進んでいます。

いわば、「質の高いケアを提供するために、異なった専門的背景をもつ専門職が、共有した目標に向けて共に働くこと」を意味します。

高齢者ケアの現場で考えるなら、そのチームには「介護支援専門員（ケアマネジャー）・医師・看護職・セラピスト・MSW・介護保険施設の職員に加え、民生委員やボランティア団体のメンバー、自治会などの地域支援者」も含まれると思います。

地域包括ケアシステムの課題の二つ目は「認知症施策の推進」です。



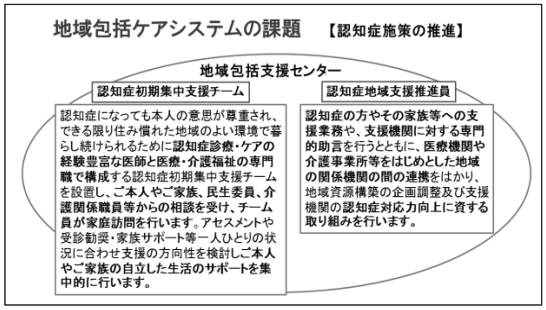
国が示している認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）では、7つの柱から推進を図っています。

1. 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進
2. 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供
3. 若年性認知症施策の強化
4. 認知症の人の介護者への支援
5. 認知症を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進
6. 認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発及びその成果の普及の推進
7. 認知症の人やその家族の視点の重視

主な施策として、

①認知症サポーターの養成、②認知症サポート医、認知症疾患医療センターや認知症初期集中支援チームの創設、認知症介護実践者研修の実施と認知症地域支援推進員の要請、③若年性認知症コールセンター、④認知症カフェの展開な

どが挙げられます。



その中の「認知症初期集中支援チーム」と「認知症地域支援推進員」について、ご説明します。

認知症初期集中支援チームと認知症地域支援推進員は、地域包括支援センター内に配置されています。認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けられるために認知症診療・ケアの経験豊富な医師と医療・介護福祉の専門職で構成する認知症初期集中支援チームを設置し、ご本人やご家族、民生委員、介護関係職員等からの相談を受け、チーム員が家庭訪問を行います。

アセスメントや受診勧奨・家族サポート等一人ひとりの状況に合わせ支援の方向性を検討しご本人やご家族の自立した生活のサポートを集中的に行います。

認知症地域支援推進員は、認知症の方やその家族等への支援業務や、支援機関に対する専門的助言を行うとともに、医療機関や介護事業所等をはじめとした地域の関係機関の間の連携をはかり、地域資源構築の企画調整及び支援機関の認知症対応力向上に資する取り組みを行います。

次に、認知症カフェです。

当施設で行っているヴァンサンクカフェふれあい（認知症カフェ）の様子です。

毎月第3木曜日の13時30分から約2時間実施しており、毎回のプログラムは違う内容で執り行うのですが、この日のプログラムは、「脳トレーニング」、「作業療法士による棒体操」「参加者の自己紹介」を中心に行いました。脳トレーニングでは、文字の並びかえクイズで100歳を超えるご長寿の方がスラスラと答える等、大いに盛り上がりました。

棒体操のカラフルな棒は手作りのもので、新聞紙を丸めてテープを貼り付けて簡単に作れ、新聞紙の枚数で「太さ」や「重さ」を自由に変えることができます。棒体操では、片手で棒を上に投げ、受け取ります。投げた棒の動きを素早く判断し、自分の受け取る姿勢を計画し、実行するという事を瞬間的に行い繰り返す為、認知症予防に効果があるといわれています。

また、棒を受け取る際の重心移動によりバランス能力が向上したり、棒を落としそうになりとっさに手を出すことで身体の俊敏さが向上したり、転倒予防にも繋がります。また、棒を使って肩叩き等もでき、肩のこりをほぐすこともできる優れものです。

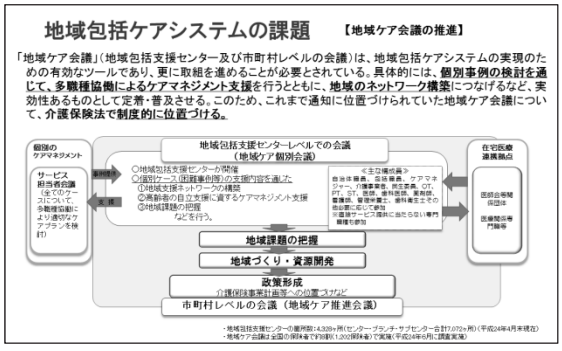
自己紹介では名前や年齢、今までどのような日々を歩んでこられたのか等を皆さんにお話し

て頂くことで、どのような人なのかをお互いに知ることができ、より親近感を感じることができました。「一人暮らしやけど、認知症になった時には誰が見つけてくれるの？」というような質問もありました。

開催には、ケアマネジャーや介護福祉士、作業療法士をはじめ、認知症ケア専門士等、様々な職員が関わっております。この日は、セラピストの実習生にもご参加いただきました。

また、地域にお住まいの高齢者やグループホームの利用者、特別養護老人ホームの利用者も参加されています。

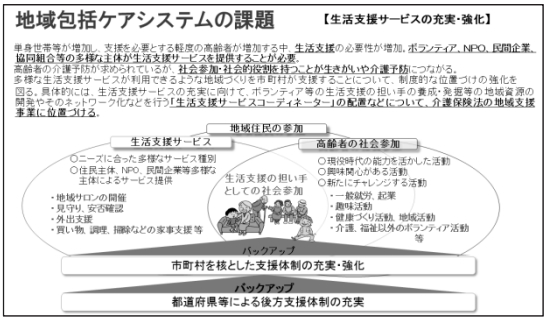
皆様も、お近くにおいでの際は、お気軽にお立ち寄りください。



地域包括ケアシステムの課題の三つ目は地域ケア会議の推進です。

地域ケア会議は、地域包括支援センターレベルでの個別会議で、サービス担当者会議等を通じて情報提供を受けて支援することで、地域支援ネットワークの構築、高齢者の自立支援に資するケアマネジメントの支援、地域課題の把握を行います。「地域での課題を把握」した上で、地域づくりや資源開発を行って介護保険事業計画等へ位置づける等して政策を形成する地域ケア推進会議（市町村レベルの会議）につなげていくというものです。これは、介護保険法でも制度的に位置づけられています。

地域ケア会議は、保健、医療、福祉、地域の関係者等の協働による個別支援の充実と、地域の共通課題や好取組の共有を図り、年間事業計画への反映することで、多職種連携、地域のニーズや社会資源を的確に把握可能になり、地域課題への取組が推進され、高齢者が地域で生活しやすい環境を実現することができると考えられています。



地域包括ケアシステムの課題の四つ目は、生活支援サービスの充実・強化です。単身世帯や支援を必要とする軽度の高齢者が増加する中、ボランティアやNPO、民間企業等の多様な生活支援が必要とされてきます。

併せて、高齢者の社会参加や社会的役割をもつことで生きがいや介護予防につなげていくことも重要とされています。

生活支援サービスの充実に向けて、ボランティア等の生活支援の担い手を養成することも必要であることから、介護保険法の地域支援事業に「生活支援サービスコーディネーター」が配置されています。

地域住民の参加と生活支援サービス、高齢者の社会参加をネットワーク化して市町村・都道府県がバックアップすることで、生活支援の担い手として社会参加を拡充する考えです。

「生活支援サービス」では、地域サロンや外

出支援、買い物・調理等の家事支援などが挙げられます。ニーズに合った多様なサービス種別を充実させる。ひとつの新しい事業展開として参入を考えている会社も増えてくると思われます。

「高齢者の社会参加」では、現役時代の能力を活かした活動や新たにチャレンジする活動として、一般就労や起業、趣味活動などが挙げられます。

大阪市でも、下記のような8項目の一般介護予防事業（重度化予防の推進）に取り組んでいます。

【介護予防把握事業】

閉じこもり等何らかの支援が必要な高齢者を早期に把握し、速やかに必要な支援につなげることを目的として、65歳以上の要支援・要介護認定を受けていない高齢者に対して、区役所や地域包括支援センターでの基本チェックリストの実施や、ハイリスク高齢者への家庭訪問等を行う。

【一般介護予防事業評価事業】

住民主体の通いの場を充実させ、人と人とのつながりを通じた良い地域づくりにつなげるため、一般介護予防事業を含めた総合事業全体を評価し、評価結果をもとに事業全体の改善を図る。

【介護予防広報啓発事業】

介護予防事業を効果的に実施するため、広報・啓発用のパンフレット等を作成・配布し、高齢者の参加する様々な機会を通じて広く市民に周知する。

【地域健康講座・健康相談事業】

介護予防に関する知識の普及を図るため、各区保健福祉センターで小学校区ごとに介護予防の健康教室を開催する。

【介護予防教室（なにわ元気塾）事業】

閉じこもりがちや生活機能の低下が認められる高齢者を含め、すべての高齢者が、身近な地域で定期的（月1回）に参加できる介護予防に資する通いの場を開催し、介護予防に関する正しい知識の普及と創作活動やレクリエーション等を通じた地域における人との交流を図る。

【健康づくり展げる講座】

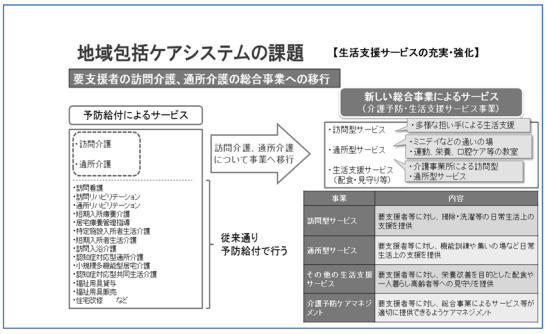
介護予防に関する知識や技術を身につけ、自ら介護予防を実践し、地域の介護予防活動のリーダー的存在として活動に関わる方を養成する。

【介護予防活動推進事業】

介護や支援が必要のない元気な高齢者を増やすための取り組みとして、「いきいき百歳体操」を実施する住民主体の体操・運動等の通いの場に対し、必要な物品の貸与等を行う。

【地域リハビリテーション活動支援事業】

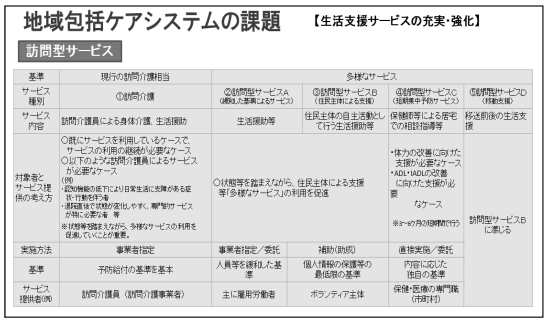
介護や支援が必要のない元気な高齢者を増やすための取り組みとして、「いきいき百歳体操」を実施する住民主体の体操・運動等の通いの場の充実を図るため、リハビリテーション専門職による通いの場の立ち上げ支援や継続支援を実施する。



前回の介護保険改定で、訪問介護と通所介護の介護予防が総合事業に移行しました。

その他のサービスは現行どおり、介護予防給付で行われています。

新しい総合事業では、サービスの幅が広がり「多様な担い手による生活支援」や「ミニデイや特化型デイ」等を行う訪問型サービスと通所型サービスがあります。

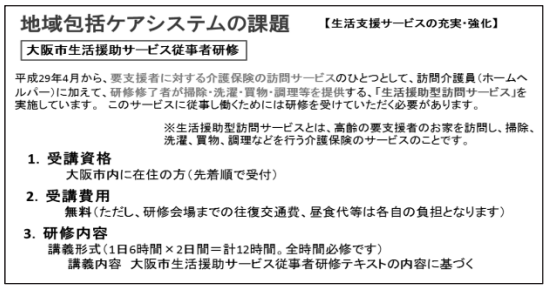


地域包括ケアシステムの課題　【生活支援サービスの充実・強化】

訪問型サービス

基準	現行の訪問介護相当	多様なサービス			
サービス種別	①訪問介護	②訪問型サービスA（緩和した基準によるサービス）	③訪問型サービスB（住民主体による支援）	④訪問型サービスC（短期集中予防サービス）	⑤訪問型サービスD（移動支援）
サービス内容	訪問介護員による身体介護、生活援助	生活援助等	住民主体の自主活動として行う生活援助等	保健師等による居宅での相談指導等	移送前後の生活支援
対象者とサービス提供の考え方	○既にサービスを利用しているケースで、サービスの利用の継続が必要なケース ○以下のような訪問介護員によるサービスが必要なケース （例） ・認知機能の低下により日常生活に支障がある症状・行動を伴う者 ・退院直後で状態が変化しやすく、専門サービスが特に必要な者　等 ※状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが重要。	○状態等を踏まえながら、住民主体による支援等「多様なサービス」の利用を促進		・体力の改善に向けた支援が必要なケース ・ADL・IADLの改善に向けた支援が必要なケース ※3～6ヶ月の短期間で行う	訪問型サービスBに準じる
実施方法	事業者指定	事業者指定／委託	補助(助成)	直接実施／委託	
基準	予防給付の基準を基本	人員等を緩和した基準	個人情報の保護等の最低限の基準	内容に応じた独自の基準	
サービス提供者(例)	訪問介護員（訪問介護事業者）	主に雇用労働者	ボランティア主体	保健・医療の専門職（市町村）	

今までの予防訪問介護に加えて、生活援助を中心とした訪問介護等、多様なサービスが含まれました。



地域包括ケアシステムの課題　【生活支援サービスの充実・強化】

大阪市生活援助サービス従事者研修

平成29年4月から、要支援者に対する介護保険の訪問サービスのひとつとして、訪問介護員（ホームヘルパー）に加えて、研修修了者が掃除・洗濯・買物・調理等を提供する、「生活援助型訪問サービス」を実施しています。 このサービスに従事し働くためには研修を受けていただく必要があります。

※生活援助型訪問サービスとは、高齢の要支援者のお家を訪問し、掃除、洗濯、買物、調理などを行う介護保険のサービスのことです。

1. **受講資格**
   大阪市内に在住の方（先着順で受付）
2. **受講費用**
   無料（ただし、研修会場までの往復交通費、昼食代等は各自の負担となります）
3. **研修内容**
   講義形式（1日6時間×2日間＝計12時間。全時間必修です）
   講義内容　大阪市生活援助サービス従事者研修テキストの内容に基づく

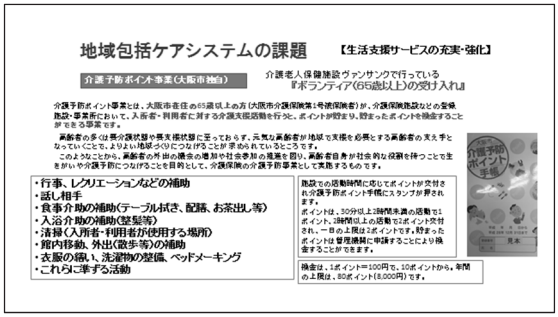
大阪市では、今年4月から生活援助型訪問サービスを実施されており、担い手となる従事者に対して研修を行っています。

地域包括ケアシステムの課題　【生活支援サービスの充実・強化】

通所型サービス

基準	現行の通所介護相当	多様なサービス		
サービス種別	① 通所介護	②. 通所型サービスA（緩和した基準によるサービス）	③ 通所型サービスB（住民主体による支援）	④ 通所型サービスC（短期集中予防サービス）
サービス内容	通所介護と同様のサービス 生活機能の向上のための機能訓練	ミニデイサービス 運動レクリエーション　等	体操、運動等の活動など、自主的な通いの場	生活機能を改善するための運動器の機能向上や栄養改善等のプログラム
対象者とサービス提供の考え方	○既にサービスを利用しており、サービスの利用の継続が必要なケース ○「多様なサービス」の利用が難しいケース ○集中的に生活機能の向上のトレーニングを行うことで改善・維持が見込まれるケース ※状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが重要。	○状態等を踏まえながら、住民主体による支援等「多様なサービス」の利用を促進		・ADLやIADLの改善に向けた支援が必要なケース等 ※3～6ヶ月の短期間で実施
実施方法	事業者指定	事業者指定／委託	補助(助成)	直接実施／委託
基準	予防給付の基準を基本	人員等を緩和した基準	個人情報の保護等の最低限の基準	内容に応じた独自の基準
サービス提供者(例)	通所介護事業者の従事者	主に雇用労働者 ＋ボランティア	ボランティア主体	保健・医療の専門職（市町村）

通所介護も、多様なサービスが組み入れられています。



地域包括ケアシステムの課題　【生活支援サービスの充実・強化】

介護予防ポイント事業（大阪市独自）　介護老人保健施設ヴァンサンクで行っている『ボランティア(65歳以上)の受け入れ』

介護予防ポイント事業とは、大阪市在住の65歳以上の方（大阪市介護保険第1号被保険者）が、介護保険施設などの登録施設・事業所において、入所者・利用者に対する介護支援活動を行うと、ポイントが貯まり、貯まったポイントを換金することができる事業です。

高齢者の多くは要介護状態や要支援状態に至っておらず、元気な高齢者が地域で支援を必要とする高齢者の支え手となっていくことで、よりよい地域づくりにつながることが求められているところです。

このようなことから、高齢者の外出の機会の増加や社会参加の推進を図り、高齢者自身が社会的な役割を持つことで生きがいや介護予防につなげることを目的として、介護保険の介護予防事業として実施するものです。

当施設でも対象施設として受入を行っています。

・行事、レクリエーションなどの補助
・話し相手
・食事介助の補助(テーブル拭き、配膳、お茶出し等)
・入浴介助の補助(整髪等)
・清掃(入所者・利用者が使用する場所)
・館内移動、外出(散歩等)の補助
・衣服の繕い、洗濯物の整備、ベッドメーキング
・これらに準ずる活動

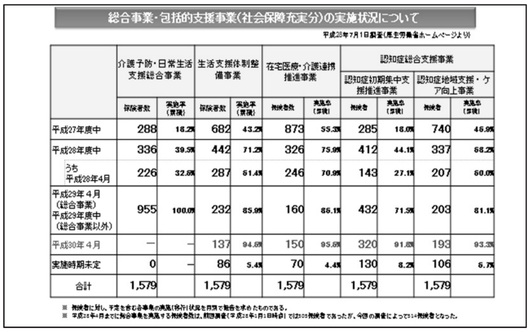
施設での活動時間に応じてポイントが交付され介護予防ポイント手帳にスタンプが押されます。
ポイントは、30分以上1時間未満の活動で1ポイント、1時間以上の活動で2ポイント交付され、一日の上限は2ポイントです。貯まったポイントは 管理機関に申請することにより換金することができます。

換金は、1ポイント＝100円で、10ポイントから、年間の上限は、80ポイント(8,000円)です。

当施設で受け入れているのは主にレクリエーションが中心となっていますが、利用者の話し相手や介助の補助、ベッドメイキングなど様々な活動が対象となっています。

活動を終えた際に、施設側で写真の介護予防ポイント手帳にスタンプを押しています。ポイントは、「1ポイント30～2時間未満」で2時間以上は2ポイントとなります。換金は1ポイント100円で年間80ポイント（8,000円）を上限として換

金されます。

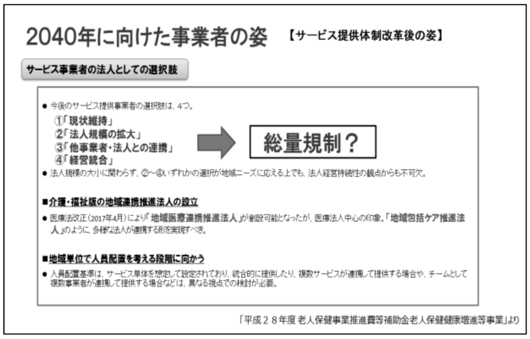


総合事業・包括的支援事業（社会保障充実分）の実施状況について

平成28年7月1日調査（厚生労働省ホームページより）

	介護予防・日常生活支援総合事業		生活支援体制整備事業		在宅医療・介護連携推進事業		認知症総合支援事業			
							認知症初期集中支援推進事業		認知症地域支援・ケア向上事業	
	保険者数	実施率（累積）	保険者数	実施率（累積）	保険者数	実施率（累積）	保険者	実施率（累積）	保険者	実施率（累積）
平成27年度中	288	18.2%	682	43.2%	873	55.3%	285	18.0%	740	46.9%
平成28年度中	336	39.5%	442	71.2%	326	75.9%	412	44.1%	337	68.2%
うち 平成28年4月	226	32.6%	287	61.4%	246	70.9%	143	27.1%	207	60.0%
平成29年4月（総合事業）平成29年度中（総合事業以外）	955	100.0%	232	85.9%	160	86.1%	432	71.5%	203	81.1%
平成30年4月	−	−	137	94.6%	150	95.6%	320	91.8%	193	93.3%
実施時期未定	0	−	86	5.4%	70	4.4%	130	8.2%	106	6.7%
合計	1,579		1,579		1,579		1,579		1,579	

これは、総合事業・包括的支援事業の実施状況です。総合事業は、全ての市町村で移行・実施が完了しています。医療・介護連携や認知症関係の事業でも9割以上の市町村で実施完了しています。



2040年に向けた事業者の姿ですが、今後のサービス提供事業者の選択肢は4つに分かれると考えられます。①現状を維持する事業者、②法人規模を拡大する事業者、③他の事業者と連携を深める事業者、④経営統合する事業者です。

とりわけ「現状維持」を選択する事業者は、今後の地域ニーズに応えることが出来ず経営を持続させる大きな弊害になると思っています。

この先様々なサービスにおいて地域のニーズが充足した時点で「総量規制」が行われ、安易に開設することができない時代となると個人的には推測しています。

また、2017年4月から「地域医療連携推進法人」を創設することが可能となっています。地域の様々な法人が集まって作る法人で地域のニーズや医療従事者等を補おうとするものですが、特に大阪ではなかなか進まないのではないかと思っています。

今まで、地域包括ケアシステムのお話をしてまいりましたが、こちらのスライドがその姿を図示したものです。

2025年を目処にして、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される体制の構築を実現させようとしています。

75歳以上の人口が急増する大都市部と75歳以上人口の増加は穏やかだが全体の人口が減少する町村部など、地域によって高齢化の進展状況には大きな地域差が生じます。

そのため、市町村や都道府県が地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じた体制を作り上げていくことが必要です。

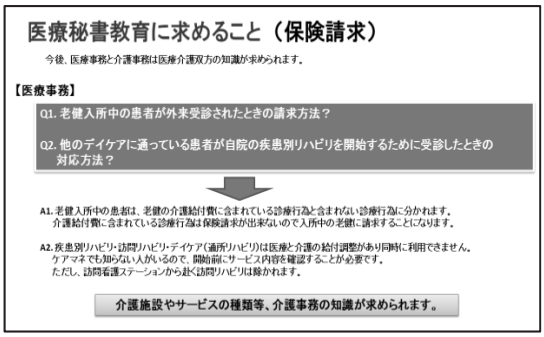
また、この地域包括ケアシステムは、おおむね30分以内に必要なサービスが提供される日常生活圏域（中学校区）を単位として想定されています。

市町村や都道府県によって高齢化の進展状況には大きな地域差があり、地域の自主性や主体性、地域の特性に応じて作り上げられるもので

あるため、地域における格差が浮き彫りになると思います。

●医療秘書に求めること

私見が多くなると思いますが、私が求める医療秘書についてお話します。



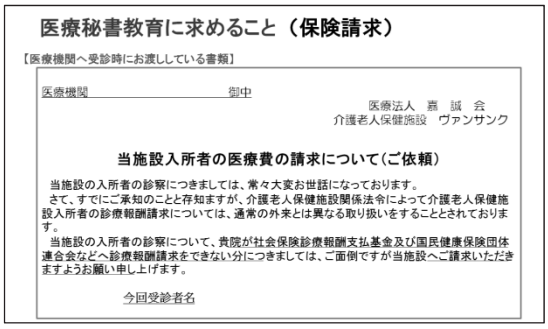
医療事務に従事していても、介護保険分野の関連が伴うことが多くあります。では問題です。

問題1. 老健入所中の患者が外来受診されたときの請求方法は？

解答1. 老健入所中の患者は、老健の介護給付費に含まれている診療行為と含まれない診療行為に分かれます。介護給付費に含まれている診療行為は保険請求が出来ないので入所中の老健に請求することになります。

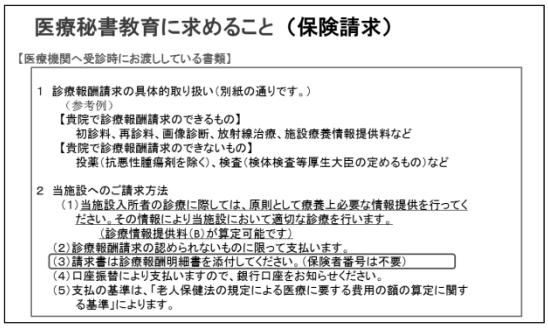
問題2. 他のデイケアに通っている患者が自院の疾患別リハビリを開始するために受診したときの対応方法は？

解答2. 疾患別リハビリ・訪問リハビリ・デイケア（通所リハビリ）は医療と介護の給付調整があり同時に利用できません。ケアマネジャーでも知らない人がいるので、開始前にサービス内容を確認することが必要です。ただし、訪問看護ステーションから赴く訪問リハビリは除かれます。



こちらは当施設の入所者が医療機関に受診する際に利用者（ご家族）にお渡ししている書類です。

老健入所中で診療報酬請求ができない行為は当施設へ請求して頂くようにお願いする内容となっています。



請求の際には、診療報酬明細書を添付していただいています。

中には保険請求ができるものまで請求される医療機関も多いことから、診療行為について介護事務が確認を行っています。

別紙
（算定できるものについては「○」、算定できないものについては「×」）

項　目	小 項 目	併設保険医療機関	その他
基本診療料	初診料	×	○
	再診料	×	○
投薬	抗悪性腫瘍剤	○	○
	その他のもの	×	×
画像診断		○	○
注射	厚生大臣が定めるもの	○	○

他科受診の際に医療機関にお渡ししています。

こちらも、先程の書類と一緒にお渡ししている書類です。簡単ではありますが、医療機関が保険請求できる項目とできない項目を示してお

ります。

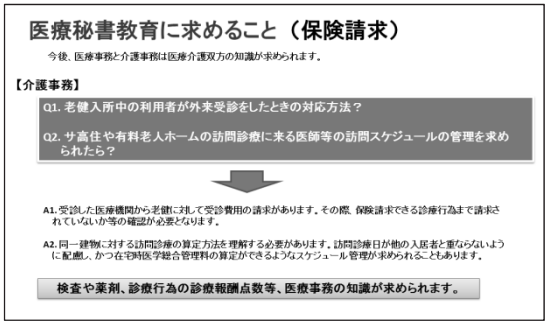
医療と介護の給付調整の一つになります、先程のデイケアを利用されている方が医療保険の疾患別リハビリを受診したいというケースについてです。

実は、ケアマネジャーの中にも、この給付調整を良く知らない方もいらっしゃいます。

実際にあったケースですが、従来医療保険の疾患別リハビリテーションに外来通院されていた患者が、医療機関が知らない間に別の通所リハビリを利用されていたことがありました。

疾患別リハビリテーションを開始する際には、通所リハビリ等利用の有無の確認を行っていますが、途中で患者から「最近、マッサージにも行き始めた」という会話があり、改めて担当ケアマネジャーに確認したところ、マッサージではなく他事業所の通所リハビリを利用していました。疾患別リハビリと通所リハビリは一緒に利用できないことをケアマネジャーに伝えたところ、全く知らなかったというものです。

結果、原則的に介護保険が優先されることもあり、併用し始めた時期から疾患別リハビリの医療保険請求ができなくなりケアマネジャーが所属する居宅介護支援事業所に全額お支払いいただくこととなりました。この事案からみても医療保険と介護保険の両方を理解しておく必要があります。



介護事務に従事していても、医療保険分野の関連が伴うことが多くあります。では問題です。

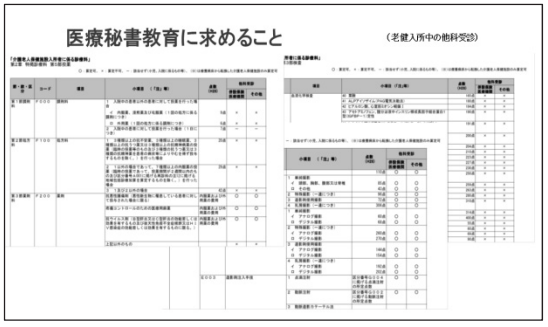
問題1. 老健入所中の利用者が外来受診をしたときの対応方法は？

解答1. 受診した医療機関から老健に対して受診費用の請求があります。その際、保険請求できる診療行為まで請求されていないか等の確認が必要となります。

問題2. サ高住や有料老人ホームの訪問診療に来る医師等の訪問スケジュールの管理を求められたら？

解答2. 同一建物に対する訪問診療の算定方法を理解する必要があります。訪問診療日が他の入居者と重ならないように配慮し、かつ在宅時医学総合管理料の算定ができるようなスケジュール管理が求められることもあります。

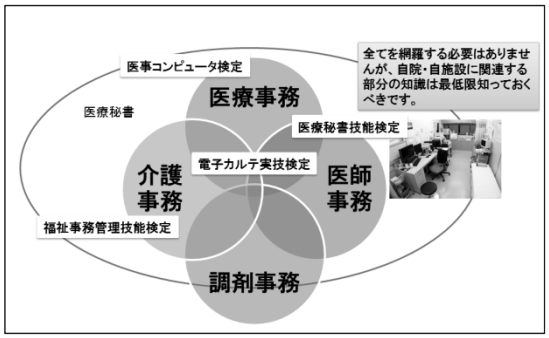
そのように、検査や薬剤、診療行為の診療報酬点数等、医療事務の知識が求められます。



こちらは、介護老人保健施設に入所中の方に対する診療行為で保険請求が出来るものと出来

ないものを表したものです。

これも、介護事務がある程度、診療報酬を理解しておかないと確認すらできないものとなります。

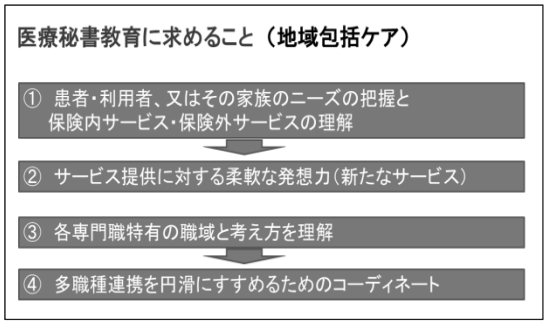


医療秘書には、病棟クラークや理事長・院長秘書等の他に、保険請求分野では大きく分けて「医療事務」「介護事務」「医師事務作業補助」「調剤事務」等があります。

全てを熟知することまでは求めませんが、少なくとも自院や自施設に関連する部分の知識は身につけておく必要があります。

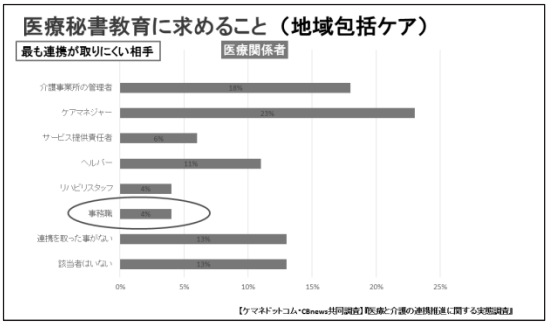
また、知識を高める上では、「医療秘書技能検定」「医事コンピュータ検定」や「福祉事務管理技能検定」、「電子カルテ実技検定」の活用も非常に有効だと思います。

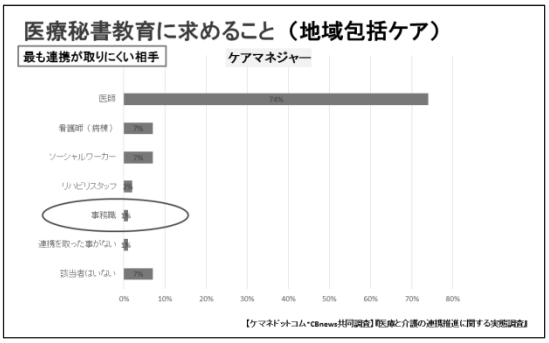
自院でも、約5年前から無床診療所でありながらも電子カルテを導入しています。そして、点数化はされていませんが診療の際には事務員が診察室内で医師事務作業補助についています。



地域包括ケアの視点で、医療秘書教育に求めることは、患者、利用者又はその家族のニーズを把握したうえで、保険内サービスに限らず様々な保険外サービスについて理解し、現行のサービス以外にもニーズのある新しいサービスを考える柔軟な発想力があると良いと思っています。

また、各専門職特有の職域と考え方を理解したうえで、多職種連携を円滑にすすめるためのコーディネート役を担える人材が求められてくると思っています。





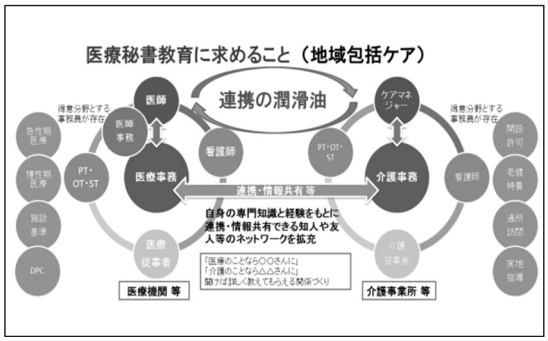
先程の「医療と介護の連携推進に関する実態調査」の結果ですが、少し違う目線で見てみると、ケアマネジャーが最も連携を取りにくい相手として事務職は、他の職種の中でも最も少ない1%となっています。

これは、言い換えると「ケアマネジャーが最も連携を取りやすい相手」と言えるでしょう。

一方、医療関係者が最も連携を取りにくい相

手として回答した職種の中でも、事務職は4%とリハビリスタッフと同じ結果となっています。

これも、医療関係者が「最も連携が取りやすい相手」と言っても良いと思います。



したがって、地域包括ケアの中で、先程の実態調査でも現れていますが、医療機関内では医師と医療事務との連携は非常に取りやすい関係にあります。

同じく、介護事務とケアマネジャーとの連携も非常に取りやすい関係にあります。

このことから、医療機関に所属する医療事務と介護事業所等に所属する介護事務が連携や情報共有を図ることによって、互いに連携が取りにくいとされている医師とケアマネジャーの連携がスムーズとなるのではと考えます。医療秘書は医療と介護の連携の潤滑油になり得ると思っていますし、そのような意識をもって頂きたいと思っています。

私自身もそうですが、同じ学校の先輩や後輩、同期の方々が現場では数多く従事しています。同じ学校というだけで打ち解けることができます。自身が介護分野に所属し、最新の医療情報のことを詳しく知っていなかったとしても、○さんに聞けばすぐに教えてくれる関係を築く。逆の場合も同様です。

医療保険でも、「急性期医療」や「施設基準」「DPC」と多岐にわたります。介護も同様です。

同じ医療事務や介護事務であっても、それぞれの得意分野が存在します。

そのため、自身の専門知識と経験をもとに連携・情報共有等ができる知人や友人のネットワークを拡充するためにも、学生が就職した際には自院や自施設内だけで学ぶのではなく、どんどん外に出て他院や他事業所の人達との関わりを深めて頂きたいと強く思っています。

●嘉誠会グループのご紹介

学生・卒業生のご紹介を宜しくお願いします。

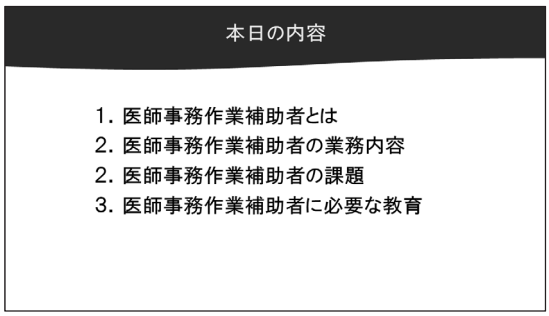
研修会報告

医師事務作業補助者の業務と技能

西川由美子

2017 年 8 月 23 日、医療秘書教育全国協議会が毎年開催する、医療秘書教育担当教員研修会における、講演内容の要約です。

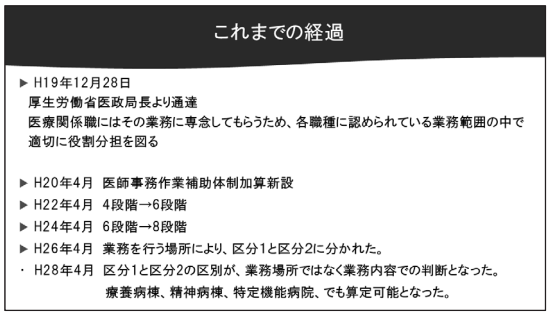
キーワード　医師事務作業補助者



●医師事務作業補助者作業補助者とは

医師事務作業補助者とは、文字通り、医師の事務作業の補助を行う人です。

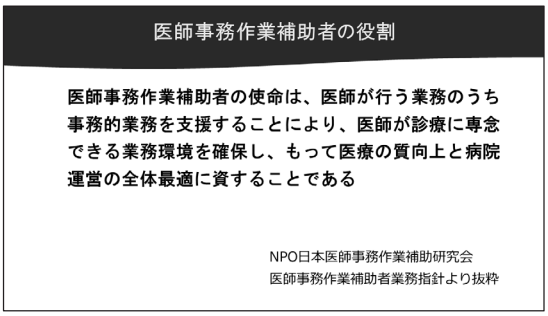
医師事務作業補助者の導入の最大の目的は、医師には診療に専念してもらうことです。



平成 20 年に医師事務作業補助体制加算が導入、改正の度に評価され、現在に至っております。

昨年の改正では、区分 1 と区分 2 の区別が業務を行う場所ではなく、業務内容によって区別されるようになったことは、医師事務作業補助業務そのものが評価されたのだと感じております。

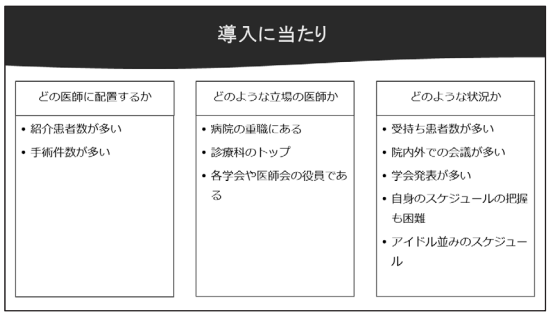
そして、特定機能病院でも算定可能となったことで、医師事務作業補助者が更に必要とされることになったと感じております。



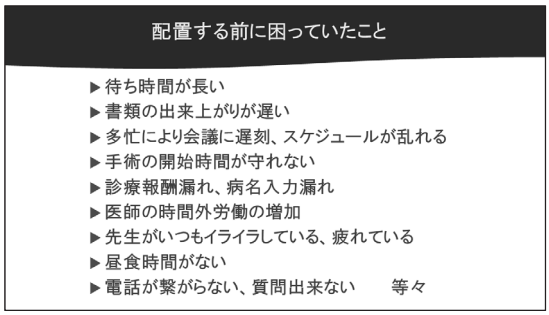
では、医師事務作業補助者の役割ですが、NPO 日本医師事務作業補助研究会が出しております、

Profile
医療法人沖縄徳洲会
吹田徳洲会病院　MS 室（医師秘書室）
NPO 法人日本医師事務作業補助研究会
理事・大阪府支部長

医師事務作業補助業務指針では「医師事務作業補助者の使命は、医師が行う業務のうち事務的業務を支援することにより、医師が診療に専念できる業務環境を確保し、もって医師の質向上と病院運営の全体最適に資することである」となっております。

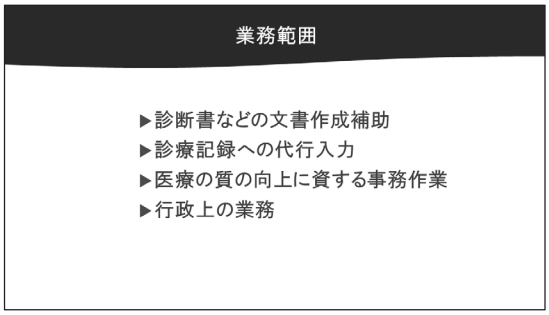


平成 20 年、新設時に導入するにあたり、どの医師に配置したらよいか検討しました。その結果、医師を選ぶ基準は、紹介患者数や手術件数の多い医師としました。選ばれた医師は、病院の重職、診療科のトップで、各学会や医師会の役員を担いながら診療を行っており、受け持ち患者数・院内外での会議・学会発表等も非常に多いために、自身のスケジュールの把握も困難でアイドル並みのスケジュールでした。

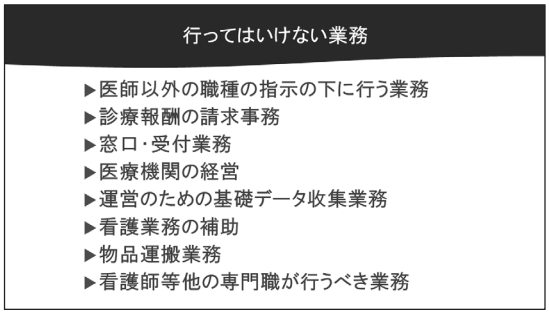


医師事務作業補助者を配置する前に多くの病院で困っていたことは、待ち時間が長い、書類の出来上がりが遅い、多忙により会議に遅刻する、スケジュールが乱れる、手術の開始時間が守れない、診療報酬漏れ、病名入力漏れ、医師の時間外労働の増加、医師の疲弊等、様々なことがありました。

●医師事務作業補助者の業務内容

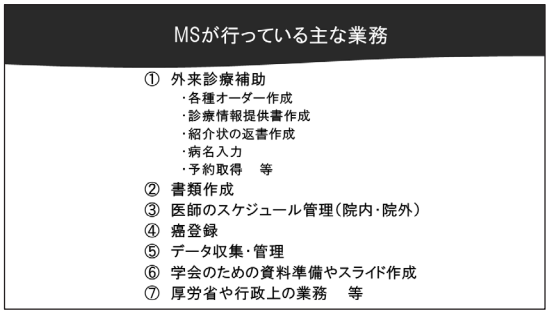


診療報酬に記されている業務範囲は、診断書などの文書作成補助、診療記録への代行入力、医療の質の向上に資する事務作業、行政上の業務になります。



行ってはいけない業務（禁止業務）とされているものは、医師以外の職種の指示の下に行う業務、診療報酬の請求事務、窓口・受付業務、医療機関の経営、運営のための基礎データ収集業務、看護業務の補助、物品運搬業務、看護師等他の専門職が行うべき業務です。

要するに、医師が行わないことは行ってはいけないということです。



医師事務作業補助者が行っている主な業務は

①外来診療補助

・各種オーダー作成
・診療情報提供書作成
・紹介状の返書作成
・病名入力
・予約取得

②書類作成
③医師のスケジュール管理（院内・院外）
④癌登録
⑤データ収集・管理
⑥学会のための資料準備やスライド作成
⑦厚労省や行政上の業務
等になります。

では、ひとつずつご説明させていただきます。

①外来診療補助

医師事務作業補助者は特定の医師、もしくは診療科に配属しております。導入時に、多くの病院が書類作成から業務を始められたようですが、外来診療補助から業務を開始しました。

外来診療補助では、診察室内で医師の隣に座り業務を行っています。医師は当日の所見や治療方針をカルテに記載し、それ以外のことはほぼすべて医師事務作業補助者が行います。医師の隣に座っているため、医師は医師事務作業補助者のパソコン画面の確認が容易に行えます。医師事務作業補助者は疾患に対する基礎知識や検査方法、治療過程などを理解し、患者様の病態だけでなく、性格や環境も把握した上で外来補助を行っています。

一定の時間内に診察出来る人数は限られています。しかし、患者様の病態や性格を把握することで、診察内容や所用時間を推測し、予約の調整をした結果、一定数以上の患者様の診察が可能となります。医事の知識のある医師事務作業補助者になると、保険請求オーダーが正しいかどうかの確認も行います。研修医や若い先生方には、オーダーの仕方や、保険請求の説明などを適宜行い、請求漏れが無いように努めています。医事課側にとりましても、レセプトの点検など行いやすくなっていると思います。

診察室内では、医師を中心に出入口に近い方に患者様、その反対側に医師事務作業補助者が座ります。医師の隣に座り、並んで業務を行っておりますので、お互いの画面確認が容易なだけではなく、疑問や質問もすぐに出来、医師も指導が行いやすくなっています。

②書類作成

ほぼ全ての書類を作成しますが、外来診療補助を行うことで、ほとんどの患者様の病態を把握しているため、書類作成に要する時間は非常に短時間です。

③医師のスケジュール管理（院内・院外）

多忙な医師ほど、患者数や手術件数は多く、院内外での会議も多くなります。そのため、医師の日常スケジュールを把握し、細かなスケジュールの調整や予約枠の調整は欠かせません。診察内容などを加味してスケジュールを把握することで、手術中や会議中など、医師が不在の時でも、予約の調整や各部署からの問い合わせに対応しやすくなります。

④癌登録

各学会への臓器別癌登録などは医師事務作業補助者が行っています。

⑤データ収集・管理
⑥学会のための資料準備やスライド作成

診療科のデータ収集や学会発表も医師の重要な業務ですが、忙しい医師ほどそれらを行う時間の余裕がありません。医師事務作業補助者が疾患や疫学等の知識を身につけた上で、外来補助を行えば、精度の高い統計データや学会等のスライド作成が可能になります。

⑦厚労省や行政上の業務

多忙な医師ほど、医師会や各学会の理事や役員に就任されています。これらの会議で必要なことも私たちがサポートさせていただいております。

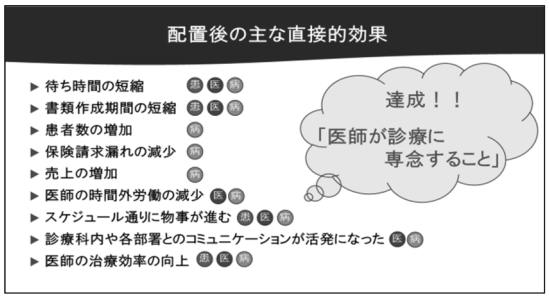
まとめますと、多岐にわたる外来診療補助を行い、診察中は常に医師の伴走をしておりますので、当院の医師事務作業補助者は単にパソコ

ン操作を行うだけでありません。

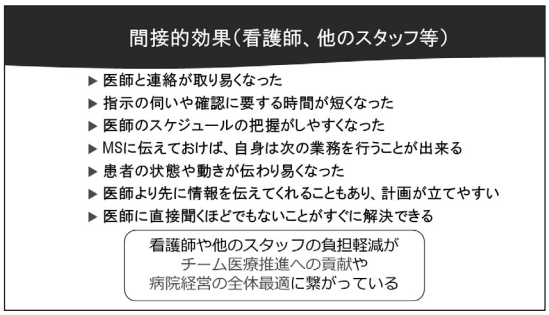
疾患に対する基礎知識、検査方法、治療過程、患者様の病態、性格・環境、悪性腫瘍の患者様の場合には、stage 分類や組織型などを把握し、医事の知識を持って外来診療補助を行っています。

そして、患者様や診療内容に精通することは、外来診療補助以外の業務（診断書などの書類作成、予約調整やスケジュール管理、関連部署との調整、データ収集管理や癌登録、資料準備やスライド作成）を行うことに非常に役立っており、診療科全体をサポートすることに繋がっています。もちろん医師事務作業補助者全員が全て行えるわけではありません。知識量や経験値によって様々です。

導入時の医師は、「書類は 2 ヵ月待ち、外来は数時間待ち」の状態で、とても忙しくされておられました。外来診療終了後、昼食を摂る時間もなく手術を開始、5 時や 6 時に手術が終了して机に戻ると、「書類の山と問い合わせの山」という状態でした。



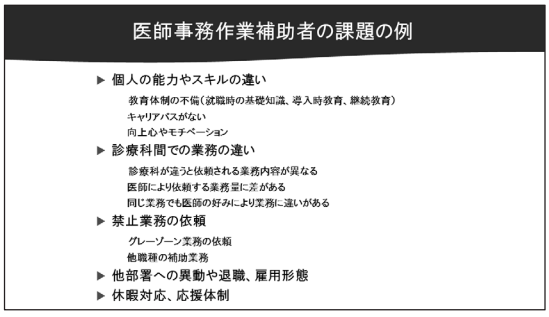
私たちが患者様や診療科に精通してサポートすることで、医師は外来終了後に休憩時間こそ取れませんが、昼食を済ませてから手術を開始することが出来ます。夕方、机に戻ると、書類にはサインをするだけ、問い合わせはほとんど処理済で、報告を受けるだけでよくなりました。なにより、医師に「診療に専念できる」と感じてもらえたことが一番の効果であり、「助かっているよ」との言葉が、私たちのやる気の源になっています。



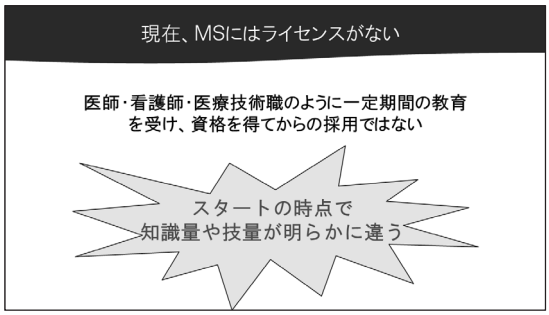
そして、私たちが医師のサポートをすることで、医師だけが助かるのではなく、院内では間接的に効果をもたらすことも多くあります。

看護師や他のスタッフからも、医師と連絡が取り易くなった、指示の伺いや確認に要する時間が短くなった、医師のスケジュールの把握がしやすくなった、医師事務作業補助者に伝えておけば、自身は次の業務を行うことが出来る、患者の状態や動きが伝わり易くなった、医師より先に情報を伝えてくれることもあり、計画が立てやすい、医師に直接聞くほどでもないことがすぐに解決できる等、評価をいただいております。

●医師事務作業補助者の課題



医師事務作業補助者導入の効果が現れ、診療報酬改正の度に評価されてはいますが、一方では医師事務作業補助者が抱える課題や問題は山積みです。



【個人の能力やスキルの違い】

現在、医師事務作業補助者に従事するための資格等の基準はなく、医師や看護師、医療技術職のように、一定期間の教育を受け、資格を得てからの採用ではありません。よって、スタートの時点で知識量や技量が明らかに違います。32 時間研修が義務付けられてはいますが、それだけでは十分とは言い難く、それ以上の研修は本人の向上心に任されているのが現状です。もちろんキャリアパスもないため目指すものも不明確です。今後、キャリアパスが出来れば、道しるべとなり、向上心も養われるのではないかと思います。

【診療科間での業務の違い】

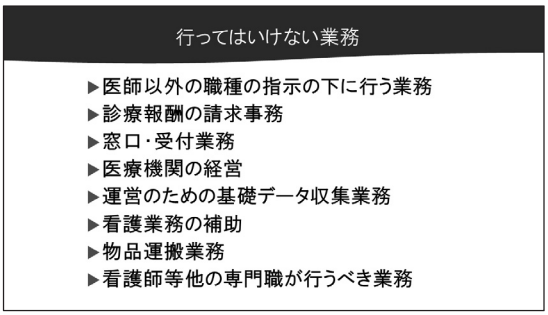
多くの業務を医師事務作業補助者に依頼し、積極的に医師事務作業補助者の指導を行う医師や診療科と、そうではない診療科では医師事務作業補助者の成長に差が生じます。前者は、業務が拡大するのに時間はかかりません。

そして、業務が拡大することにより医師事務作業補助者が経験する事柄が多くなり、レベルも徐々に向上していきます。

しかし、そうではないところは業務の幅が広がらず、経験出来る事柄が少ないため、レベルもなかなか向上しません。

医師の使い方だけの問題ではなく、届け出が先行することも、原因の一つと考えます。加算点数を算定したいがために、医師事務作業補助者を配置したり、医師の希望だけで医師事務作業補助者を配置すると、おのずと問題が発生してしまうことになります。

先ほどの個人の能力問題とも重なりますが、医師からは「医師事務作業補助者のレベルが低く業務を任せることが出来ない」という声も聞かれます。このようなことも業務内容や業務量の差に現れるのだと思います。



【禁止業務の依頼】

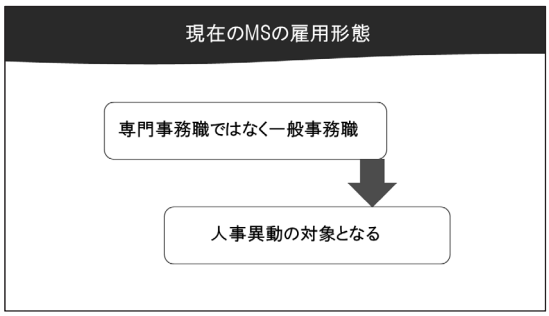
行ってはいけない業務（禁止業務）とされているものは、医師以外の職種の指示の下に行う業務、診療報酬の請求事務、窓口・受付業務、医療機関の経営、運営のための基礎データ収集業務、看護業務の補助、物品運搬業務、看護師等他の専門職が行うべき業務です。

しかし、現実には、「使い勝手のいい事務員」という背景で、診療報酬の請求事務、窓口での受付や電話応対をせざるを得ない状況にあったり、看護業務の補助、物品運搬業務、看護師等他の専門職が行うべき業務を行ったりしている施設も散見するようです。

診察室内での線引きが難しいことや、微妙な

人間関係があり、断りづらいということが、多くの方の悩みとなっていると思います。

禁止業務は、医師が行わない業務です。医師が行わない業務ですから、医師事務作業補助者である私たちにも禁止されていると考えます。



【他部署への移動や退職、雇用形態】

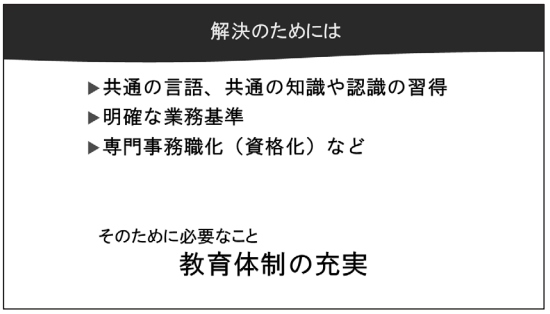
現在の雇用形態は医師事務作業補助者としての専門事務職ではなく、一般事務職と同じ扱いですので、当然人事異動の対象となります。せっかく医師事務作業補助者として経験を重ね、知識や技術を身につけても、人事課や総務課に異動になる可能性があります。一生懸命勉強しても、いつかは他部署に異動になるのではないかと考えることが、モチベーションの低下につながるのではないでしょうか。

現在、医師事務作業補助者に従事している人のほとんどが女性です。結婚、出産、ご主人の転勤、親御さんの介護などで仕方なく退職される方もおられます。退職してしまうと病院にとっても即戦力が失われますので、痛手を負うこととなります。

【休暇対応、応援体制】

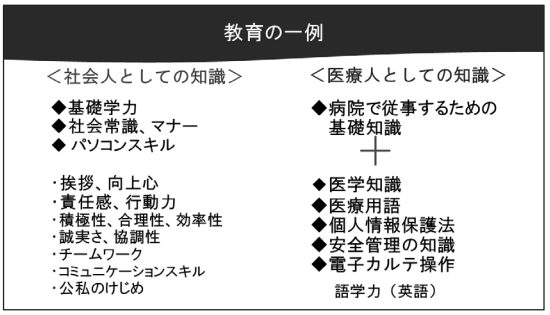
経営者側にとっては、診療報酬だけでは医師事務作業補助者の人件費を十分賄えることができず、医師事務作業補助者自体に人的余裕がないため、休暇対応や応援体制が十分ではないのが現状です。

課題を少しでも減らすためには、共通の言語、共通の知識や認識の習得や、明確な業務基準、専門事務職化（資格化）などが必要だと思います。



そのためには、きちんとした教育が必要です。

●医師事務作業補助者に必要な教育



教育の一例ですが、まず社会にでて働くためには、社会人としての知識が必要です。そして病院で働くためには、医療人としての知識が必要になります。その上で、医師事務作業補助者として従事するには、診療に必要な医学的専門知識が必須です。従来、医師が行っていたことを代わりに行うわけですから、それなりの基礎学力や社会常識を備えておくことは当然だと思われます。

▶ 基礎学力……読解力、漢字力、計算力、語彙力、文章力 等
▶ 統計学……分散、標準偏差、相関係数 等
▶ 社会常識……報連相、時間や期限を守る、言葉遣い、冠婚葬祭、 等
▶ マナーや接遇…あいさつ、身だしなみ、態度
▶ ブラインドタッチ、エクセル、ワード、パワーポイント、アクセス
▶ 医学知識……解剖学（人体の構造、身体の部位を示す用語、区分を示す用語 等）
生理学（循環器、消化器、内分泌、神経、骨格筋、運動、感覚器 等）
病理学（組織分類、病気分類、進行度、効果判定 等）
薬理学（薬の名前、効能、標準投与量、服用方法、適応疾患 等）
公衆衛生学（指定伝染病、疫学 等）
▶ 医療用語……医療現場で使用される言葉、用語
▶ 語学力

出来るならば、教育機関において一定の訓練を受け、ライセンスを得てから従事するのが望ましいと思います。そうなると、就職時の初期

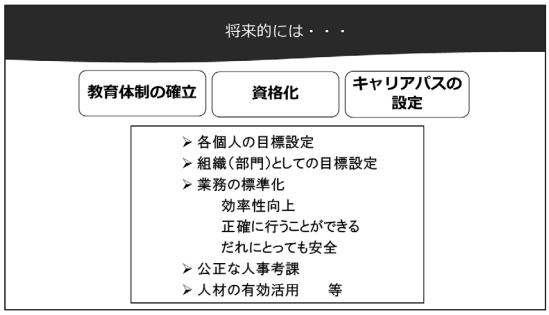
教育も、その後の継続教育も行いやすくなります。

そして、今後はグローバルな時代になりますので、語学力も必要になってくるでしょう。

医師事務作業補助者に必要な知識を図で表しました。

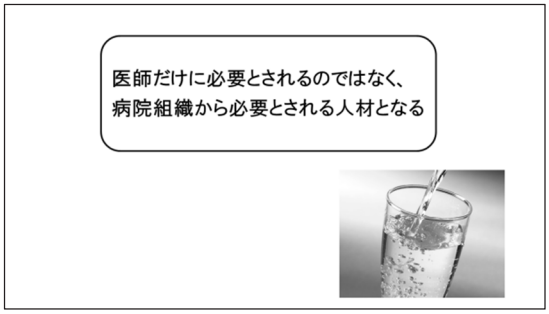
基本的事務能力とコミュニケーション力は、社会人として働くためには、すべての人が身に着けておかなければいけない事です。

そして、病院で勤務するためには、病院で働くための知識がもちろん必要になります。医師事務作業補助者として従事するためには、それだけでは十分ではありません。診療に必要な医学知識が備わっていないと、先生方が本当に「助かっている」と実感できるようなお手伝いは出来ません。医師事務作業補助者にはこれらの全てがバランスよく備わっていないといけないと考えております。



今後は、「医師事務作業補助業務」という職種が確立され、教育体制が整い、資格化されれば、おのずとキャリアパスも明確になります。それが業務の標準化に繋がり、効率性・正確性・安全性も向上します。

そして、各個人の目標設定や組織（部門）としての目標設定もきちんと立てることが出来るようになります。その結果、公正な人事考課や人材の有効活用に繋がり、働き続けることが出来る職業となるのではないかと思っております。



まだまだ、歴史の浅い「医師事務作業補助者」ですが、医師だけに必要とされるのではなく、病院組織から必要とされる人材になれるようにすることが必須だと思います。人間が生きていく上では、「水」は必要不可欠です。病院経営にとって医師事務作業補助者は必要不可欠だと言われるような存在になれることが一番理想です。

病院組織から必要とされるということは、結果的に、病院運営の全体最適に資することになり、チーム医療への貢献に役立つことができると思います。医師が診療に専念できるように、常によりよい環境を提供し、医師だけに満足してもらうのではなく、まわりのスタッフにも効果を実感してもらえるようにするために、私たち医師事務作業補助者は勉強し続けなければならないと思っています。

自分から挨拶ができ、多くのことを自分は知らないのだと認識をし、何事にも積極的に取り組み、知ることには貪欲でも、態度は謙虚であれるような、そんな学生さんを、先生方には是非、育てていただきたいと思います。

研修会報告

医事コンピュータ技能検定試験対策
領域Ⅱ　コンピュータ関連知識の指導法

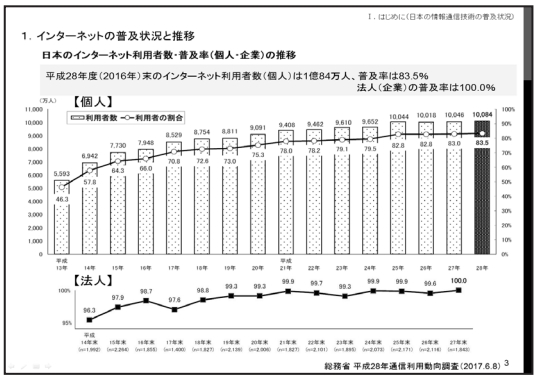
野口孝之

2017 年 10 月 22 日､医療秘書教育全国協議会が毎年開催する､医事コン研修会における､講演内容の要約です。

キーワード　医事コンピュータ技能検定試験　医療分野のＩＣＴ化

１．医療秘書系学科における情報教育への導入について

医療秘書系学科において､「医療のＩＣＴ化」について学習することは将来の医療現場を担う人材育成の面で大きな意味をもつ。その導入として､まず､「日本の情報化の現状」をしっかり押さえることが大切である。

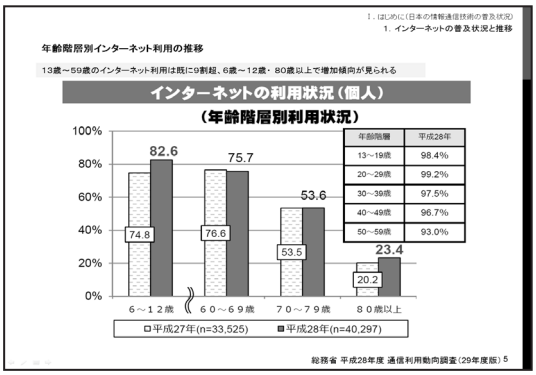


総務省の平成２８年通信利用動向調査（２０１７．６）によると、日本における平成２８年度末のインターネット利用者数は１億８４万人で、個人利用では８３．５%、法人利用では１００%の普及率となっている。

Profile

学校法人筑波研究学園 理事
法人企画部長
筑波研究学園専門学校
教務部長

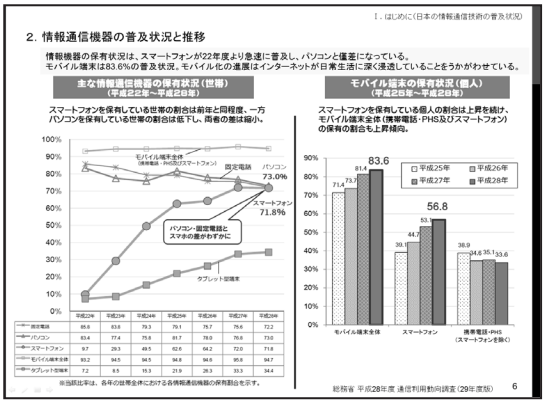
このうち個人利用の普及率は、ここ数年間は８２～８３%と頭打ちの状態であるが、年齢階層別では１３歳から５９歳までの年齢層で９３%以上、６歳から１２歳においても８２．６%と低年齢をはじめ広範囲の年齢層でインターネットの普及がうかがえる。また、法人利用についても、平成２７年度には既に１００%の普及



率を達成している。今や行政からの通知や提出様式等はメール配信やホームページからのダウンロードが一般的となっていることから、法人経営においてはインターネットの導入を避けることはできないことが考えられる。

また、情報通信機器毎の普及状況は、平成２２年よりスマートフォンが急速に普及し、その

保有台数（世帯）はパソコン・固定電話と僅差の状態となっている。さらにスマートフォンや携帯電話、ＰＨＳを含めたモバイル端末全体としての普及率は９４．７％となっており、情報通信機器のモバイル化が定着していることがうかがえる。



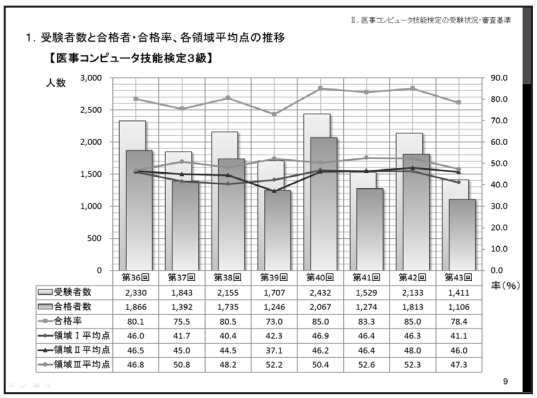
２．第４３回検定の結果と新審査基準

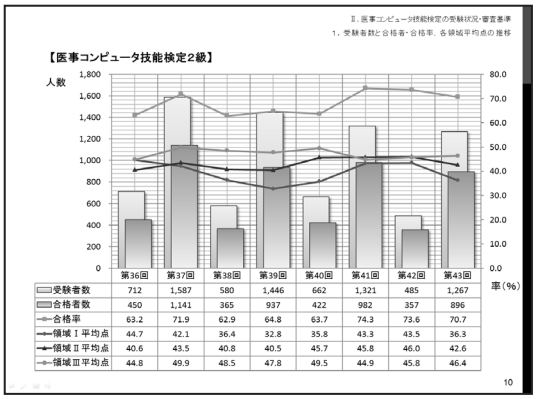
第４３回（平成２９年６月）の受験者数は３級１，４１１人、２級１，２６７人、準１級２９人で、合格率はそれぞれ３級７８．４％、２級７０．７％、準１級７２．４％であった。

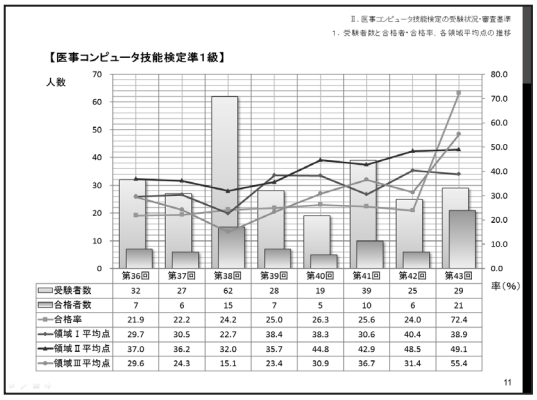
３級と２級はほぼ例年通りの合格率であったが、準１級については過去最高の合格率となった。この理由には、今年度より医事コンピュータ技能検定では第Ⅲ領域を新審査基準に改定したことがあげられる。これまで、準１級では「医事統計や医療の経営分析資料の作成及び解析ができること」を目標に領域Ⅲにおいて「統計分析」を扱ってきた。「統計分析」は病院経営には欠かせない分野である一方、医療秘書教育を行う学科については２年課程で開設している学校が多いこともあり、これらを学習スケジュールに組み込むことは非常に難しい。さらに、近年、医療機関では、ＤＰＣ（入院医療費包括支払方式）教育の導入を期待する声も多く、各学校においては、これらのニーズを受け、ＤＰＣ教育の導入を模索してきたという経緯があった。

このようなことから、「統計分析」教育は３・４年課程を設置する学校にお願いすることとし、２年課程においてはＤＰＣ教育を専用ソフトによるＤＰＣレセプト作成ができるよう新たに審査基準を定めた。

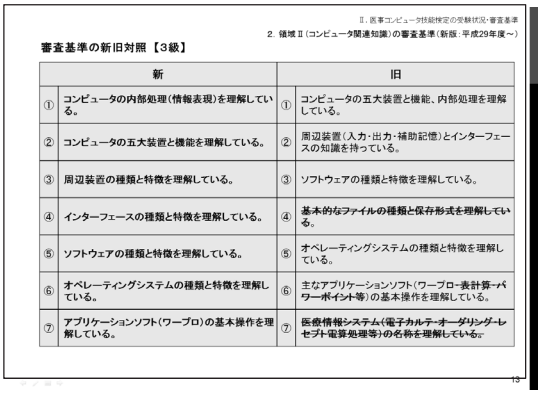
これに伴い各領域についても見直しを行い、第Ⅱ領域ではシステム分析やシステム開発、関係データベース（ＳＱＬ）等が準１級の出題範囲から外れるなど、３級、２級についても大幅な改訂を行った。







３．第Ⅱ領域の審査基準解説（新旧対照）と指導法


Ⅱ．医事コンピュータ技能検定の受験状況・審査基準
2．領域Ⅱ（コンピュータ関連知識）の審査基準（新版：平成29年度～）

審査基準の新旧対照【3級】

	新		旧
①	コンピュータの内部処理（情報表現）を理解している。	①	コンピュータの五大装置と機能、内部処理を理解している。
②	コンピュータの五大装置と機能を理解している。	②	周辺装置（入力・出力・補助記憶）とインターフェースの知識を持っている。
③	周辺装置の種類と特徴を理解している。	③	ソフトウェアの種類と特徴を理解している。
④	インターフェースの種類と特徴を理解している。	④	基本的なファイルの種類と保存形式を理解している。
⑤	ソフトウェアの種類と特徴を理解している。	⑤	オペレーティングシステムの種類と特徴を理解している。
⑥	オペレーティングシステムの種類と特徴を理解している。	⑥	主なアプリケーションソフト（ワープロ・表計算・パワーポイント等）の基本操作を理解している。
⑦	アプリケーションソフト（ワープロ）の基本操作を理解している。	⑦	医療情報システム（電子カルテ・オーダリング・レセプト電算処理等）の名称を理解している。

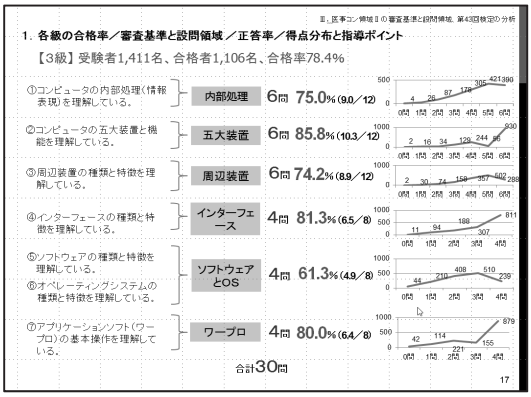
13

【３級】

３級の出題範囲では、コンピュータの利用にあたり理解しておくべき基礎的な知識として、「コンピュータの動作や各種装置（五大装置）の特徴」、「周辺装置と接続インターフェース、ソフトウェアとＯＳ（Ｗｉｎｄｏｗｓ）」、「アプリケーションソフト（ワープロ操作）」等を扱っている。

コンピュータの五大装置は人間の思考や身体（人間の目や耳、手足、脳や口等）と一致していることからはじまり、コンピュータが扱う情報の単位（ビット、バイト、メガ、ギガ・・・）、コンピュータと人間が扱う情報表現の違い（１０進数と２進数・・・なぜコンピュータは２進数なのか）等を体験的に学習することが大切である。コンピュータの周辺機器の種類や特徴、接続するためインターフェース（接続端子、ケーブルなど）についてはＵＳＢやＨＤＭＩ、Ｂｌｕｅｔｏｏｔｈなど身近なものが多いことから、実際に操作することでＯＳの機能（プラグアンドプレイ、ホットプラグ等）の理解にも繋がる。また、新審査基準では、アプリケーションソフトの基本操作については「ワープロ操作」のみの出題となり、これまで３級で出題していた「表計算操作」については２級の出題範囲に変更となった。

なお、「基本的なファイルの種類と保存形式」、「医療情報システムの名称」についても２級の出題範囲に変更となった。


Ⅱ．医事コンピュータ技能検定の受験状況・審査基準と設問領域、第43回検定の分析

1．各級の合格率／審査基準と設問領域／正答率／得点分布と指導ポイント

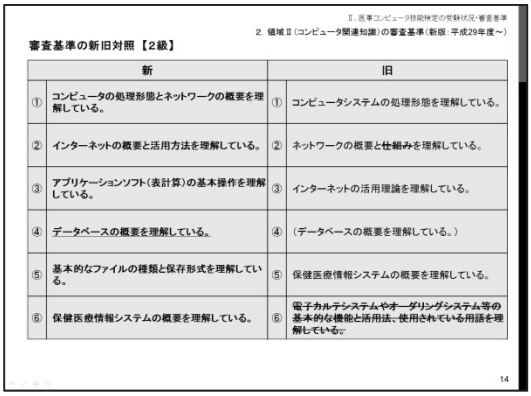
【3級】受験者1,411名、合格者1,106名、合格率78.4%

①コンピュータの内部処理（情報表現）を理解している。	内部処理	6問	75.0%（9.0／12）
②コンピュータの五大装置と機能を理解している。	五大装置	6問	85.8%（10.3／12）
③周辺装置の種類と特徴を理解している。	周辺装置	6問	74.2%（8.9／12）
④インターフェースの種類と特徴を理解している。	インターフェース	4問	81.3%（6.5／8）
⑤ソフトウェアの種類と特徴を理解している。 ⑥オペレーティングシステムの種類と特徴を理解している。	ソフトウェアとOS	4問	61.3%（4.9／8）
⑦アプリケーションソフト（ワープロ）の基本操作を理解している。	ワープロ	4問	80.0%（6.4／8）

合計30問

17

なお、第４３回３級の正答率は、五大装置（８５．８%）、インターフェース（８１．３%）、ワープロ（８０．０%）が８０%以上であった。最も低い正答率はソフトウェア・ＯＳ関連（６１．３%）で、得点分布で見ると正答０問が４４人、正答２問（正答率５０%）までの合計は６６２人と全体の４６%を占め、特にＯＳの機能と役割に関する正答率が低い結果となった。


Ⅱ．医事コンピュータ技能検定の受験状況・審査基準
2．領域Ⅱ（コンピュータ関連知識）の審査基準（新版：平成29年度～）

審査基準の新旧対照【2級】

	新		旧
①	コンピュータの処理形態とネットワークの概要を理解している。	①	コンピュータシステムの処理形態を理解している。
②	インターネットの概要と活用方法を理解している。	②	ネットワークの概要と仕組みを理解している。
③	アプリケーションソフト（表計算）の基本操作を理解している。	③	インターネットの活用理論を理解している。
④	データベースの概要を理解している。	④	（データベースの概要を理解している。）
⑤	基本的なファイルの種類と保存形式を理解している。	⑤	保健医療情報システムの概要を理解している。
⑥	保健医療情報システムの概要を理解している。	⑥	電子カルテシステムやオーダリングシステム等の基本的な機能と活用法、使用されている用語を理解している。

14

【２級】

２級の出題範囲では、「コンピュータの処理形態や利用形態」、「インターネットの概要と活用方法」、「アプリケーションソフト（表計算）操作」、「データベース概要」、「ファイルの種類と保存形式」、「保健医療情報システムの概要」を扱っている。

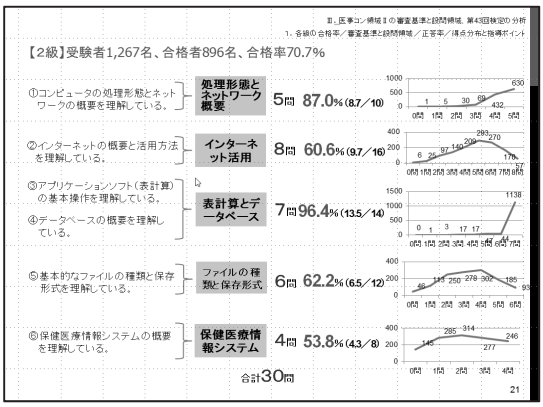
コンピュータの処理形態には、一括して処理するバッチ処理、即時に処理するリアルタイム

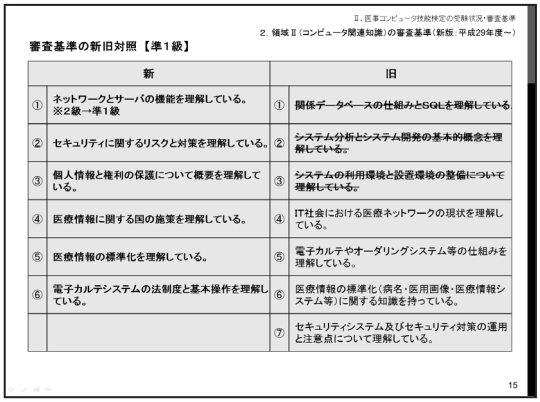
処理があるが、これらは病院内での各種業務に合わせて説明すると理解しやすい。また、コンピュータを単独で使用するスタンドアロン、複数のコンピュータを接続するネットワーク、ネットワークは範囲によりＬＡＮ、ＭＡＮ、ＷＡＮがあることに触れ、インターネットの領域に繋げていくことが可能である。最近ではインターネット上で音楽や動画のダウンロードやアップロードを容易にできるようになりプライベートでのファイル操作が頻繁に行われるものの、ファイルの種類や拡張子に関する理解度は低い。ファイルの種類に関する知識は身近なものだけに教え方次第では非常に興味関心を示し、学び後の活用も必ず広がるものであるため体験的な授業をお願いしたい。

表計算操作では表やグラフの作成を通して、基本的な関数や式の習得が可能である。更にデータの並べ替え（ソート・降順昇順）を実際に操作することでデータベースの概要にも繋げることが可能である。旧審査基準では表計算操作は３級で出題し、関係データベースは準１級で出題してきたが、新審査基準では表計算操作は２級としデータベースは表計算レベルでの簡単なデータ操作のみをあわせて出題することとし、関係データベースは全級から除外した。

なお、これまで２級で出題してきたネットワークの仕組み（ネットワーク機器やサーバ機能等）は準１級に変更し、２級では利用側（クライアント側）での内容とした。その他、電子カルテシステムやオーダリングシステム等の機能や操作、活用についても準１級の出題範囲に変更し、２級では保健医療情報システムの病院情報システムに含まれる一つのシステムとして、その他のシステムも含め名称と特徴の理解に設定した。

なお、第４３回２級の正答率は、表計算とデータベース（９６．４%）、処理形態とネットワーク概要（８７．０%）が８０%以上の正答率で、比較的正答率が低い領域は、保健医療情報システム（５３．８%）、インターネット活用（６０．６%）、ファイルの種類と保存形式（６２．２%）であった。そのうち得点分布の正答０問の領域と人数は、インターネットが６人、ファイルの種類と保存形式４６人、保健医療情報システムが１４５人という結果であった。





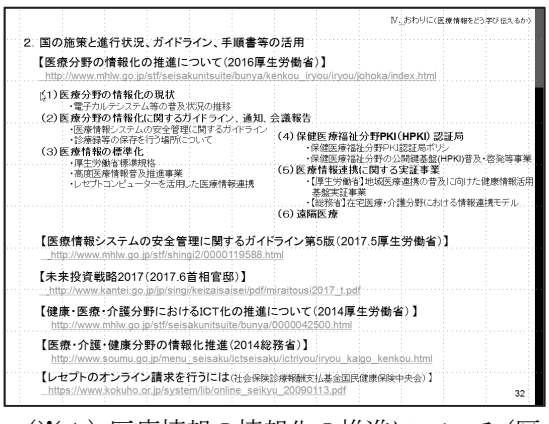
【準１級】

準１級の出題範囲では、「ネットワークとサーバの機能」、「セキュリティに関するリスクと対策」、「個人情報と権利の保護」、「医療情報に関する国の施策」、「医療情報の標準化」、「電子カルテシステムの法制度と基本操作」を扱っている。

新審査基準では、準１級はこれまで２級で出題されてきた内容が多く含まれており、比較的学びやすい学習範囲となっている。その中の一つとして、ネットワークとサーバの機能があげられるが、これらについてもネットワークを構成する周辺機器と各種サーバの種類と特徴を問

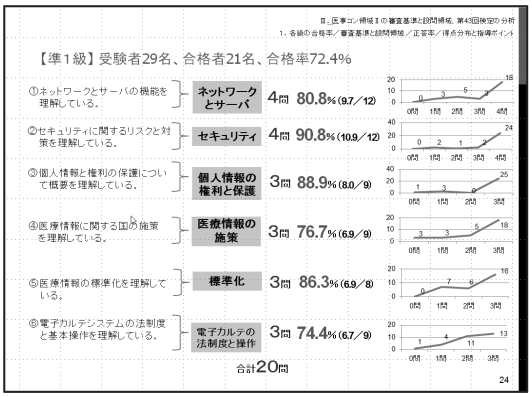
う問題となっている。同様に、セキュリティに関するリスクと対策、医療情報の標準化、電子カルテシステムの法制度と基本操作についてもこれまでの準１級の内容と変更はない。

なお、準１級は他の級と異なり、「法制度」に関する問題、「医療時事」に関する問題等、教科書以外の内容が出題されていることが大きな特徴である。法制度に関する問題は、可能な範囲で最新のものを教科書に収録しているので基本的にはその内容で対応は可能であるが、医療時事に関する問題については教科書というより国の施策に触れておくことが必要である。その際、参考となるのが厚生労働省のホームページである。厚生労働省ではホームページ上に「医療情報の情報化の推進について（※１）」というページを公開しており、そこでは、「医療分野の情報化の現状」、「医療分野の情報化に関するガイドライン、通知、会議報告」、「医療情報の標準化」、「保健医療福祉分野 PKI（HPKI）認証局」、「医療情報連携に関する実証事業」、「遠隔医療」等に関する情報を分かりやすく説明しており定期的に更新もなされている。さらに、首相官邸では「未来投資戦略 2017（※２）」を公開し、これからの「医療のＩＣＴ化」の方向性や具体的な施策を明記しており、これについても大いに参考になる。



・（※１）医療情報の情報化の推進について（厚生労働省）
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryou/johoka/index.html

・（※２）未来投資戦略 2017（首相官邸）
http://www.kantei.go.jp/jp/singi/keizaisaisei/pdf/miraitousi2017_t.pdf



なお、第４３回準１級の正答率は、セキュリティ（９０．８%）、個人情報の権利と保護（８８．９%）、標準化（８６．３%）が８５%以上の正答率であった。その他の領域についても７０%以上の正答率で、得点分布において正答０問の人数で極端に多い結果となった領域も見られなかった。

４．「医療分野のＩＣＴ化」の行方

内閣官房及び厚生労働省では、「医療のＩＣＴ化」実現に向け、平成２５年度に、「医療における国民の満足度と効率を飛躍的に高めるために、医療のＩＣＴ化を本格的に加速化する。地域の医療提供体制の状況等を踏まえた医療機関の機能分化と連携・大規模集約化、個人及び保険者による健康管理・医療費管理の促進、匿名化された医療データの利活用など、規制、制度改革を含む我が国の医療の課題に対応するために、厚生労働省が主体となって高度情報通信ネットワーク社会推進戦略本部（ＩＴ総合戦略本部）等と連携して、医療のＩＣＴ化の全体構想（５年後・１０年後）とその実現に必要な工程表を早急に策定する。」との方針を打ち出し、「医療情報の利活用」について検討を続けてきた。最近では、未来投資戦略２０１７（平成２９年６

月.首相官邸）においてより具体的な施策（①データ利活用基盤の構築、②保険者や経営者によるデータを活用した個人の予防・健康づくりの強化、③遠隔診療・ＡＩ等のＩＣＴやゲノム情報等を活用した医療、④自立支援・重度化防止に向けた科学的介護の実現、⑤ロボット・センサー等の技術を活用した介護の質・生産性の向上）が策定され完全実用化を目指している。

このように「医療分野のＩＣＴ化」は高度化・複雑化しながらも、国民生活に浸透できるよう様々な施策、試みがなされている。そのようなことから、これからの医療を提供する場で働く人材を育成する医療秘書系学科においては、国の施策を十分理解するとともに変化し続ける流れや新たな施策を読み解き、学生に伝えていかなくてはならない。

５．新審査基準にあわせた学習計画の設定（ＤＰＣ教育の導入）

第４３回検定から新審査基準となった準１級の領域Ⅲ「ＤＰＣ（入院医療費包括支払方式）教育」は、多くの医療機関からのニーズを受け、会員校におけるＤＰＣ教育の推進と到達目標として新たに設定したものである。近年、多くの学校でＤＰＣ教育を始めているなか、コンピュータを用いたＤＰＣレセプト作成能力は不可欠であり、今後、新たなカリキュラムとして組み込まれていく学習内容である。

しかし、その一方で、医療秘書系の学校では内定先の病院実習が早い時期から始まることもあり、２年次後期の資格試験の設定は難しいというのはよく聞く話である。では、どうすればいいのか・・・・このようなことから、領域Ⅱ（コンピュータ関連知識）においても審査基準の見直しを行ったという経緯である。

すでに２年課程で学ぶ学校には、１年前期に３級、後期に２級、２年前期に準１級という学習計画を組んで実際にスタートしている例も複数校みられる。また、１年後期に３級、２年前期に２級と準１級の同時受験を考えている学校もみられる。このようなことからＤＰＣレセプト作成能力を本格的に取り入れることを今回の新審査基準になったことをきっかけに、医事コンピュータ技能検定を目標としている学校ではぜひ目標３級から準１級までの到達目標を設定し、学習計画の見直しについて検討をしていただきたい。

研修会報告

２０１８年医療・介護大改革（基礎知識研修）
―改定の要点とポイント―

石本良之

2017 年 8 月 23 日、医療秘書教育全国協議会が毎年開催する、医療秘書教育担当教員研修会における、講演内容の要約です。

キーワード　地域包括ケアシステム、地域医療構想、医療・介護報酬

―今日のテーマ―

1. 2018年「医療・介護」の大改革
2. 地域包括ケアシステムの概要
3. 地域医療構想の概要
4. 医療・介護報酬の同時改定

1

1. 2018年「医療・介護」の大変動

1）改革の方向性

2018年度は診療・介護報酬の同時改定に加えて、医療計画、介護保険事業計画、医療費適正化計画、介護給付適正化計画など、様々な施策の見直しが行われる。

「2025年モデル」実現に向け、医療・介護提供体制の再構築が本番を向かえる。

2

1. 2018年 医療・介護の大変動

2

2）強まる給付抑制で厳しい制度改正

団塊世代が75歳以上に達する2025年を見据えて、医療・介護関連の様々な制度改正が行われる2018年。

ただ、医療・介護給付費の抑制圧力が強まり、医療機関や介護事業者にとっては厳しい内容になる。

3

Profile

一般社団法人
医療秘書教育全国協議会
事務局長

3）大改革を行える最後のタイミング

- ●国民の4人に1人が後期高齢者となる2025年は大きな岐路となる。
- ●その時期に向け、より効果的・効率的な医療・介護提供体制をどう構築するか。
- ●近年の医療・介護政策は、一貫してこの課題への対応を軸に展開されてきた。
- ●2018年は社会保障制度を一通り完成させる大きな山場となる。

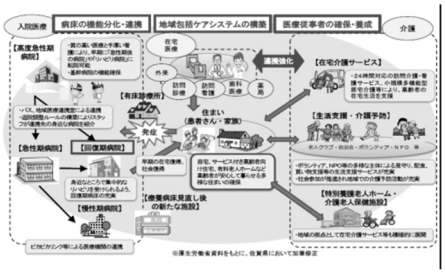
4

4）2018年 診療・介護同時報酬改定

- ● 地域医療構想の策定と医療機能の整理
- ● 地域包括ケアシステムの構築
- ● 2025年モデルに向けての総仕上げ？

5

5）2025年に目指す姿



6

2. 地域包括ケアシステムの概要

8

2. 地域包括ケアシステムの概要

1）地域包括ケアシステムの考え方 ①

団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される仕組み・・・・・・

7

2）地域包括ケアシステムの考え方 ②

今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要である。

8

3）地域包括ケアシステムの考え方 ③

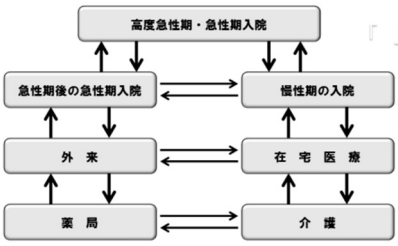
人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、一方で75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差が生じている。そのため地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて構築していく必要がある。

9

4）地域包括ケアシステムの姿

10

5）地域包括ケアシステムにおける医療・介護・薬局の連携



11

6）医療介護複合施設の出現

戸田中央医科グループ(医療法人横浜柏堤会/横浜市戸塚区)
～ 近隣のグループ病院からの退院患者受け入れを担う ～

【医療施設/地上5階建】

■産婦人科クリニック	産婦人科診療所(19床)	1階・2階
■人工透析クリニック	人工透析クリニック(20床)	3 階
■病児保育施設	病児保育室(定員10名)	3 階
■介護付き有料老人ホーム	52室	3～5階
■地域交流スペース/オープンスペース	スタジオ、会議室	1 階

介護付き有料老人ホーム「戸塚共立ゆかりの里」

全室個室で居室面積18㎡のAタイプ(トイレ付37室)と25㎡のBタイプ(バス・トイレ付15室)。
職員配置は2対1(看護師夜間オンコール体制)とし、医療法人ならでは医療バックアップ体制が強み。
徒歩1分に戸塚共立第1病院(7対1一般148床)。同病院退院患者を積極的に受け入れる方針。
敷金10万円、月額利用料Aタイプ29万円(込み/税別)

3月15日オープン(ONE FOR ALL横浜)

12

3. 地域医療構想の概要

15

3. 地域医療構想の概要

1）地域医療構想について①

■「医療介護総合確保推進法」により、平成27年4月より、都道府県が「地域医療構想」を策定。
　平成28年度中に全都道府県で策定済み、二次医療圏単位での策定が原則。

13

2）地域医療構想について ②

■「地域医療構想」は、2025年に向け、病床の機能分化・連携を進めるために、医療機能ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推計し、定めたもの。

■ 都道府県が「地域医療構想」の策定を開始するに当たり、厚生労働省で推計方法を含む「ガイドライン」を作成し提示。

14

3）地域医療構想について ③

■「病床機能報告」・・・医療機能の現状と今後の方向を、毎年10月に報告。

■都道府県は医療機能の報告等を活用し、「地域医療構想」を策定、更なる機能分化を推進。

■高度急性期、急性期、回復期、慢性期

15

4）地域医療構想の内容　①

(1)2025年の医療需要と病床の必要量

・高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4機能ごとに医療需要と病床の必要量の推計。
・在宅医療等の医療需要を推計
・都道府県内の構想区域(二次医療圏が原則)単位で推計

16

5）地域医療構想の内容 ②

(2)目指すべき医療提供体制を実現するための施策

・医療機能の分化・連携を進めるための施策
・在宅医療等の充実
・医療従事者の確保・養成等

17

6）大阪府地域医療構想の内容

- 地域医療構想策定の背景
- 大阪府における高齢化の進展
- 構想の内容及び構想の構成
- 医療需要・必要病床数の推計(2025年)
- 必要病床数と病床機能報告の比較
- 地域医療構想区域の設定
- 在宅医療等の推進
- 将来あるべき医療提供体制を実現する為の施策
- 検討体制
- 構想区域編

18

7）地域医療構想を見据えて

・地域での役割を見据えた医療の実践
・「やりたい医療」から「求められる医療」へ
・医療費適正化計画、報酬改定などで構想実現を後押し
・地域医療構想の結果が出なければ、厚労省の厳しい指導がはいる
・診療報酬・介護報酬の大改定

19

4. 医療・介護報酬同時改定

23

4. 医療・介護報酬同時改定

1）2018年が改革のラストチャンス

・2年毎に改定される診療報酬と、3年毎に改定される介護報酬、6年に一度の同時改定。
・2025年の1年前ﾃﾞは手遅れになる。
・介護保険事業計画と医療計画が、初めて同時に改定されるのも2018年それぞれの問題を見据えて議論をする「最初で最後のチャンス」と言える。

20

2）同時改定と地域医療構想

■地域医療構想の分析結果では、全国341の区域中、約8割に当たる270区域で、長期入院を減らし、入院の必要性がない高齢の患者を在宅に移す流れを加速
■ 2025年を前に、効率的な提供体制を整えるのが目的で、在宅医療を推進して医療費の膨張を抑える狙い

21

3）同時改定の全体動向

■ 強まる給付抑制で厳しい制度改正に・・・
■ 診療報酬改定は
→ 医療計画、医療費適正化計画と関連
■ 介護報酬改定は
→ 介護保険事業計画、介護給付適正化計画と関連
■ 医療保険
→ 病床再編の促進や在宅医療の普及が焦点
■ 介護保険
→ 軽度者向けのサービスには強い逆風

22

4） 診療報酬改定の主なテーマ

■ 病床再編
■ 退院促進
■ かかりつけ医機能の強化
■ 在宅医療の充実
■ 介護との連携　　等

23

5） 診療報酬改定の主な論点

■ 地域医療構想を踏まえた医療計画の実現の後押しとなる内容の反映
■ これまでの病床機能の分化を踏まえた発展策
■ 地域包括ケアシステムの構築を見据えた施策
■ 調剤医療費の適正化

24

6） 介護報酬改定の主なテーマ

- ■ 地域包括ケアシステムの構築
- ■ 退院患者の受け皿づくり
- ■ 重度者・認知症高齢者への対応
- ■ 医療との連携　　等

25

7）介護報酬改定の主な論点

- ■ 介護保険制度の見直しとリンク
- ■ 軽度者へのサービスや訪問・通所介護の給付抑制
- ■ 退院患者の在宅医療との連携
- ■ 「介護医療院」の創設
- ■ 自立支援・重症化予防の推進
- ■ 新型多機能サービスの創設

26

8）医療・介護同時改定に向けて

（1）医療・介護サービス提供体制

- ・看取りを含めた適切なサービスの提供
- ・各サービスの給付内容の効率化、適正化
- ・訪問看護におけるサービス提供
- ・訪問系サービス体制の効率的な構築

（2）地域医療構想

- ・病床の機能分化と連携の推進
- ・データに基づく供給体制の適正化
- ・高齢者の住まいと医療・介護サービス

27

〔参考文献〕

・日経ヘルスケア　2016 年 10 月号
・日経ヘルスケア　2017 年 3 月号～5 月号
・厚労省ホームページより

検定試験案内

各検定試験の審査基準

一般社団法人　医療秘書教育全国協議会

医療秘書技能検定

２　級

程　　度	領　　域	内　　容
医療秘書として、それぞれの領域について一般的な知識と技能をもち、やや複雑な業務を遂行することができる。	Ⅰ 1. 医療秘書実務	① 医療秘書の職務と役割をよく理解した上で、指示通り確実に実行する能力があり、状況に応じた判断力、行動力がある。 ② 医療秘書に求められるコミュニケーション能力を十分に理解している。 ③ 医療秘書の定型的業務は勿論のこと、やや複雑な業務を遂行する能力がある。 ④ 院内・院外文書の作成と取り扱いができ、ファイリングに対する基礎知識がある。 ⑤ 医療従事者の職業倫理を理解している。
	2. 医療機関の組織・運営、医療関連法規	① 医療機関の事業目的、組織、機能及び組織運営に関する用語、理論、役割及び社会的使命の知識が十分にある。 ② 医療に関連する各制度・法規の内容をよく理解し、その基準を知り、適切に応用することができる。 ③ 病院管理に関する具体的な記述を読み、その要点を示すことができるとともに、関連する用語についての正しい知識がある。 ④ 医療機関の事務部門の業務を良く理解し、一般的な医事統計についての知識がある。 ⑤ 医療に関連する社会保障制度全般について深い知識がある。
	Ⅱ 医学的基礎知識、医療関連知識	① 人体の器官、臓器及び組織等についての基本的解剖・生理の知識が習得され、一般的な疾病等について、臓器、組織障害にかかわる原因、症状についての知識があり、診療・検査と治療学を関連づけることができる。 ② 検査及び画像診断と傷病又は臓器との関連について、一般的な知識がある。 ③ 検査方法について概要を理解している。 ④ 医学用語及び簡単な医学英語、看護用語について理解することができる。 ⑤ 患者の心理状況を把握し、それに応じた対処ができる。 ⑥ 医薬品に対する一般的な知識がある。 ⑦ 診療録・看護録から、ごく平易な（主訴など）必要事項を抽出できる。
	Ⅲ 医療事務	① 社会保険各法及び公費負担医療各法等の内容について相当な知識がある。 ② 軽度な入院事例から、レセプトを正しく作成することができる。 ③ 診療報酬点数表の各部分の通則や通達の相当な知識がある。 ④ 点数算定について、やや複雑な加算や算定要件についての正しい知識がある。 ⑤ 「厚生労働大臣が別に定める施設基準」について基本的な知識がある。 ⑥ 診断群分類別包括支払制度（DPC）について基本的な知識がある。

医療秘書技能検定

３　級

程　　度	領　　域	内　　容
医療秘書として、それぞれの領域について基礎的な知識と技能をもち、一般的な業務を遂行することができる。	Ⅰ 1. 医療秘書実務	① 医療秘書の初歩的な業務を、指示通り確実に実行することができる。 ② 医療従事者の守秘義務の重要性について、理解している。 ③ 医療秘書の職務と役割を理解し、マナー・接遇の基本を心得ている。 ④ 医療機関における受付業務に関する知識と技能を持ち、基本的な応対ができる。
	2. 医療機関の組織・運営、医療関連法規	① 医療機関の事業目的、組織、機能及び組織運営に関する用語、役割、社会的使命についての基礎的知識がある。 ② 医療機関の業務に関係のある重要な諸制度及びその用語に関する基礎的知識があり、手続事務を指示に基づいて行うことができる。 ③ 医療に関連する各制度・法規の内容についての基礎的知識がある。 ④ 医療に関連する社会保障制度全般についての基礎的知識がある。
	Ⅱ 医学的基礎知識、医療関連知識	① 人体の解剖・生理の基礎的知識があり、図示された臓器の名称等、位置関係、機能を理解し、漢字や簡単な英単語の意味を正しく書くことができる。 ② 極めて頻度の高い疾病等について、主な原因、症状及び診療について理解することができる。 ③ 検査及び画像診断の名称と、主な項目の一般的な医学略語を正しく理解することができる。 ④ 検査項目と傷病又は臓器とを、関連づけて考えることができる。 ⑤ 診療録・看護録の基本を理解することが出来る。
	Ⅲ 医療事務	① 医療保険制度の概要及び診療報酬制度のシステムについて知識がある。 ② 平均的な外来診療（在宅医療含む）例から、レセプトを作成することができる。 ③ 点数算定について、基本的な計算や加算が正しくできる。 ④ 「診療報酬請求書等の記載要領等について」に関する基本的な知識がある。 ⑤ 診療報酬点数表の各部分の通則や通達の基本的な知識がある。

医事コンピュータ技能検定

２　級

程　　度	領　　域	内　　容
医療事務及び医事コンピュータについての一般的な知識を有し、カルテ及び診療伝票を基に医事コンピュータを用いて正しいレセプトを速やかに作成することができる。	Ⅰ 医療事務	① 社会保険各法及び公費負担各法等の内容について相当の知識がある。 ② 診療報酬点数表の各部の通則・告示・通達の相当な知識がある。 ③ 複雑な外来診療に関わる点数算定についての正しい知識がある。 ④ 入院診療に関わる点数算定についての正しい知識がある。 ⑤ 「厚生労働大臣が定める基準等について」に関する相当な知識がある。 ⑥ 「診療報酬請求書・明細書の記載要領について」の多岐の項目についての記載を理解している。 ⑦ 診療群分類包括支払制度（ＤＰＣ）について基礎的な知識がある。
	Ⅱ コンピュータ関連知識	① コンピュータの処理形態とネットワークの概要を理解している。 ② インターネットの概要と活用方法を理解している。 ③ アプリケーションソフト（表計算）の基本操作を理解している。 ④ データベースの概要を理解している。 ⑤ 基本的なファイルの種類と保存形式を理解している。 ⑥ 保健医療情報システムの概要を理解している。
	Ⅲ 実技（オペレーション）	① 医事コンピュータを使用して、やや複雑な算定要件、施設基準を付加した、平均的な外来診療例、入院診療例のカルテ及び伝票からレセプトを作成することができる。 ② コンピュータの特徴をつかみ、誤りの発生する個所を理解できる。 ③ 合計点数から保険の負担区分により一部負担金を計算できる。

３　級

程　　度	領　　域	内　　容
医療事務及び医事コンピュータについての基礎的な知識を有し、カルテ及び診療伝票を基に医事コンピュータを用いて正しいレセプトを作成することができる。	Ⅰ 医療事務	① 医療保険制度の概要及び診療報酬制度のシステムについて知識がある。 ② 被保険者証その他の受診資格証の種別・患者負担金等を理解している。 ③ 診療報酬点数表の各部の通則・告示・通達の基本的な知識がある。 ④ 外来診療（在宅医療を含む）に関わる点数算定についての正しい知識がある。 ⑤ 「厚生労働大臣が定める基準等について」に関する基本的な知識がある。 ⑥ 「診療報酬請求書・明細書の記載要領について」の外来診療に関する項目の記載を理解している。
	Ⅱ コンピュータ関連知識	① コンピュータの内部処理（情報表現）を理解している。 ② コンピュータの五大装置と機能を理解している。 ③ 周辺装置の種類と特徴を理解している。 ④ インターフェースの種類と特徴を理解している。 ⑤ ソフトウェアの種類と特徴を理解している。 ⑥ オペレーティングシステムの種類と特徴を理解している。 ⑦ アプリケーションソフト（ワープロ）の基本操作を理解している。
	Ⅲ 実技（オペレーション）	① 医事コンピュータを使用して、簡単な算定要件を付加した、平均的な外来診療例のカルテ及び伝票から、レセプトを作成することができる。 ② 合計点数から保険の負担区分により、一部負担金を計算できる。

福祉事務管理技能検定

２　級

程　　度	領　　域	内　　容
福祉関連機関における、事務担当者として、一般的知識と技能を有し、やや複雑な業務を遂行することができる。	Ⅰ 社会保障、 社会福祉制度	① 社会福祉の理念と原理及び社会保障制度について、目的、組織、機能に関する用語、理論、役割について精通している。 ② 社会福祉の法体系と実施体系について、専門的な知識があり、応用できる。 ③ 社会福祉の歴史、動向及び社会福祉援助技術について、専門的な知識がある。 ④ 高齢者福祉について、関連諸法と福祉サービスの実施体系の知識があり、応用できる。 ⑤ 障害に関する知識があり、障害者援助の法規とサービスについて応用できる。 ⑥ 児童福祉について、関連諸法と福祉サービスの実施体系の知識があり、応用できる。 ⑦ 利用者保護制度について、専門的な知識がある。
	Ⅱ 老人・障害者の医学と心理、 介護の基礎	① 身体の構造と生理の基礎知識と、臓器、器官の関連性を理解している。 ② 頻度の高い疾病についての基礎知識と、薬理との関連性を理解している。 ③ メンタルヘルスの概要、高齢者、障害者のメンタルヘルスのあらましについて知識がある。 ④ 高齢者、障害者の心理的特性を理解し、適切な対応ができる。 ⑤ 介護福祉の概念、および介護原理について理解がある。 ⑥ 介護の技術全般について、一般的な知識があり、利用者の状態に合わせた介護の技術について、基本的知識がある。
	Ⅲ 介護保険制度、 介護報酬請求事務	① 介護保険法および関連法規についての知識がある。 ② 介護サービス、介護予防サービス、地域密着サービスの介護保険制度に精通している。 ③ 介護報酬の請求から支払いまでのシステムについて精通している。 ④ 施設等でおこなわれる、介護サービス、介護予防サービス、地域密着サービスを計画書をもとに、介護給付費請求明細書を作成することができる。 ⑤ カルテ、入所台帳、食事箋、観察記録等をもとに、施設入所の介護給付費請求明細書を作成することができる。

福祉事務管理技能検定

３　級

程　　度	領　　域	内　　容
福祉関連機関における、事務担当者として、基礎的知識と技能を有し、一般的な業務を遂行することができる。	Ⅰ 社会保障、社会福祉制度	① 社会福祉の理念と原理及び社会保障制度について、目的、組織、機能に関する用語、理論、役割について、その概要を理解している。 ② 社会福祉の法体系と実施体系について、基礎的な知識がある。 ③ 社会福祉の歴史及び動向について、その概要を理解している。 ④ 高齢者福祉について、関連諸法と福祉サービスの実施体系を理解している。 ⑤ 障害に関する知識があり、障害者援助の法規とサービスについて、その概要を理解している。 ⑥ 児童福祉について、関連諸法の概要と福祉サービスの実施体系を理解している。 ⑦ 利用者保護制度について、概要を理解している。
	Ⅱ 老人・障害者の医学と心理、介護の基礎	① 身体の構造と生理の仕組み、代表的な疾病とその症状について、基礎的な知識がある。 ② メンタルヘルスの概要、個人のメンタルヘルスのあらましについて、基礎的な知識がある。 ③ 高齢者の精神機能、知的機能の変化とかかわり方、老年期の心理について理解がある。 ④ 各種障害者の心理的特性を理解している。 ⑤ 介護福祉の概念及び、介護原理について理解がある。 ⑥ 介護の技術全般について、基礎的な知識がある。
	Ⅲ 介護保険制度、介護報酬請求事務	① 介護保険法について、基礎的な知識がある。 ② 介護保険制度の概要とその仕組みを理解している。 ③ 介護報酬の請求から支払いまでの基本的なシステムについて理解している。 ④ 居宅サービス、居宅介護支援、介護予防サービス、介護予防支援の給付費単位数の算定構造について理解している。 ⑤ 居宅サービス計画書をもとに、介護給付費明細書を作成することができる。

電子カルテ実技検定

程　　度	領　　域	内　　容
診察時における医師と患者とのやり取りをシミュレーション化した問答形式問題を基に、電子カルテシステム（診療所・外来用）を操作し、電子カルテを作成することができる（医師事務作業補助者でも期待される、電子カルテの代行入力を遂行できる能力を身に付けている）。	実技（オペレーション）	①医師等の権限設定をはじめ、電子保存の３原則の一つである「真正性の確保」を意識した電子カルテの入力操作ができる。 ②初診時の問診票の入力・必要データの電子カルテ画面への取込みができる。 ③「既往症、原因、主要症状等」についてＳＯＡＰ形式に関する知識に従った入力判断ができる。また、その際下記操作にも通じている。 ・補足ツール（テンプレート、シェーマ）の活用 ・標準マスタ使用による病名情報の登録 ④「処方、手術、処置等」について記録するとともに点数算定を意識した入力ができる。 ⑤検体検査・単純撮影に関し、一連のオーダ処理ができる（オーダ操作から検査結果の整理・〔所見（ｏ）〕欄へのデータ添付まで）。 ●Ｓ(Subjective)・・・患者が直接提供する主観的情報 （患者の主訴等） ●Ｏ(Objective)・・・ 医師が取り出す客観的情報 （脈拍、検査結果等） ●Ａ(Assessment)・・・医師の判断（病名診断等） ●Ｐ(Plan)・・・・・　治療方針、計画等

第 58 回（ 平成 29 年 6 月 11 日実施 ）

医療秘書技能検定試験
２級

問題①　「医療秘書実務」～「医療関連知識」

試験時間　55 分

問題②　「医療事務」

試験時間　60 分

（注意）
- 問題①と問題②は一緒にとじてあります。初めの問題①の試験時間には、絶対に問題②を開かないでください。開いた場合、解答は全部無効になります。
- 「やめ」の合図があったら、速やかに問題①答案用紙を提出し、すぐに問題②答案用紙を受け取り、「始め」の合図で開始してください。
- 問題①は、参考書等の持込はできません。
- 問題②に限り、電卓、ノート、参考書等の持込は自由です。点数表は必携です。
- 携帯電話、ＰＨＳ、ポケットベル、個人用携帯情報端末（ＰＤＡ）等の電子通信機器のスイッチは切っておいてください。
- 試験開始後、30 分以内、終了 5 分前からの退出はできません。
  途中退出の時は、必ず答案用紙は監督者に提出してから退出してください。
  問題用紙は持ち帰って結構です。

（解答用紙記入上の注意）
- 解答用紙には、学校名（勤務先）・氏名・受験番号を記入してください。

一般社団法人
医療秘書教育全国協議会

〈2級〉　　**解答は答案用紙に記入のこと**

【医療秘書実務】

1．次の文は「院内文書」について述べたものである。文中の（　　）の中に入る最も適切な語句を下記の語群から選び、その番号のマーク欄を塗りつぶしなさい。

院内文書の役割は、院内の円滑な（ 1 ）を図り、業務を（ 2 ）に遂行させることである。そのため、院内文書では、院外文書と異なり、一定の形式は保ちつつも（ 3 ）を最小限に抑えて儀礼的要素を省き、正確に分かりやすいものである必要がある。 また、各病院によってそれぞれの書式が定められていることが多い。

院内文書の種類としては、稟議書、報告書、通知文、案内文などがある。通知文とは病院としての（ 4 ）を知らせるもので、職員はこれに従う。また、案内文とは厚生施設の利用案内や職員同士のイベントなど、職員の便宜を図るためのもので（ 5 ）が強いものではない。

〔語　群〕

① 経営方針　② コミュニケーション　③ 合理的　④ 敬語　⑤ 説得力
⑥ 強制力　⑦ 専門用語　⑧ 事務処理　⑨ 決定事項　⑩ 迅速

2．「入院患者のカルテを見せて欲しい」と、患者の親戚を名乗る医師が訪ねて来た。病棟クラークとしてその医師への対応について正しいものは①の、誤っているものは②のマーク欄を塗りつぶしなさい（①または②のみにマークする機械的な解答は該当する全ての設問を０点とする）。

6　患者の親戚の医師なのですぐにお見せする。
7　主治医に連絡して、指示を仰ぐ。
8　患者の個人情報であり、いかなる理由があってもお見せできない。
9　主治医に連絡が取れない時は、自分の判断でお見せする。
10　主治医が留守の場合、上司に判断をゆだねる。

【医療機関の組織・運営、医療関連法規】

1．次の文中の（　　）の中に入る最も適する語句を下記の語群から選び、その番号のマーク欄を塗りつぶしなさい。

病院における医療は、医学・医療技術の進歩によりその水準が求められ、その時々の社会的状況からも病院医療の目的や水準が定められてきているといえる。

戦後から復興し、高度成長の時代に入り、病院も大いに拡張･発展を遂げた。これは、（ 11 ）の実現や（ 12 ）の変化によって、医療需要が広がり続けた結果であった。その後も、（ 13 ）の増加や（ 14 ）の給付改善も進んだため、病院は（ 15 ）的技術的水準を上げることに集中してきた。

しかしながら、（ 16 ）の到来や、国民意識の多様化によって、画一的なサービスには満足しない消費者も現れてきた。医療においても、1990 年代からＩ．Ｃ．（（ 17 ）と（ 18 ））やセカンドオピニオン（（ 19 ）や（ 20 ）方針について主治医以外の医師の意見を求めること）といった言葉が定着してきている。病院も社会全体の変化に目を配り、必要な対応をとっていかなければならない。

〔語　群〕

① 超高齢社会　② 治療　③ 疾病構造　④ 同意　⑤ 医療保険
⑥ 説明　⑦ 診断　⑧ 国民皆保険　⑨ 慢性疾患患者　⑩ 専門

2．次の「地域医療支援病院」に関する文中の（　　）の中に入る最も適切な語句を語群から選び、その番号のマーク欄を塗りつぶしなさい（①または②のみにマークする機械的な解答は該当する全ての設問を０点とする）。

地域医療支援病院制度は、地域医療制度の充実を図り、効率的な（ 21 ）を図るうえで、医療機関相互の適切な（ 22 ）を図るとともに、その（ 23 ）を進めることに重点が置かれている。

地域医療支援病院は、（ 24 ）に対する医療の提供、建物、設備、器械または器具の（ 25 ）の実施、（ 26 ）の提供、地域の医療従事者に対する研修の実施、（ 27 ）への支援などを行い、地域医療の確保を図る病院である。これらの要件に加え、原則として（ 28 ）床以上の入院施設を有することや一般病院の法定施設のほか、（ 29 ）、医薬品情報管理室、救急用または患者輸送用自動車等を有する、その他の要件を満たすものとして所在地の都道府県知事の（ 30 ）を得て、地域医療支援病院と称することができる。

〔語　群〕

21 ｛ ① 医療供給体制　② 病院運営 ｝
22 ｛ ① 機能分担　② 機能連携 ｝
23 ｛ ① 機能連携　② 機能分化 ｝
24 ｛ ① 重症患者　② 紹介患者 ｝
25 ｛ ① 共同利用　② 充実配備 ｝
26 ｛ ① 先進医療　② 救急医療 ｝
27 ｛ ① かかりつけ医　② 一般病院 ｝
28 ｛ ① 200　② 400 ｝
29 ｛ ① 無菌病室　② 集中治療室 ｝
30 ｛ ① 許可　② 承認 ｝

3．次の文は「診療報酬」について述べたものである。（　　）の中に入る最も適切な語句または数字を下記の語群から選び、その番号のマーク欄を塗りつぶしなさい。

診療報酬点数表は、「初診料 282 点」というように医療サービスの（ 31 ）を表示するほか、日本の（ 32 ）制度で保障される（ 33 ）を定める機能も果たしている。

この点数表は（ 34 ）、経済状況の変化等に応じて概ね（ 35 ）年に1回改定される。改定は、予算編成過程を通じて内閣が決定した改定率を前提として、社会保障審議会の各部会において改定の基本方針が策定される。この基本方針に基づき、個別の点数設定や算定条件が（ 36 ）において議論され、その結果に基づき、（ 37 ）が改定後の内容を告示する。

診療報酬は、保険医療機関が医療行為の点数を合計し、それを1点（ 38 ）円に換算した金額を、患者と保険者から受け取る。この報酬は、保険医療機関が検査や投薬の回数を増やすほど報酬も増える（ 39 ）が中心になっているが、医療費のムダを省く狙いから急性期入院医療を対象として患者の診断群分類（病名）ごとに 1 日当たりの入院費を計算する（ 40 ）が導入されている。

〔語　群〕 31 ～ 35

① 2　② 3　③ 生活保護　④ 価格　⑤ 人口の増減　⑥ 施設基準
⑦ 医学の進展　⑧ 通知　⑨ 医療保険　⑩ 医療の範囲

36 ～ 40

① 10　② 12　③ 厚生労働大臣　④ 個別出来高払い　⑤ 社会政策審議会
⑥ 償還払い　⑦ 人頭払い　⑧ 地方厚生局長　⑨ 中央社会保険医療協議会(中医協)
⑩ 診断群分類別包括評価

4．次の「診療報酬の審査支払制度」における設問で、最も適切なものを語群から選び、その番号のマーク欄を塗りつぶしなさい。

41 国民健康保険についての診療報酬の審査支払機関はどれか。

① 都道府県　② 市町村　③ 国民健康保険団体連合会　④ 国民健康保険支払基金
⑤ 国民健康保険診療報酬支払基金

42 被用者保険についての診療報酬の審査支払機関はどれか。

① 厚生労働省　② 協会けんぽ　③ 全国健康保険協会　④ 健康保険組合
⑤ 社会保険診療報酬支払基金

43 労災保険の診療報酬単価は1点当たり何円か（非課税医療機関以外）。

① 10円　② 11円　③ 11円50銭　④ 12円　⑤ 12円50銭

44 提出したレセプトの記載内容に不備があり、レセプトが審査支払機関から保険医療機関へ返されること。

① 返戻　② 返却　③ 却下　④ 返還　⑤ 差し戻し

45 診療内容に不適切なものがあったとして、請求した点数よりも減点されること。

① 減点　② 査定　③ 減額　④ 減収　⑤ 再審査

46 審査支払機関へのレセプト提出期間は次のうちどれか。

① 1日～5日　② 5日～10日　③ 5日～15日　④ 1日～10日　⑤ 10日～20日

47 審査支払機関から保険医療機関への診療報酬の支払い期間は次のうちのどれか。

① 診療翌月の15日～25日　② 診療翌月の20日～月末日　③ 診療翌々月の1日～10日
④ 診療翌々月の日15～25日　⑤ 診療翌々月の20日～月末日

48 審査支払機関によるレセプト審査で請求した点数よりも減点されたなど、審査内容に不服がある場合、再審査の請求ができる期間はどれか。

① 2か月以内　② 3か月以内　③ 4か月以内　④ 5か月以内　⑤ 6か月以内

49 何らかの理由で審査支払機関への請求が遅れた場合、どれくらいの期間内であれば請求することができるか。

① 6か月以内　② 1年以内　③ 3年以内　④ 5年以内　⑤ 期限に定めはない

50 保険医療機関等がコンピュータからネットワークを通じて審査支払機関へレセプト請求するシステム。

① オンライン請求システム　② レセプト電算処理システム
③ レセプトコンピュータシステム　④ 電子レセプト請求システム
⑤ ネットワーク電算処理システム

【医学的基礎知識・医療関連知識】

1．次の文章の（　　）内に入る最も適切な語句を下記の語群から選び、その記号のマーク欄を塗りつぶしなさい。

脂質異常症とは血中の（ 1 ）コレステロールまたは（ 2 ）が異常に増加するか、あるいは（ 3 ）コレステロールが減少した状態をいう。脂質異常症は進行すると（ 4 ）などを招き、虚血性心疾患や（ 5 ）を引き起こす原因となる。

自覚症状に乏しく、（ 6 ）や各種疾患に伴う血液検査で初めて発見されることが多い。

予防および治療には生活習慣の改善が必須であり、（ 7 ）の改善や適度な（ 8 ）、（ 9 ）などの生活指導が行われる。生活習慣によるコントロールが不可能なケースでは（ 10 ）を並行して行うこともある。

〔語　群〕

① 薬物療法　② トリグリセライド（中性脂肪：ＴＧ）　③ 健康診断　④ 動脈硬化
⑤ 運動　⑥ 食生活　⑦ 脳血管疾患　⑧ ＨＤＬ　⑨ 禁煙　⑩ ＬＤＬ

2．次の文章を読み、正しいものは①を、誤っているものは②のマーク欄を塗りつぶしなさい。

11 十二指腸潰瘍では一般的に空腹時痛が起こる。
12 クレアチニン値は腎機能障害の指標となる。
13 バセドウ病はコルチゾール過剰症である。
14 自然気胸は交通事故などの外傷によるものが多い。
15 アルツハイマー病の原因はドーパミン不足である。
16 骨粗鬆症はビタミンＤ剤の投与で完治する。
17 二次性高血圧症は、原因が特定できる。
18 貧血では、酸素運搬が不十分なため、疲労感・倦怠感などを生じる。
19 溶血性貧血では、ビタミンＢ12や葉酸の欠乏により赤血球の成熟障害が起こる。
20 過換気症候群では、呼吸性アルカローシスになる。

3．次の英語又はひらがなを、漢字に直しなさい。

21 はいそくせんしょう：肺循環障害の病態

22 すいとう：一般にみずぼうそうとよばれている

23 とっぱつせいなんちょう：耳が聞こえづらくなる病気

24 じこめんえきしっかん：自分自身の細胞を異物として攻撃をしてしまう病気

25 どうき：普段は意識しない心臓の拍動を不快なものとして感じる症状

26 tumor：組織が過剰に増殖して塊となったもの。悪性と良性がある。

27 ear drum：外耳と中耳の間にあり振動する。

28 bone marrow：造血に関わる組織

29 gout：高尿酸血症のこと

30 large intestine：消化管の一部

4．次のA群の略語に関連する語句をB群から選び、その番号のマーク欄を塗りつぶしなさい。

A群		B群
31	ＴＳＨ	① 多臓器不全
32	ＧＨ	② 心不全
33	ＨＩＶ	③ 成長ホルモン
34	ＨＦ	④ 一過性脳虚血発作
35	ＭＯＦ	⑤ 後天性免疫不全症ウイルス
36	ＭＳ	⑥ 甲状腺刺激ホルモン
37	ＴＩＡ	⑦ 心電図
38	ＳＬＥ	⑧ 全身性エリテマトーデス
39	ＲＡ	⑨ 関節リウマチ
40	ＥＣＧ	⑩ 多発性硬化症

5．次の文章を読み、正しい組み合わせを選び、その番号のマーク欄を塗りつぶしなさい。

41 神経伝達物質はどれか。

a．シナプス　b．ニューロン　c．アセチルコリン　d．ドーパミン

① a，b　② b，c　③ c，d　④ a，c，d　⑤ a～dのすべて

42 先天性心疾患はどれか。

a．労作性狭心症　b．心房中隔欠損症　c．ファロー四徴症　d．慢性心不全

① a，b，c　② b，c，d　③ a，d　④ b，c　⑤ a～dのすべて

43 検査と疾患の組み合わせにおいて正しいものはどれか。

a．マンモグラフィー － 乳癌　b．エコー検査 － 骨肉腫

c．コルポスコピー － 子宮頸癌　d．X線骨塩量測定装置 － 骨粗鬆症

① a，b，c　② b，c，d　③ a，b，d　④ a，c，d　⑤ a～dのすべて

44 疾患と症状の組み合わせにおいて正しいものはどれか。

a．網膜剥離 － 飛蚊症　b．緑内障 － 高眼圧　c．白内障 － 硝子体混濁

d．麦粒腫 － 眼瞼の発赤・腫脹

① a，b，c　② a，b，d　③ b，c，d　④ a，c　⑤ b，d

45 甲状腺機能亢進症に認められる症状はどれか。

a．頻脈　b．眼球突出　c．脾腫　d．徐脈

① a，b　② b，c　③ c，d　④ b，d　⑤ cのみ

46 脳出血で見られうる症状はどれか。

a．意識障害　b．失語　c．片麻痺　d．激しい頭痛

① a，b，c　② a，c，d　③ b，c，d　④ b，d　⑤ a～dのすべて

47 ビタミンやミネラルの欠乏により引き起こされるものはどれか。

a．溶血性貧血　b．鉄欠乏性貧血　c．再生不良性貧血　d．悪性貧血

① a，b，c　② b，c　③ a，c　④ b，d　⑤ a～dのすべて

48 急性膵炎について関係深いものはどれか。

a．血清アミラーゼ上昇　b．膵液による自己消化　c．絶飲食　d．下腹部痛

① a，b，c　② b，c，d　③ a，b，d　④ a，c，d　⑤ a～dのすべて

49 真菌症はどれか。

a．日本脳炎　b．白癬　c．カンジダ症　d．マラリア

① a，b　② b，c　③ a，c　④ b，d　⑤ a，d

50 認知症における典型的症状はどれか。

a．幻覚・幻聴　b．見当識障害　c．徘徊　d．物盗られ妄想

① a，b，c　② a，c，d　③ b，c，d　④ a，b，d　⑤ a～dのすべて

第58回（ 平成29年6月11日実施 ）

医療秘書技能検定試験

２級

問題②「医療事務」

試験時間　60分

（注意）

・点数表（平成28年4月版以降）をご用意ください。ノート等の持ち込みは自由です。点数の算定については、平成29年4月1日現在で施行されている、法令・通知により算定すること。

・携帯電話、ＰＨＳ、ポケットベル、個人用携帯情報端末（ＰＤＡ）等の電子通信機器のスイッチは切っておいてください。

・試験開始後、30分以内、終了5分前からの退出はできません。
途中退出の時は、必ず答案用紙は監督者に提出してから退出してください。問題用紙は持ち帰って結構です。

（答案用紙記入上の注意）

・答案用紙には、学校名（勤務先）・氏名・受験番号を記入してください。

・受験番号・職業のマーク欄を塗りつぶしてください。

・マーク欄塗りつぶしには必ず、HBかBのエンピツかシャープペンシルを使用してください。

一般社団法人
医療秘書教育全国協議会

〈2級〉　　**解答は答案用紙に記入のこと**

設問1．次の指示に従って、答案用紙に記入しなさい。

(1)　1 ～ 20 については、下記の解答欄の中の正しい解答の番号のマーク欄を塗りつぶしなさい。

1	① 380	② 325	③ 430	④ 375	⑤その他	11	① 1,600	② 1,620	③ 1,720	④ 1,450	⑤その他
2	① 300	② 580	③ 600	④ 400	⑤その他	12	① 450	② 250	③ 150	④ 120	⑤その他
3	① 250	② 350	③ 450	④ 500	⑤その他	13	① 4,278	② 4,344	③ 4,744	④ 4,032	⑤その他
4	① 14	② 15	③ 16	④ 17	⑤その他	14	① 691	② 677	③ 692	④ 6,915	⑤その他
5	① 143	② 98	③ 97	④ 49	⑤その他	15	① 260	② 2,000	③ 341	④ 230	⑤その他
6	① 3	② 4	③ 5	④ 6	⑤その他	16	① 70	② 100	③ 120	④ 180	⑤その他
7	① 2,200	② 220	③ 440	④ 4,400	⑤その他	17	① 800	② 875	③ 920	④ 1,100	⑤その他
8	① 116	② 87	③ 98	④ 110	⑤その他	18	① 1	② 2	③ 3	④ 4	⑤その他
9	① 135	② 115	③ 99	④ 93	⑤その他	19	① 800	② 830	③ 920	④ 980	⑤その他
10	① 309	② 447	③ 303	④ 269	⑤その他	20	① 255	② 300	③ 450	④ 200	⑤その他

(2) A～F欄及びH～J欄については、「診療報酬請求書等の記載要領等について」に従い、記入しなさい。

(3) 検査はすべて院内において実施したものです。

(4) 検体検査判断料については、解答用紙のG欄の該当するものを○で囲みなさい。

(5) ＊標榜診療科目は、内科、外科、脳神経外科、呼吸器外科、呼吸器内科、消化器外科、消化器内科、乳腺外科、泌尿器科、整形外科、リハビリテーション科、皮膚科、耳鼻咽喉科、放射線科、麻酔科です。
＊出題のカルテは許可病床数 300 床の一般病院の例です。
＊薬剤師、管理栄養士、放射線科医、病理専門医、麻酔医は常勤です。
＊出題の保険医療機関は、月曜日から金曜日まで毎日午前 9 時から午後 5 時まで診療、土曜日の午後と日曜日・祝日は休診です。
＊薬剤価格等については、カルテに表示してある価格で算定しなさい。

(6) 届出事項及び厚生労働大臣が定める施設基準を満たす項目は次のとおりです。
10 対 1 入院基本料【入院診療計画実施・院内感染防止対策実施・褥瘡対策実施・医療安全管理体制実施・栄養管理体制実施】2 級地、臨床研修病院入院診療加算（協力型）、診療録管理体制加算 1、医師事務作業補助体制加算 2 ホ、医療安全対策加算 1、感染防止対策加算 2、データ提出加算 1 イ、画像診断管理加算 1 及び 2、ＣＴ撮影（64 列以上のマルチスライス）及びＭＲＩ撮影（3 テスラ以上）、運動器リハビリテーション料（Ⅱ）（初期加算基準届出）、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）（初期加算基準届出）、麻酔管理料Ⅰ、薬剤管理指導料、検体検査管理加算（Ⅰ）、入院時食事療養（Ⅰ）、食堂加算

(7) このカルテは、検定試験用として作成されたものです。

【注意事項】

「診療報酬請求書等の記載要領」とは、厚生労働省通知（「診療報酬請求書等の記載要領等について」）に示されている記載要領のことです。よって、現在、医療機関等で慣用化されている略号等を用いて記載されたものについては、正解とみなされませんので、充分ご注意ください。

診　　療　　録

保険者番号		0 6 1 3 0 8 4 3	受診者	氏名	井伊正虎 ㊚・女	公費負担者番号①	
被保険者証 被保険者手帳	記号・番号	518 ・ 32710				受給者番号①	
	有効期限	平成 年 月 日		明・大・㊄・平 29年 5月 20日生		公費負担者番号②	
資格取得		平成 年 月 日		住所	省略	受給者番号②	
被保険者氏名		井伊 正虎				保険者 所在地	省略
事業所 (船舶所有者)	所在地	省略		職業	本人	保険者 名称	省略
	名称						

傷病名	職務	開始	終了	転帰	期間満了予定日
(1)脳梗塞(主)	上外	29年5月20日	年 月 日	治ゆ・死亡・中止	年 月 日
(2)	上外	年 月 日	年 月 日	治ゆ・死亡・中止	年 月 日
(3)	上外	年 月 日	年 月 日	治ゆ・死亡・中止	年 月 日
	上外	年 月 日	年 月 日	治ゆ・死亡・中止	年 月 日
	上外	年 月 日	年 月 日	治ゆ・死亡・中止	年 月 日

既往症・原因・主要症状・経過	処方・手術・処置等
平成29年5/20より脳梗塞のため入院中 (手術なし、5/22よりリハビリ開始) (食事は3食とも普通食を継続) 6/1 (入院13日目) 入院初日に10項目以上の生化学検査(Ⅰ)実施 本日、脳梗塞精査のためMRI実施 放射線医によるMRIの読影文書あり 6/2 明日血管造影予定 6/3 朝食のみ禁食 血管造影実施 放射線医による読影文書あり 医師、看護師、理学療法士、言語聴覚士、管理栄養士により、リハビリテーション総合実施計画書、栄養管理計画を作成し、評価(計画書は省略) 6/4 6/5 6/6 6/7 自宅での服用薬について、薬剤師による 薬剤管理指導実施 ○○クリニックへ診療情報提供書作成 (退院後治療計画、検査結果、画像診断等の情報を添付) 朝食のみ提供　11:00 退院	6/1 点滴 ソルデム3A輸液500ml 1袋 (1袋 121円) カタクロット注射液40mg 1A(1瓶 2,079円) 朝夕 検血:末梢血液一般、像(自動機械法)、出血、全血凝固、PT、APTT、TP、T-BｉL、D-BｉL、T-cho、LDL-cho、TG、グルコース、ナトリウム及びクロール、K、UA、BUN、クレアチニン、Amy 頭部MRI撮影(その他) 電子画像管理 脳血管疾患リハビリ 朝夕2回 10:00～10:40、15:30～16:10 6/2 点滴do 朝夕 脳血管疾患リハビリ 朝夕2回 do 6/3 点滴 ソルデム3A輸液500ml 1袋 朝夕 総頸動脈造影(撮影15回) 電子画像管理 動脈造影カテーテル法 (主要血管の分枝血管を選択的に造影) キシロカイン注射液0.5% 15ml(1ml 10.1円) イオパミロン注300 100ml 1瓶(1瓶 6,615円) 生理食塩液500ml 1瓶(1瓶 149円) 血管造影用シースイントロデューサーセット(一般用) 1本(1本 2,600円) 血管造影用カテーテル(一般用) 1本(1本 2,300円) 脳血管疾患リハビリ 朝夕2回 do 6/4 点滴do 朝夕 6/5 点滴do 朝夕　脳血管疾患リハビリ 朝夕2回 do 6/6 点滴do 朝夕　脳血管疾患リハビリ 朝夕2回 do 6/7 RP バイアスピリン錠100mg 2T(1T 5.6円) セロクラール細粒1.0 (1g 26.4円) ディオバン錠40mg 2T(1T 53.5円) 酸化マグネシウム「NP」原末 2g (10g 15.1円) 分2 14日分 退院時リハビリテーション指導(指導内容は省略)

診療報酬明細書
（医科入院）

平成　年　月分

都道府県番号 省略　医療機関コード 省略

1 医科	1 社・国 2 公費	3 後期 4 退職	1 単独 2 2併 3 3併	1 本入 3 六入 5 家入	7高入- 9高入7

-					-			
公費負担者番号 ①					公費負担医療の受給者番号①			
公費負担者番号 ②					公費負担医療の受給者番号②			

保険者番号					給付割合	10 9 8 7 ( )

被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号	

A

区分	精神　結核　療養	特記事項
氏名	1男 2女　1明 2大 3昭 4平　.　.　生	
職務上の事由	1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害	

保険医療機関の所在地及び名称 省略

傷病名		診療開始日		転帰	治ゆ	死亡	中止	診療実日数	
	(1)		(1)　年　月　日					保険	日
	(2)		(2)　年　月　日					公費①	日
	(3)		(3)　年　月　日					公費②	日

				公費分点数
⑪	初診	時間外・休日・深夜	回　点	
⑬	医学管理			
⑭	在宅			

B

⑳ 投薬	㉑ 内服	単位		
	㉒ 屯服	単位		
	㉓ 外用	単位		
	㉔ 調剤	日		
	㉖ 麻毒	日		
	㉗ 調基			
㉚ 注射	㉛ 皮下筋肉内	回		
	㉜ 静脈内	回		
	㉝ その他	回		
㊵ 処置		回		
	薬剤			
㊿ 手術 麻酔		回		
	薬剤			
⑥ 検査 病理		回		
	薬剤			
⑦ 画像 診断		回		
	薬剤			
⑧ その他				
	薬剤			

C

⑨ 入院	入院年月日	年　月　日	
	病 診	90 入院基本料・加算	点
		× 日間	
		× 日間	
		× 日間	
		× 日間	
		× 日間	
		92 特定入院料・その他	

⑬	薬管2 7日	1	×	1
	E	2	×	1
	情 I 算定日 7日 情 I 退 退院日 7日	3	×	1
㉑	バイアスピリン錠100mg2T、セロクラール細粒1.0 ディオバン錠40mg 2T、酸化マグネシウム「NP」原末 2g	4	×	14
㉝	点滴手技料	5	×	6
	F	7	×	2
	ソルデム3A輸液500ml 2袋	24	×	4
⑥	B-末梢血液一般、像(自動機械法)、出血時間、全血凝固時間、PT、APTT	8	×	1
	B-TP,T-B i L,D-B i L,T-cho,LDL-cho,TG,グルコース,ナトリウム及びクロール,K,UA,BUN,クレアチニン,Amy	9	×	1
	G	10	×	1
	検管 I	40	×	1
⑦	H	11	×	1
	コンピューター断層診断	12	×	1
	総頸動脈造影(撮影15回) 電画 動脈造影カテーテル法 (主要血管分枝血管を選択的に造影)	13	×	1
	キシロカイン注射液0.5% 15ml イオパミロン注300 100ml 1瓶 生理食塩液500ml 1瓶	14	×	1
	血管造影用シースイントロデューサーセット (一般用) 1本(1本 2,600円)	15	×	1
	血管造影用カテーテル (一般用) 1本(1本 2,300円)	230	×	1
	写画1	70	×	1
	コ画2	16	×	1
⑧	脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)4単位 早リ加 初期 実施日数2日 疾患名:脳梗塞 発症日:5/20	17	×	18
	I	19	×	3
	J	20	×	1

※高額療養費			※公費負担点数 点	
⑦ 食事・生活	基準	円× 回	※公費負担点数 点	
	特別	円× 回	基準(生)	円× 回
	食堂	円× 日	特別(生)	円× 回
	環境	円× 日	減・免・猶・I・II・3月超	

D

療養の給付					食事・生活療養				
保険	請求点	※決定点	負担金額 円 減額 割(円)免除・支払猶予		保険	回	請求円	※決定円	(標準負担額) 円
公費①	点	※点	円		公費①	回	円	※円	円
公費②	点	※点	円		公費②	回	円	※円	円

設問2. 次の文章を読み、正しいものは①の、誤っているものは②のマークシート欄を塗りつぶしなさい。（①または②のみにマークする機械的な解答は、該当する全ての設問を0点とする。）

21 入院時食事療養費は、医学上の必要から 1 日に 4 食を提供した場合、1 日 4 食を算定することができる。

22 急性期看護補助体制加算における看護補助者は、請負方式の看護補助者でも構わない。

23 緊急に入院が必要であると認めた患者のうち、入院後に悪化の可能性が存在する患者については、救急医療管理加算 2 の算定要件である重篤な状況にある患者に該当する。

24 人工腎臓で慢性維持透析を行う場合に使用した透析液、血液凝固阻止剤の費用は、別に算定することができる。

25 手術前医学管理料の算定で、同一の患者について、月をまたがって 1 週間以内に全身麻酔下での手術を 2 回以上行った場合には、最初の手術を行った際に当該管理料を算定し、2 回目の手術の際には、当該管理料を算定せず、それぞれの検査項目等の所定点数により算定する。

26 病理標本を撮影した画像を電子媒体に保存した場合、保存に要した電子媒体の費用は所定点数に含まれる。

27 手術を開始した後、患者の病状の急変等やむを得ない事情によりその手術を中途で中絶した場合、手術料は算定できない。

28 ＤＰＣ対象病棟に入院している患者は、後発医薬品使用体制加算の対象患者から除かれている。

29 疾患別リハビリテーション料は、届出施設である保険医療機関内において、治療、訓練の専門施設外で訓練を実施した場合においても、疾患別リハビリテーションとみなすことができる。

30 眼科、耳鼻科等において手術を行い、同一日に入院及び退院した場合、医師が入院の必要を認めて病室に入院させて入院医療が行われた場合であっては、24 時間経過していない場合でも入院基本料を 1 日分算定できる。

MS 全協ニュース　No.60
―平成２９年度前期検定試験結果報告―

橋本　勝信

１．第 58 回医療秘書技能検定試験結果

去る 6 月 11 日(日)に実施した検定試験の結果は、以下の通りである。

①合否結果

実　施　級	志願者数(人)	受験者数(人)	合格者数（人）	合格率(%)
1　　級	11	11	2	18. 2
準 1 級	533	523	204	39. 0
2　　級	1, 606	1, 564	1, 039	66. 4
3　　級	1, 256	1, 209	907	75. 0
合　　計	3, 406	3, 307	2, 152	

志願者前年同期比：　1 級 45.8%　　準 1 級 98.5%
　　2 級 91.1%　　3 級 93.8%　　全体 92.9%

②領域別平均得点（各領域 100 点満点）

級	領域Ⅰ (医秘･組織･法規)	領域Ⅱ (医学･医療)	領域Ⅲ (医療事務実技)	合計点
1　　級	61. 0点	60. 7点	51. 6点	173. 3点
準 1 級	65. 9	57. 8	74. 7	198. 4
2　　級	68. 3	70. 4	73. 6	212. 3
3　　級	75. 8	69. 5	78. 1	223. 4

＜検定委員長より＞

[1 級、準 1 級]

1 級は受験者 11 名中、合計得点が 180 点以上あり、3 領域とも 60 点以上の 2 名 (18. 2%) を合格とした。今回の 1 級は合計得点が高く、受験者の平均得点は 173. 3 であった。

準 1 級は、受験者 533 名で、合格者 204 名 (39. 0%) であった。平均得点合計は 198. 4 点と高く、合計得点を基準通りで合否を決した。

[2 級、3 級]

2 級は受験者 1, 564 名中、合格者は 1, 039 名 (66. 4%) であった。平均得点合計は 212. 3 点と高得点で合格基準通りで合否を決したが、領域Ⅰでは、設問４診療報酬の審査支払制度の問題が理解不足である。

3 級は受験者 1, 209 名、合格者 907 名 (75. 0%) であった。平均得点合計は 223, 4 で、領域ⅠとⅢとも平均得点が 70 点以上の高得点で、合格基準通りで合否を決した。今回の検定では、準１級と３級の領域Ⅱで、平均得点が悪く、再三指摘している、設問５の組み合わせの問題が相変わらず悪い。

２．第 43 回医事コンピュータ技能検定試験結果

去る 6 月 17 日(土)・18 日(日)に実施した検定試験の結果は、以下の通りである。

①合否結果

実　施　級	志願者数(人)	受験者数(人)	合格者数(人)	合格率(%)
準 1 級	30	29	21	72. 4
2　　級	1, 308	1, 267	896	70. 7
3　　級	1, 459	1, 411	1, 106	78. 4
合　　計	2, 797	2, 707	2, 023	

志願者前年同期比：準 1 級 75.0%　2 級 89.7% 3 級 92.6%
　　全体 94.0%

②領域別平均得点（各領域 60 点満点）

級	医療事務知識	ｺﾝﾋﾟｭｰﾀ知識	実技 1	実技 2	実技 3
準1級	38. 9点	49. 1点	55. 4点		
2　級	36. 3	42. 7	46. 1	47. 6	
3　級	41. 1	46. 0	46. 8	49. 2	

Profile　医療秘書教育全国協議会理事　検定委員長
学校法人　大阪滋慶学園　常務理事

＜検定委員長より＞

［準１級］

準１級の受験校は４校、受験者 29 名で、合格者は 21 名（72.4%）であった。領域別平均得点では、領域Ⅲが高得点で、合格基準通りで合否決した。

［2 級、3 級］

2 級の受験校は 62 校、受験者 1,267 名、合格者は 896 名（70.7%）であった。平均得点の低かった領域Ⅰを 30 点とし、合否判定に配慮した。

3 級は受験校 75 校で、受験者 1,411 名、合格者 1,106 名（78.4%）であった。2 級同様、平均得点が悪かった領域Ⅰを 30 点として、合否判定を行った。

３．第 13 回電子カルテ実技検定試験結果

去る 6 月 17 日(土)に実施した検定試験の結果は、以下の通りである。

①合否結果

参加校	志願者数	受験者数	合格者数	合格率
28校	801名	791名	579名	73.2%

＜検定委員長より＞

第 15 回を向かえ、参加校、受験者数も大幅に増えてきていることは喜ばしく、社会からのニーズの表れであろう。

今回の問題のレベルを維持しながら、医師事務作業補助者の代行入力等、医療機関の電子カルテ化に対応したい。

４．第 32 回福祉事務管理技能検定試験結果

去る 6 月 25 日(日)に実施した検定試験の結果は、次の通りである。

①合否結果

実施級	志願者数(人)	受験者数(人)	合格者数(人)	合格率(%)
2 級	24	19	13	68.4
3 級	148	139	102	73.4
合 計	172	158	115	

志願者前年同期比：2 級 70.6%　3 級 79.6%　全 78.2%

②領域別平均得点（各領域 100 点満点）

級	領域Ⅰ (社会保障・福祉)	領域Ⅱ (医学と心理・介護)	領域Ⅲ (介護保険・請求)	合計点
2 級	71.6点	68.8点	63.2点	203.6点
3 級	65.8	65.1	72.5	203.4

＜検定委員長より＞

今回の検定では、2 級は受験校 3 校、受験者 19 名で、合格者は 13 名（68.4%）であった。全領域とも平均得点が低く、領域Ⅰの介護報酬制度の問題、領域Ⅲの介護保険制度の問題が平均得点も低く、合否判定で配慮した。

一方、3 級は受験校 3 校で、受験者は 139 名、合格者は 102 名（73.4%）であった。特に領域Ⅰの障害者福祉の歴史に関する問題と、児童福祉における、施設の種類に関する問題の平均得点が低く、合否判定で配慮した。

また、2025 年問題の最終章として、地域包括ケアシステム、地域医療構想の構築と、2018 年 4 月の診療・介護報酬の同時改定があり、医療・介護制度の大改革が始まろうとしている。地域包括ケアシステムは大都市部と町村部等、高齢化の進展状況に地域差があり、地域の特性に応じて策定されているが、都市部では一つの施設で医療と介護が同時に提供される複合施設が出現している。当検定試験に積極的に取り組む必要性が増していることを、ご理解願いたい。

５．成績優秀賞者の表彰

今回の被表彰者については､1 校 2 名の内規により、医療秘書検定の 1 級は 1 名、準 1 級は 24 校 37 名、2 級は 51 校 90 名、3 級は 31 校 57 名の合計 185 名であった。

医事コン検定は、準 1 級は 3 校 6 名、2 級は 41 校 76 名、3 級は 44 校 84 名の合計 166 名であった。

福祉事務検定は、2 級 1 校 2 名、3 級は 2 校 4 名の合計 6 名であった。

受賞校は以下の通りである。(順不同)

[医療秘書検定成績優秀校]（専門学校略）

＜１級＞

新潟ビジネス

＜準１級＞

札幌医療秘書福祉、仙台医療秘書福祉、国際ビジネス公務員大学校、筑波研究学園、アルスコンピュータ、東京医療秘書福祉、早稲田速記医療福祉、横浜医療秘書歯科助手、横浜医療情報、新潟ビジネス、沼津情報・ビジネス、大阪医療技術学園、大阪保健福祉、大阪医療秘書福祉、日本医療秘書、福岡医療秘書福祉、福岡医健、九州技術教育、宮崎情報ビジネス医療、河原ＩＴビジネス、姫路経営医療、淑徳大学短期大学部、千葉医療秘書、ユービック情報

＜２　級＞

経専医療事務薬業、札幌医療秘書福祉、北見情報ビジネス、旭川福祉、東北文化学園、仙台医療秘書福祉、筑波研究学園、水戸経理、中央情報経理、大宮医療秘書、千葉情報経理、日本工学院八王子、東京医療秘書福祉、横浜医療秘書歯科助手、横浜医療情報、甲府医療秘書学院、長野平青学園、上田情報ビジネス、上越公務員・情報ビジネス、新潟医療福祉カレッジ、沼津情報・ビジネス、国際医療管理浜松校、豊橋創造大学短期大学部、国際医療管理名古屋校、名古屋医療秘書福祉、あいちビジネス、鈴鹿医療科学大学、鈴鹿オフィスワーク医療福祉、大阪医療秘書福祉、日本医療秘書、広島情報ビジネス、四国総合ビジネス、河原パティシエ・医療・観光、福岡医療秘書福祉、大分医療事務、宮崎情報ビジネス医療､南九州メディカルスタッフ､河原医療大学校、四国医療福祉、首都医校、関西女子短期大学、若狭医療福祉、広島会計学院、埼玉女子短期大学、姫路経営医療、四国医療技術、共生館国際福祉医療カレッジ、ＩＬＰお茶の水医療福祉、宮崎医療福祉、千葉医療秘書、ユービック情報

＜３　級＞

札幌医療秘書福祉、旭川福祉、秋田情報ビジネス、東北文化学園、東京医療秘書福祉、東京医薬、日本医歯薬、早稲田速記医療福祉、横浜医療情報、中部コンピュータ・パティシエ・保育、あいちビジネス、大阪医療技術学園、大阪保健福祉、大阪医療福祉、日本医療秘書、大阪国際福祉、大阪女子短期大学、製菓・医療九州ビジネス、福岡医健、九州技術教育、宮崎情報ビジネス医療、河原医療大学校、盛岡社会福祉､徳島文理大学短期大学部､関西女子短期大学、

若狭医療福祉、広島会計学院、埼玉女子短期大学、四国医療技術、ＩＬＰお茶の水医療福祉、中央情報経理高崎校

［医事コン検定成績優秀校］（専門学校略）

＜準１級＞

仙台医療福祉、筑波研究学園、甲府医療秘書学院

＜２　級＞

札幌医療秘書福祉、旭川福祉、Ｓ．Ｋ．Ｋ．情報ビジネス、仙台医療福祉、国際ビジネス公務員大学校、筑波研究学園、太田医療技術、アルスコンピュータ、千葉情報経理、日本工学院八王子、東京医療秘書福祉、東京医薬、早稲田速記医療福祉、甲府医療秘書学院、松本医療福祉、上越公務員・情報ビジネス、日本ビジネス公務員、新潟医療福祉カレッジ、沼津情報・ビジネス、国際医療管理熱海校、国際医療管理浜松校、国際医療管理名古屋校、あいちビジネス、大阪医療技術学園、大阪医療秘書福祉、日本医療秘書、京都栄養医療、穴吹医療福祉、福山ＹＭＣＡ国際ビジネス、四国医療工学、福岡医療秘書福祉、九州技術教育、大分医療事務、宮崎情報ビジネス医療、宮崎ブライダル＆医療、宮崎医療管理、鹿児島キャリアデザイン、国際メディカル、姫路経営医療、篠原保育医療情報、宮崎医療福祉

＜３　級＞

経専医療事務薬業、札幌福祉医薬、旭川福祉、東北文化学園、仙台医療秘書福祉、国際ビジネス公務員大学校、太田医療技術、中央情報経理、埼玉コンピュータ・医療事務、アルスコンピュータ、東京医薬、横浜医療秘書歯科助手、日本ビジネス公務員、新潟医療福祉カレッジ、中部コンピュータ・パティシエ・保育、名古屋医療秘書福祉、あいちビジネス、名古屋医療情報、津田情報ビジネス、鈴鹿オフィスワーク医療福祉、大阪医療秘書福祉、穴吹医療福祉、福山ＹＭＣＡ国際ビジネス、穴吹医療大学校、四国総合ビジネス、製菓・医療九州ビジネス、福岡医療秘書福祉、福岡医健、長崎医療こども、大分医療事務、宮崎情報ビジネス医療、宮崎医療管理、鹿児島キャリアデザイン、青山建築デザイン・医療事務、盛岡社会福祉、土佐情報経理、関西女子短期大学、若狭医療福祉、広島医療秘書こども、河原ＩＴビジネス、高松短期大学、淑徳大学短期大学部、千葉医療秘書、龍馬看護ふくし

［福祉事務検定成績優秀校］（専門学校略）

＜２　級＞

大阪保健福祉

＜３　級＞

あいちビジネス、大阪保健福祉

以上

日本医療秘書学会第 15 回学術大会

テーマ：それいけ進め「医療秘書」
～医療・介護大改革の年度に向かって～

〈開催要項〉

会　　期 ： ２０１８年２月１８日（日）
会　　場 ： 大阪府立国際会議場（グランキューブ大阪）
〒530-0005　大阪府大阪市北区中之島５丁目３番５１号
TEL：（０６）４８０３-５５８５
学術大会長 ： 谷口　太
公益財団法人 唐澤記念会 大阪脳神経外科病院
専務理事 事務部長
主　　催 ： 一般財団法人 日本医療秘書学会
後　　援 ： 一般社団法人 医療秘書教育全国協議会
協　　賛 ： NPO 法人 日本医師事務作業補助研究会、全国医事研究会

〈主要プログラム〉

１．学術大会長講演
『医療・介護大改革がやってくる』
～どうなる、これからの病院～
公益財団法人 唐澤記念会 大阪脳神経外科病院
専務理事 事務部長
谷口　太

２．教育講演
『医療秘書も押さえておきたい２０１８年度同時改定のポイント』
㈱仲野メディカルオフィス 代表取締役
仲野　豊

３．追悼講演
『学会長　日野原重明先生を偲ぶ』
一般財団法人 日本医療秘書学会 理事
鈴木　隆一郎

４．一般演題

＜学会懇親会＞

日　　時 ： 平成３０年２月１７日（土）１８：００～２０：００
場　　所 ： リーガロイヤルホテル　大阪
会　　費 ： ３，０００円

URL http://society.mts-jp.org

会員校名簿

【北海道・東北】　（順不同）

コード	学校名	〒	住所・電話番号・FAX番号
001	経専医療事務薬業専門学校	005-0003	札幌市南区澄川三条6丁目4－3 TEL.011-823-0111　FAX.011-814-8688
002	札幌医療秘書福祉専門学校	060-0042	札幌市中央区大通西18－1－18 TEL.011-641-0865　FAX.011-641-0860
003	札幌福祉医薬専門学校	065-0005	札幌市東区北5条東8丁目 TEL.011-712-0588　FAX.011-712-0589
004	北海道ハイテクノロジー専門学校	061-1396	恵庭市恵み野西5丁目10－6 TEL.0123-39-6666　FAX.0123-39-6677
005	北見情報ビジネス専門学校	090-0817	北見市常盤町3－14 TEL.0157-61-5588　FAX.0157-61-7298
143	青山建築デザイン・医療事務専門学校	060-0005	札幌市中央区北5条西14丁目1－42 TEL.011-281-4155　FAX.011-281-4215
173	北海道どうぶつ・医療専門学校	060-0042	札幌市中央区大通西9丁目3－12 TEL.011-272-2811　FAX.011-261-5007
008	旭川医療情報専門学校	070-0039	旭川市9条通11丁目左3号 TEL.0166-24-8008　FAX.0166-24-0529
009	旭川福祉専門学校	071-1497	北海道上川郡東川町進化台 TEL.0166-82-4520　FAX.0166-82-4521
010	S.K.K情報ビジネス専門学校	036-8032	弘前市徳田町1－3 TEL.0172-35-5151　FAX.0172-37-3005
011	東北コンピュータ専門学校	036-8503	弘前市上瓦ヶ町12 TEL.0172-32-6154　FAX.0172-32-6155
174	東北女子短期大学	036-8504	弘前市上瓦ヶ町25 TEL.0172-32-6151　FAX.0172-32-6153
192	青森中央経理専門学校	030-0132	青森市大字横内字神田12－1 TEL.017-728-0145　FAX.017-738-8333
012	秋田情報ビジネス専門学校	010-0001	秋田市中通4－3－11 TEL.018-831-2535　FAX.018-835-9350
147	盛岡社会福祉専門学校	020-0024	盛岡市菜園2－4－19 TEL.019-623-6173　FAX.019-654-1417
014	仙台医療福祉専門学校	980-0021	仙台市青葉区中央4丁目5－2 TEL.022-722-8631　FAX.022-722-8635
015	東北文化学園専門学校	981-8552	仙台市青葉区国見6－45－16 TEL.022-233-8163　FAX.022-233-8076
016	仙台医療秘書福祉専門学校	984-0051	仙台市若林区新寺1－4－16 TEL.022-256-5271　FAX.022-256-7420
017	専門学校 山形V. カレッジ	990-0834	山形市清住町1－4－41 TEL.023-644-1122　FAX.023-644-1123
018	国際ビジネス公務員大学校	963-8002	郡山市駅前1－12－2 TEL.024-934-4405　FAX.024-922-4167
153	郡山健康科学専門学校	963-8834	郡山市図景2－9－3 TEL.024-936-7777　FAX.024-936-7778

【関東】

コード	学校名	〒	住所・電話番号・FAX番号
019	筑波研究学園専門学校	300-0811	土浦市上高津町1601 TEL.0298-22-2452 FAX.0298-24-3966
022	水戸経理専門学校	310-0812	水戸市浜田2－11－18 TEL.029-221-8771 FAX.029-221-8226
026	太田医療技術専門学校	373-0812	太田市東長岡町1373 TEL.0276-25-2414 FAX.0276-25-2441
177	佐野日本大学短期大学	327-0821	佐野市高萩町1297 TEL.0283-21-1200 FAX.0283-21-2020
027	前橋医療福祉専門学校	371-0006	前橋市石関町122－6 TEL.027-269-1600 FAX.027-269-1611
028	中央情報経理専門学校	371-0844	前橋市古市町1－49－4 TEL.027-253-5544 FAX.027-254-0605
189	中央情報経理専門学校 高崎校	370-0841	高崎市栄町13－2 TEL.027-324-8511 FAX.027-325-8820
029	大宮医療秘書専門学校	330-0854	さいたま市大宮区桜木町1－197－1 TEL.048-658-0850 FAX.048-658-0851
030	埼玉コンピュータ＆医療事務 専門学校	330-0855	さいたま市大宮区上小町1450－3 TEL.048-642-0020 FAX.048-642-2747
162	深谷商業高等学校	366-0035	深谷市原郷80 TEL.048-570-1672 FAX.048-570-1748
031	アルスコンピュータ専門学校	360-0046	熊谷市鎌倉町124 TEL.048-526-0919 FAX.048-525-8119
171	埼玉女子短期大学	350-1227	日高市女影1616 TEL.042-986-1616 FAX.042-986-1518
178	十文字学園女子大学	352-8510	新座市菅沢2－1－28 TEL.048-477-0555 FAX.048-478-9367
032	千葉情報経理専門学校	260-0021	千葉市中央区新宿2－5－2 TEL.043-246-4211 FAX.043-247-8610
194	千葉医療秘書専門学校	260-0014	千葉市中央区本千葉町8－16 TEL.043-202-3531 FAX.043-202-3532
034	成田国際福祉専門学校	286-0014	成田市郷部583－1 TEL.0476-26-1511 FAX.0476-26-1515
035	日本工学院八王子専門学校	192-0983	八王子市片倉町1404－1 TEL.0426-37-3111 FAX.0426-37-3112
036	国際デュアルビジネス専門学校	111-0052	台東区柳橋2－20－14 TEL.03-3866-0811 FAX.03-3861-1614
167	日本健康医療専門学校	111-0053	台東区浅草橋3－31－5 TEL.03-5835-1456 FAX.03-5835-1457
037	東京医療秘書福祉専門学校	113-0033	文京区本郷3－23－16 TEL.03-3814-6936 FAX.03-3814-3410
182	篠原保育医療情報専門学校	101-0051	千代田区神田神保町1－52－4 TEL.03-3219-3271 FAX.03-3293-3782
039	東京医薬専門学校	134-8530	江戸川区東葛西6－5－12 TEL.03-3688-6161 FAX.03-3688-6169
041	日本医歯薬専門学校	166-0003	杉並区高円寺南2－44－1 TEL.03-5377-2200 FAX.03-5377-2340
043	東京保育医療秘書専門学校	190-0012	立川市曙町2－18－15 TEL.042-540-1355 FAX.042-540-1356

コード	学校名	〒	住所・電話番号・FAX番号
045	早稲田速記医療福祉専門学校	171-8543	豊島区高田3－11－17 TEL.03-3208-8461 FAX.03-3208-2806
159	専門学校 首都医校	160-0023	新宿区西新宿1－7－3 TEL.03-3346-3000 FAX.03-3344-3001
168	日本工学院専門学校	144-8655	大田区西蒲田5－23－22 TEL.03-3732-1111 FAX.03-3732-6363
193	淑徳大学短期大学部	174-8631	板橋区前野町6－36－4 TEL.03-3966-7632 FAX.03-3558-7990
145	戸板女子短期大学	105-0014	港区芝2－21－17 TEL.03-3452-4161 FAX.03-3452-8780
046	横浜医療秘書歯科助手専門学校	221-0822	横浜市神奈川区西神奈川1－18－3 TEL.045-402-9878 FAX.045-402-9988
048	横浜医療情報専門学校	222-0033	横浜市港北区新横浜2－4－10 TEL.045-474-2311 FAX.045-474-2320
195	湘北短期大学	243-8501	厚木市温水428 TEL.046-247-3131 FAX.046-247-3667

【中部・北陸・東海】

コード	学校名	〒	住所・電話番号・FAX番号
051	専門学校 甲府医療秘書学院	400-0857	甲府市幸町18－12 TEL.055-232-8541 FAX.055-231-0875
052	長野平青学園	380-0918	長野市アークス1－31 TEL.026-224-8383 FAX.026-224-8451
053	上田情報ビジネス専門学校	386-8691	上田市中央3－7－5 TEL.0268-22-0255 FAX.0268-23-5459
054	松本医療福祉専門学校	390-0841	松本市渚2－8－4 TEL.0263-29-1200 FAX.0263-29-1203
164	飯田コアカレッジ	395-0823	飯田市松尾明7591番地 TEL.0265-22-5100 FAX.0265-22-5100
055	長岡こども・医療・介護専門学校	940-0047	長岡市弓町1－8－37 TEL.0258-37-3588 FAX.0258-37-3535
056	長岡こども福祉カレッジ	940-0064	長岡市殿町1－1－32 TEL.0258-37-2058 FAX.0258-37-6127
057	上越公務員・情報ビジネス専門学校	943-0824	上越市北城町3－4－1 TEL.0255-22-4511 FAX.0255-22-4420
058	日本ビジネス公務員専門学校	940-0064	長岡市殿町1－1－1 TEL.0258-88-0110 FAX.0258-37-6127
059	新潟ビジネス専門学校	950-0088	新潟市中央区万代1－2－22 TEL.025-241-2131 FAX.025-245-4367
061	新潟医療福祉カレッジ	950-0911	新潟市中央区笹口2－9－41 TEL.025-242-3133 FAX.025-242-3112
062	フォーラム情報アカデミー専門学校	950-0901	新潟市中央区弁天3－1－19 TEL.025-247-6300 FAX.025-247-6305
148	国際メディカル専門学校	950-0914	新潟市中央区紫竹山6－4－12 TEL.025-255-1511 FAX.025-255-1512
163	若狭医療福祉専門学校	919-1146	三方郡美浜町大藪7－24－2 TEL.0770-32-1000 FAX.0770-32-1500
065	沼津情報・ビジネス専門学校	410-0804	沼津市西条町17－1 TEL.055-961-2555 FAX.055-961-2556

コード	学校名	〒	住所・電話番号・FAX番号
066	国際医療管理専門学校　熱海校	413-0015	熱海市中央町13－4 TEL.0557-83-2600　FAX.0557-83-0727
067	静岡福祉医療専門学校	422-8061	静岡市駿河区森下町4－25 TEL.054-280-0173　FAX.054-280-0174
151	静岡産業技術専門学校	420-8537	静岡市葵区宮前町110－11 TEL.054-261-8222　FAX.054-264-3086
068	浜松情報専門学校	430-0929	浜松市中央3－10－31 TEL.053-450-6550　FAX.053-450-6580
069	国際医療管理専門学校　浜松校	430-0942	浜松市元浜町34－15 TEL.053-476-5931　FAX.053-475-3612
070	中部ｺﾝﾋﾟｭｰﾀ・ﾊﾟﾃｨｼｴ・保育専門学校	440-0895	豊橋市花園町75 TEL.0532-52-2000　FAX.0532-54-2316
071	豊橋創造大学短期大学部	440-8512	豊橋市牛川町松下20－1 TEL.0532-54-2111　FAX.0532-55-0803
072	国際医療管理専門学校名古屋校	450-0003	名古屋市中村区名駅南2－2－26 TEL.052-563-5311　FAX.052-583-8786
073	名古屋医療秘書福祉専門学校	451-0045	名古屋市西区名駅2－27－28 TEL.052-561-1148　FAX.052-561-1147
074	あいちビジネス専門学校	460-0026	名古屋市中区金山2－7－5 TEL.052-331-7888　FAX.052-332-5155
075	名古屋医療情報専門学校	456-0052	名古屋市熱田区二番二丁目1－25 TEL.052-654-6611　FAX.052-654-4544
160	名古屋医専	450-0002	名古屋市中村区名駅四丁目27－1 TEL.052-582-3000　FAX.052-582-0077
076	岡崎女子短期大学	444-0015	岡崎市中町1－8－4 TEL.0564-22-1295　FAX.0564-28-3310
077	藤田保健衛生大学	470-1192	豊明市沓掛町田楽ヶ窪1－98 TEL.0562-93-2562　FAX.0562-93-0290
196	慈恵歯科医療ファッション専門学校	446-0037	安城市相生町5－9 TEL.0566-74-2745　FAX.0566-74-0862
079	鈴鹿医療科学大学	510-0293	鈴鹿市岸岡町1001－1 TEL.059-393-8991　FAX.059-383-9666
080	津田情報ビジネス専門学校	511-0904	桑名市野田5－3－12 TEL.0594-31-9331　FAX.0594-31-7599
081	鈴鹿ｵﾌｨｽﾜｰｸ医療福祉専門学校	513-0809	鈴鹿市住吉2－24－9 TEL.0593-70-0311　FAX.0593-70-4720

【近畿・中国・四国】

コード	学校名	〒	住所・電話番号・FAX番号
172	滋賀短期大学	520-0803	大津市竜が丘24－4 TEL.077-524-3605　FAX.077-523-5124
082	大阪医療技術学園専門学校	530-0044	大阪市北区東天満2－1－30 TEL.06-6354-2501　FAX.06-6358-3468
084	専門学校　大阪医専	531-0076	大阪市北区大淀中1－10－3 TEL.06-6452-0110　FAX.06-6455-7200
085	大阪保健福祉専門学校	532-0003	大阪市淀川区宮原1－2－47 TEL.06-6399-1575　FAX.06-6396-3478
086	大阪医療福祉専門学校	532-0003	大阪市淀川区宮原1－2－14 TEL.06-6393-2288　FAX.06-6392-8120
087	大阪医療秘書福祉専門学校	532-0011	大阪市淀川区西中島3－4－10 TEL.06-6300-5767　FAX.06-6300-5735

コード	学校名	〒	住所・電話番号・FAX番号
088	日本医療秘書専門学校	543-0061	大阪市天王寺区伶人町2－15 TEL.06-6772-5210 FAX.06-6772-3751
089	大阪国際福祉専門学校	543-0075	大阪市天王寺区夕陽丘町3－10 TEL.06-6771-4188 FAX.06-6771-4162
197	ユービック情報専門学校	534-0025	大阪市都島区片町2－10－5 TEL.06-4801-8750 FAX.06-4801-8751
161	関西女子短期大学	582-0026	柏原市旭ヶ丘3－11－1 TEL.0729-77-6561 FAX.0729-77-4653
090	四天王寺大学	583-8501	羽曳野市学園前3－2－1 TEL.0729-56-3345 FAX.0729-56-9960
091	大阪女子短期大学	583-8558	藤井寺市春日丘3－8－1 TEL.0729-55-0733 FAX.0729-55-5211
198	四條畷学園短期大学	574-0011	大東市北条4－10－25 TEL.072-876-6171 FAX.072-878-5155
188	神戸元町医療秘書専門学校	650-0012	神戸市中央区北長狭通4－7－32 TEL.078-335-0850 FAX.078-335-0851
175	姫路経営医療専門学校	670-0944	姫路市阿保甲499－4 TEL.079-222-1185 FAX.079-288-6415
092	京都栄養医療専門学校	616-8376	京都市右京区嵯峨天竜寺瀬戸川町18 TEL.075-872-8500 FAX.075-865-2875
093	奈良総合ビジネス専門学校	631-0832	奈良市西大寺新田町1－15 TEL.0742-41-5001 FAX.0742-41-5007
096	専門学校松江総合ビジネスカレッジ	690-0001	松江市東朝日町74 TEL.0852-26-8000 FAX.0852-26-8500
097	専門学校岡山ﾋﾞｼﾞﾈｽｶﾚｯｼﾞ 田町ｷｬﾝﾊﾟｽ	700-0825	岡山市北区田町1－1－9 TEL.086-230-0350 FAX.086-235-1450
099	穴吹医療福祉専門学校	720-0052	福山市東町2－3－6 TEL.084-931-3325 FAX.084-922-5924
100	福山YMCA国際ビジネス専門学校	720-8522	福山市西町2－8－15 TEL.0849-26-2211 FAX.0849-27-1246
101	トリニティカレッジ広島医療福祉専門学校	730-0014	広島市中区上幟町8－18 TEL.082-223-1164 FAX.082-223-1765
102	広島ビジネス専門学校	730-0042	広島市中区国泰寺町2－5－23 TEL.082-245-3900 FAX.082-245-7407
165	広島医療秘書こども専門学校	732-0822	広島市南区松原町10－26 TEL.082-568-6731 FAX.082-568-6732
166	広島会計学院専門学校	730-0052	広島市中区千田町1－2－26 TEL.082-541-1800 FAX.082-541-1801
105	広島情報ビジネス専門学校	733-0011	広島市西区横川町2－10－4 TEL.082-293-5000 FAX.082-293-7190
106	穴吹医療大学校	760-0020	高松市錦町1－22－23 TEL.087-823-5700 FAX.087-823-5701
107	四国総合ビジネス専門学校	761-8052	高松市松並町1026－1 TEL.087-869-4591 FAX.087-869-4592
155	四国医療福祉専門学校	761-8064	高松市上之町2－12－30 TEL.087-867-7676 FAX.087-865-1700
179	高松短期大学	761-0194	高松市春日町960番地 TEL.087-841-2225 FAX.045-841-7158
150	徳島文理大学短期大学部	770-8514	徳島市山城町西浜傍示180 TEL.088-602-8518 FAX.088-602-8781

コード	学校名	〒	住所・電話番号・FAX番号
108	四国医療工学専門学校	780-0823	高知市菜園場町7－13 TEL.088-882-3000 FAX.088-882-7755
199	龍馬看護ふくし専門学校	780-0056	高知市北本町1－5－3 TEL.088-825-1800 FAX.088-875-5811
157	土佐情報経理専門学校	780-0901	高知市上町1－3－6 TEL.088-872-0111 FAX.088-872-0129
109	河原パティシエ・医療・観光専門学校	790-0012	松山市湊町3－5－1 TEL.089-987-7577 FAX.089-931-8659
144	河原医療大学校	790-0005	松山市花園町3－6 TEL.089-915-5355 FAX.089-915-8801
176	四国医療技術専門学校	790-0808	松山市若草町6－1 TEL.089-932-4600 FAX.089-932-7330
170	河原ITビジネス専門学校	792-0812	新居浜市坂井町1－9－23 TEL.0897-34-9555 FAX.0897-34-6009

【九州・沖縄】

コード	学校名	〒	住所・電話番号・FAX番号
110	製菓・医療九州ビジネス専門学校	803-0811	北九州市小倉北区大門2－2－16 TEL.093-561-6162 FAX.093-561-6142
180	大原医療福祉製菓専門学校小倉校	802-0002	北九州市小倉北区京町3－9－20 TEL.093-551-0820 FAX.093-551-1227
184	専門学校共生館国際福祉医療カレッジ	830-0033	久留米市天神町3－82－2 TEL.0942-38-0200 FAX.0942-38-2878
187	ILPお茶の水医療福祉専門学校	810-0041	福岡市中央区大名1－9－51 TEL.092-731-7421 FAX.092-731-7422
119	福岡医療秘書福祉専門学校	812-0013	福岡市博多区博多駅東1－16－22 TEL.092-481-3354 FAX.092-474-3015
120	麻生医療福祉専門学校 福岡校	812-0016	福岡市博多区博多駅南2－12－29 TEL.092-415-2294 FAX.092-415-0051
121	福岡医健専門学校	812-0032	福岡市博多区石城町7－30 TEL.092-262-2119 FAX.092-262-8615
181	大原保育医療福祉専門学校福岡校	812-0026	福岡市博多区上川端町13－19 TEL.092-271-2942 FAX.092-262-1620
123	長崎医療こども専門学校	850-0057	長崎市大黒町2－3 TEL.095-893-8900 FAX.095-893-8938
124	専門学校メトロ総合ビジネスカレッジ	850-0862	長崎市出島町5－3 メトロビル TEL.095-811-1166 FAX.095-811-1144
191	九州医学技術専門学校	852-8053	長崎市葉山1－28－32 TEL.095-856-2120 FAX.095-857-1592
169	西日本教育医療専門学校	862-0911	熊本市健軍3－50－21 TEL.096-331-3301 FAX.096-331-3302
128	九州技術教育専門学校	868-0006	人吉市駒井田町216－12 TEL.0966-22-3412 FAX.0966-25-1400
129	大分医療事務専門学校	870-0838	大分市桜ヶ丘5－2 TEL.097-545-7205 FAX.097-514-1128
186	楊志館高等学校	870-0839	大分市桜ヶ丘7－8 TEL.097-543-6711 FAX.097-543-4516
183	大原医療介護福祉専門学校 大分校	870-0839	大分市金池南1－2－24 TEL.097-574-6568 FAX.097-574-6569

コード	学校名	〒	住所・電話番号・FAX番号
130	宮崎情報ビジネス医療専門学校	880-0806	宮崎市広島2－10－21 TEL.0985-22-1030 FAX.0985-22-0651
131	宮崎ブライダル＆医療専門学校	880-0812	宮崎市高千穂通2－4－37 TEL.0985-20-3667 FAX.0985-27-2526
132	都城コアカレッジ	885-0006	都城市吉尾町77－8 TEL.0986-38-4811 FAX.0986-38-4810
133	宮崎医療管理専門学校	889-1701	宮崎市田野町甲1556－1 TEL.0985-86-2271 FAX.0985-86-2273
190	宮崎医療福祉専門学校	881-0004	西都市清水1000番地 TEL.0983-42-1010 FAX.0983-43-3015
134	南九州メディカルスタッフ専門学校	890-0054	鹿児島市荒田1－27－1 TEL.099-250-7111 FAX.099-250-8105
135	鹿児島キャリアデザイン専門学校	891-0141	鹿児島市谷山中央2－4173 TEL.099-267-2411 FAX.099-260-1681
149	鹿児島情報ビジネス公務員専門学校	892-0842	鹿児島市東千石町19－32 TEL.099-223-8400 FAX.099-223-6139
185	奄美看護福祉専門学校	894-0771	奄美市名瀬大字小湊外金久338－2 TEL.0997-54-9111 FAX.0997-54-9270
136	沖縄情報経理専門学校那覇校	900-0012	那覇市泊2－1－8 TEL.098-862-3719 FAX.098-862-6695
138	大育情報ビジネス専門学校	902-0066	那覇市大道77 TEL.098-885-5311 FAX.098-886-2432
140	沖縄情報経理専門学校	904-0014	沖縄市仲宗根町8－11 TEL.098-938-3719 FAX.098-938-0905
141	海邦電子ビジネス専門学校	904-2245	うるま市赤道360－2 TEL.098-973-3839 FAX.098-974-2220
142	沖縄情報経理専門学校名護校	905-0006	名護市宇茂佐915－11 TEL.0980-52-5612 FAX.0980-52-5612

【賛助会員校】　（順不同）

コード	学校名	〒	住所・電話番号・FAX番号
221	株式会社 建帛社	112-0011	文京区千石4－2－15 TEL.03-3944-2611 FAX.03-3946-4377
222	株式会社 日本アイデックス	171-0014	豊島区池袋2－65－18 池袋WESTビル2階 TEL.03-5960-7302 FAX.03-5960-7308
223	ケアアンドコミュニケーション ㈱	170-0005	豊島区南大塚3－41－3 日写協ビル3階 TEL.03-5979-5411 FAX.03-5979-5422
226	キャリアスクール・ソフトキャンパス弘前校	036-8182	弘前市土手町38 下土手スカイパークビル2階 TEL.0172-33-9565 FAX.0172-39-1838
227	株式会社 神戸医療事務センター	670-0964	姫路市豊沢町156 姫路アドバンスビル3F TEL.0792-84-8340 FAX.0792-84-8348
229	キャリアスクール・ソフトキャンパス仙台校	980-0811	仙台市青葉区一番町3－6－1 一番町平和ビル4F TEL.022-726-7075 FAX.022-215-3105
230	株式会社 滋慶出版 つちや書店	100-0014	千代田区永田町2－4－11－4F TEL.03-6205-7865 FAX.03-3593-2088
232	キャリアスクール・ソフトキャンパス青森校	030-0845	青森市緑3丁目9－2 サンロード青森3階 TEL.017-773-6655 FAX.017-773-4599
234	キャリアスクール・ソフトキャンパス新宿校	151-0053	渋谷区代々木2－13－5 KT新宿ビル10階 TEL.03-6276-7455 FAX.03-6276-7457
235	キャリアスクール・ソフトキャンパス八戸校	031-0041	八戸市廿三日町39 ビナクルビル2階 TEL.0178-24-7852 FAX.0178-24-0243
237	日本クリニカルコーディング協会	131-0043	墨田区立花1－4－20－102 TEL.03-3618-7988 FAX.03-3618-7999

原稿の募集と採否

(1) 原稿は原則として未発表のもの、並びに他誌に発表されていないオリジナルなものに限る。
(2) 原稿の内容は医療秘書関連教育、福祉関連教育、およびその関連領域のものとし、原稿の種類は原著、総説、事例報告、調査報告、研究発表などとする。
(3) 投稿者は全員会員校の教職員とする。ただし編集委員会がとくに認めたものは、この限りではない。
(4) 原稿は当誌投稿規定に準拠したものとする。
(5) 原稿の採否は編集委員会で決定する。
(6) 各分野の専門家の協力を得て、編集委員会の査読によって加筆、修正を求める場合がある。

投稿規定

(1) 原稿は A4 判 400 字詰め左横書きとし、文章は口語体で簡潔に、当用漢字、現代かなづかいに従い、句読点を正確に打ち、改行を明確にすること。 また、数字は算用数字を用い、ＣＧＳ単位とする。
(2) 原稿には表題、執筆者名、所属機関の名称とその所在地を明記し、200 字以内の要旨および 3 つ程度のキーワードをつけること。
(3) 原稿は word を使用し，A4 判の白紙に 20（字）×20（行）とし、行間をあけて印字すること。電子媒体も必ず添付すること。
(4) 原稿の長さは図、表、写真、文献を含んで原著、総説は 32 枚以内、事例報告、調査報告、研究発表は 16 枚以内を原則とする。
(5) 図、表、写真は 1 枚につき、原稿用紙 1 枚分に数える。それぞれに番号を付け、A4 判原稿用紙または同大の台紙に貼り、原稿の末尾にまとめて添付すること。また挿入箇所を原稿の欄外に明記すること。
(6) 文献は本文中の引用番号順に並べ、雑誌の場合、略号は日本医学図書協会編、日本医学雑誌略名表、および Index Medicus に従って記述すること。
雑誌の場合は引用番号、著者名、題名、雑誌名、巻、号、頁、西暦年号の順とする。
単行本の場合は引用番号、著者名、題名、書名、版数、引用頁、発行社、発行地、西暦年号の順とする。
(7) 校正については、初校のみを著者校正とし、校正に際しては原則として文章の書きかえ、図・表の移動などは認めない。
(8) 掲載済みの原稿等は原則として返却しない。
(9) 別冊は 20 部までは無料とする。これ以上は有料とし 50 部単位で受け付ける。
(10) 本誌に掲載後の論文の著作権は、当協議会に帰属するものとし、他誌への投稿は原則として認められない。

【原稿送付先】
〒134-0084 東京都江戸川区東葛西 6-7-5　滋慶ビル 2F
一般社団法人　医療秘書教育全国協議会
Tel：03-5675-7077　Fax：03-5675-7078
E-mail：info@medical-secretary.jp

編集後記

医療秘書教育全国協議会発足以来、会長職として長年にわたりご指導をいただいた日野原重明先生が永眠されました。穏やかな笑顔で、何事にも即座に的確なアドバイスをいただいた姿が偲ばれます。謹んで哀悼と感謝の意を表したいと思います。

さて、今年も余すところ僅かとなりましたが、医療秘書教育全協誌第１７巻を無事刊行する運びとなりました。ご協力をいただきました各先生方に感謝申し上げます。

最初に、中村健壽先生の「医療秘書とは何か」と題する教育講演から、医療秘書の歴史的背景をはじめ様々な視点で医療秘書の形態に触れながら、高度化、多様化する医療現場における医療秘書の確立、研究に対する示唆に富んだお話をいただきました。

また、2018 年の医療・介護報酬の同時改定を目前に控え、澤田安誠先生の「地域包括ケアシステムの実際」と本協議会石本良之事務局長の「2018 年医療・介護大改革」と題する教員研修会講演の要約を掲載させていただきました。

澤田安誠先生の講演では、地域包括ケアシステムの背景や課題などについて、詳細な解説をいただき、その上で医療秘書は介護関連情報を共有すれば医療と介護の連携の潤滑油になり得るので、ぜひ意識して学んでほしいとのご示唆をいただきました。

石本事務局長からは、基礎知識研修として、地域包括システムや医療・介護報酬同時改定に関する概要、キーワードについて解説いただきました。

西川由美子先生のご講演では、平成 20 年の導入以来、医師事務作業補助者は着実に評価されてきているが、さらに教育体制の整備や資格化、業務の標準化などを進め、病院組織にとって必要不可欠な存在と言われるよう、今後とも努力を続ける必要があるとの提言をいただきました。

野口孝之先生の医事コンピュータ技能検定試験対策では、準１級でＤＰＣレセプトの作成が新たな審査基準として定められたほか、各級での見直しについて解説されていますので、今後の教育計画の参考にしていただければ幸いです。

本誌の制作にあたり、ご協力を賜りました各先生方には改めて感謝申し上げます。また、医療関係・教育関係の皆様方には、今後とも一層のご指導、ご鞭撻をお願いするとともに、ご意見など賜れば幸いに存じます。本誌制作にご協力いただいた編集委員諸氏に御礼申し上げ編集後記といたします。

藤野　裕

医療秘書教育全協誌
National Association of Medical Secretary Education

第 17 巻 第 1 号(Vol.17 No.1 2017.11)
平成 29 年 11 月 30 日発行

発行責任者　浮舟　邦彦
編集委員長　藤野　裕
編集委員　鈴木　嘉孝、野田　雅司、瀧本　美也、丹野　清美
河村　和恵、石本　良之、毎田　綾子
発行所　一般社団法人 医療秘書教育全国協議会
134-0084　東京都江戸川区東葛西 6-7-5 滋慶ビル 2F
TEL：03-5675-7077　FAX：03-5675-7078
E-Mail：info@medical-secretary.jp
http://www.medical-secretary.jp
印刷所　株式会社英揮ビジネス
〒160-0023　東京都新宿区西新宿 7-18-5
中央第 7 西新宿ビル 3 階
TEL：03-3366-9611　FAX：03-3366-9616

新 医療秘書実務シリーズ（全6巻）

医療秘書教育全国協議会　編

●検定ガイドライン完全準拠のテキストシリーズ。作問委員・検定委員が執筆・編集。
●第７次医療法改正までの最新動向と知見でリニューアル。

1 改訂 **医療秘書** B5判／144頁 定価（本体2,000円＋税）
2 **病院のマネジメント** B5判／200頁 定価（本体2,400円＋税）
3 改訂 **医療情報管理** B5判／120頁 定価（本体1,900円＋税）
4 改訂 **医療関連法規** B5判／224頁 定価（本体2,500円＋税）
5 改訂 **医療用語** B5判／136頁 定価（本体2,000円＋税）
6 **ＤＰＣの基礎** B5判／120頁 定価（本体1,900円＋税）

新 医療秘書医学シリーズ（全6巻）

医療秘書教育全国協議会　編

●検定ガイドラインに完全準拠！　最新動向を踏まえ，シリーズ全面リニューアル。
●医学・医療・薬理にかかわる内容を簡潔明瞭に解説。

1 **医療概論** B5判／136頁 定価（本体2,000円＋税）
2 **基礎医学** B5判／128頁 定価（本体1,900円＋税）
3 **臨床医学Ⅰ−内科** B5判／128頁 定価（本体1,900円＋税）
4 **臨床医学Ⅱ−外科** B5判／136頁 定価（本体2,000円＋税）
5 **検査・薬理学** B5判／168頁 定価（本体2,200円＋税）
6 **患者・看護論** B5判／144頁 定価（本体2,000円＋税）

医事コンピュータ技能検定テキスト（全3巻）

医療秘書教育全国協議会　編

医療事務〔第2版〕 B5判／144頁　定価（本体2,200円＋税）
改訂 **医事コンピュータ関連知識** B5判／168頁　定価（本体2,500円＋税）
医事コンピュータ実技 B5判／152頁　定価（本体2,100円＋税）

福祉事務管理技能検定テキスト（全4巻）

医療秘書教育全国協議会　監修

1 改訂 **社会保障・社会福祉論** B5判／120頁　定価（本体2,200円＋税）
2 **老人・障害者の医学と心理** B5判／184頁　定価（本体2,200円＋税）
3 **介護の基礎** B5判／136頁　定価（本体2,100円＋税）
4 **介護保険制度〔第2版〕** B5判／104頁（別冊24頁付）　定価（本体2,300円＋税）

病院経営のイノベーション

堺　常雄・髙橋淑郎　編著　B5判／240頁　定価（本体4,800円＋税）

▶安定した病院・医療経営を目指すための論点を整理し，成功事例から経営改革の道筋を探る。
▶コスト意識を強く持ち，バランストスコアカードを利用し，病院経営の「見える化」をはかる。

医療の現場で働くすべての方，必読の一冊！▶▶▶

建帛社 KENPAKUSHA
〒112-0011　東京都文京区千石４−２−15
TEL：03-3944-2611　FAX：03-3946-4377　http://www.kenpakusha.co.jp/

医療秘書 技能検定 実問題集 2018年度版

医療秘書教育全国協議会 編

2018年 4月上旬 刊行予定

医療秘書としての
知識と技能を評価する医療秘書技能検定の、
唯一の公式過去問題集です。

３級・２級ともに、①には「**医療秘書実務・医療関連知識**」関連の過去問、②には「**医療事務**」関連の過去問を収録。

最新の2017年11月試験分まで
過去問5回分
（第55回～第59回）
＋
解答・解説

※表紙ビジュアルは2017年度版。
2018年度版はデザイン変更予定。

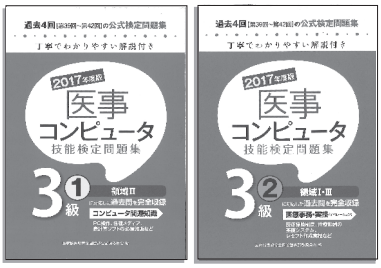
Ｂ５判・１色刷り
定価 1,512 円
（本体 1,400 円＋税）

医事コンピュータ技能検定 問題集 2018年度版

医療秘書教育全国協議会 編

2018年 4月上旬 刊行予定

医療事務と医事コンピュータの
知識およびオペレーション技能を評価する検定の、
唯一の公式過去問題集です。



最新の2017年11月試験分まで
過去問4回分
（第41回～第44回）
＋ 解答解説

①では「**コンピュータ関連知識**」関連の過去問、
②では「**医療事務**」「**実技（オペレーション）**」関連の過去問を収録。

※表紙ビジュアルは2017年度版。
2018年度版はデザイン変更予定。

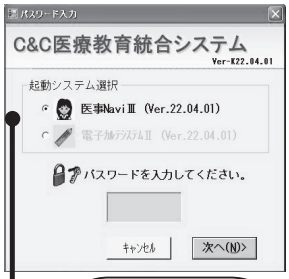
Ｂ５判・１色刷り
定価 1,728円
（本体 1,600円＋税）

つちや書店
http://tuchiyago.co.jp
お問合せ先　〒100-0014　東京都千代田区永田町 2-4-11
☎(03)6205-7865　FAX(03)3593-2088
E-mail：shop@tuchiyago.co.jp

「C&C 医療教育統合システム」の概要

医事 Navi ・ DPC ・ 電子カルテシステム を統合パッケージ化！

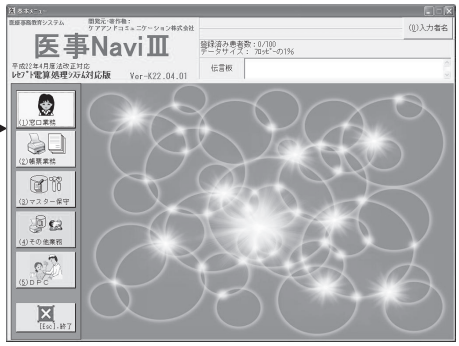
＜開発の趣旨＞・・・*本システムは下記の時代要請に応えます！コストパフォーマンスにも対応！*



起動時に使用ソフトを選択

- 国策として推進される医療IT化。とりわけ電子カルテの普及に拍車がかかっており、医療現場からもその人材育成を望む声が高まっています。
- 平成20年4月に医科診療報酬点数改正において、「医師事務作業補助体制加算」が新設され、医師事務作業補助者の存在が高く評価されるようになってきました。教育においても医師事務作業補助者の養成が課題とされるところとなっています（特に電子カルテ代行入力、文書代行入力）。
- DPC対象病院は、約 2000 病院を数え（準備病院を含む）、全体に対するレセプト処理件数もかなりの割合を占めるところとなっており、教育の必要レベルに到達した感にあります。

医事NaviⅢ



【医事コンピュータシステム】

●レセプト電算処理システム仕様に対応

・標準マスター使用（診療行為、医薬品、特定保険医療材料、傷病名等）

●上記による検定試験時の更新作業軽減化

【DPC ソフト】・・・下記演習用に活用

●包括評価部分の算定演習

●DPC用レセプトの作成演習

・医事 NaviⅢ入院入力済みデータとの連動使用

C&C 電子カルテシステムⅡ

【電子カルテシステム】・・・下記入力等が行えます！

●診療所外来、病院外来・入院

●＜外来・入院に関連する入力＞

・SOAP 形式による電子カルテ作成

・処方、検査等のオーダリング

・代行入力

・文書作成　　など

●＜入院に関連する入力＞

・病床 map を起点とした各種入力操作

・定時、臨時の処方等操作　　など

●サーバーを使ったグループ演習（役割分担入力）

CARE & COMMUNICATION

開発・販売元　　ケアアンドコミュニケーション株式会社

〒170-0005　東京都豊島区南大塚 3-41-3　日写協ビル３F

TEL.03-5979-5411　FAX.03-5979-5422　　http://www.candc.cc/

医療・福祉分野の英語を学び、対人援助のスペシャリストを目指す！

福祉英語検定試験 Social Workers' Essential English Test

グローバル化の波は着実にあらゆる分野に押し寄せてきており、医療・福祉分野においても、例外ではなくなってきています。

英語は、医療・福祉の分野においても公用語です。海外の施設や大学への訪問・留学、および国外の医療機関・福祉施設での勤務に必要な言語は英語です。とりわけ、対人援助に携わる人は、「言葉の力」の大切さを認識する必要があります。文化の違いに対応できて、英語コミュニケーション能力を備えている人材が求められています。

本検定試験は、医療・福祉分野に特化した英語試験として開発されており、対人援助職として求められる英語力の認定を行います。

福祉英語検定試験の試験日程　冬季実施日：平成29年12月3日（日）

SWEET

Social Workers' Essential English Test

福祉に従事している人や、福祉分野で学習している学生のための英語スキル測定テストです。

1. テスト時間…3級／80分 ・4級／60分
2. テスト内容…専門語彙・文法・口語表現・読解 ※詳細は下の表を参照してください。
3. 成績評価…合格者には、福祉英語検定合格証が与えられます。

3級

《合格者の英語スキル》

福祉分野の英語の基礎的な知識を有している。
海外の福祉施設の短期訪問に必要な知識と専門用語が理解できる。

《テスト内容》

セクション1	【リスニング】Listening 福祉・介護分野の絵・写真を見ながらリスニングを聞き器具や情景描写の正しい英語表現を選択します。	【例題】 What position is shown in the picture? 1. The prone lying position. 2. The supine lying position. 3. Fowler's position.* 4. The side lying position.
セクション2	【文法・口語表現】Correct Expression 福祉・介護分野の絵・写真を見ながら、器具や情景描写の正しい英語表現を選択します。	【例題】 What position is shown in the picture? 1. The prone lying position. 2. The supine lying position. 3. Fowler's position.* 4. The side lying position.
セクション3	【専門語彙】Technical Knowledge 福祉用語に関する問題が日本語または英語で出題されます。適切な英語表現を選びます。	【例題】 What does "QOL" stand for? 1. Quality of Living. 2. Quality of Life.* 3. Question of Life. 4. Quality of Labor.
セクション4	【読解】Technical Reading 福祉に関する文章を読み、その内容を把握しているかを問います。 （出題される英文の種類） ・ホームページ ・広告、案内文 ・ジャーナル、作業日誌	【例題】 次の文章を読んで、設問に答えてください。 Social work is a rewarding profession for the right person. If you like people and care about the future of the society, social work may be the profession for you. How does the author describe social work? 1. As a useless profession. 2. As an unfamiliar job. 3. As a valuable profession. * 4. As a well-paid job by the government.

4級

《合格者の英語スキル》

福祉分野の英語の初歩的な知識を有している。
福祉分野の基礎知識と専門用語が理解できる。

《テスト内容》

セクション1	【リスニング】Listening 福祉・介護分野の絵・写真を見ながらリスニングを聞き器具や情景描写の正しい英語表現を選択します。	【例題】 "_____ wheelchairs are there in the room?" 1. How often 2. How much 3. How long 4. How many*
セクション2	【文法・口語表現】Correct Expression 福祉・介護分野の絵・写真を見ながら、器具や情景描写の正しい英語表現を選択します。	【例題】 What is this? 1. A thermometer.* 2. A bandage. 3. An aspirin. 4. A stethoscope.
セクション3	【専門語彙】Technical Knowledge 福祉用語に関する問題が日本語または英語で出題されます。適切な英語表現を選びます。	【例題】 社会福祉士を英語で何と表現しますか。 1. A doctor. 2. A nurse. 3. A patient. 4. A social worker.*

※各セクションの出題形式は、予告なく変更される場合があります。

【出題分野】

●社会福祉分野　●健康福祉分野　●介護福祉分野　●医療福祉分野
●精神保健福祉分野　●児童福祉分野　●ホームヘルパー分野（福祉領域のみ）

※2級、（準）1級は、現在開発中

検定試験、対策教材についてのお問い合わせ

SWEET SOCIAL WORKERS' ESSENTIAL ENGLISH TEST

NPO法人　医療・福祉英語検定協会
〒107-0052
東京都港区赤坂2-2-19　アドレスビル 2F
TEL: 03-3568-3576 / FAX: 03-3568-3696
ホームページ： http://www.fukushi-eigo.org

医療・福祉の検定試験

試験日　年２回　６月・１１月

➢医療秘書技能検定試験≪　（１級、準１級、２級、３級）

試験内容	領域Ⅰ：医療秘書実務、医療機関の組織・運営、医療関連法規 領域Ⅱ：医学的基礎知識、医療関連知識 領域Ⅲ：医療事務

➢医事コンピュータ技能検定試験≪　（準１級、２級、３級）

試験内容	領域Ⅰ：医療事務 領域Ⅱ：コンピュータ関連知識 領域Ⅲ：実技（オペレーション）

➢電子カルテ実技検定試験≪

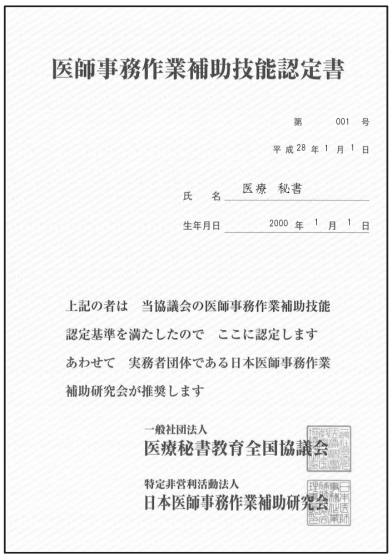
試験内容	実技（オペレーション）

➢福祉事務管理技能検定試験≪　（２級、３級）

試験内容	領域Ⅰ：社会保障、社会福祉制度 領域Ⅱ：老人・障害者の医学と心理、介護の基礎 領域Ⅲ：介護保険制度、介護報酬請求事務

～医師事務作業補助技能認定～

医療秘書技能検定試験準１級以上の合格
医事コンピュータ技能検定試験２級以上の合格
電子カルテ実技検定の合格


医師事務作業補助技能認定書

第　001　号

平成28年1月1日

氏　名　医療　秘書

生年月日　2000年1月1日

上記の者は　当協議会の医師事務作業補助技能
認定基準を満たしたので　ここに認定します
あわせて　実務者団体である日本医師事務作業
補助研究会が推奨します

一般社団法人
医療秘書教育全国協議会

特定非営利活動法人
日本医師事務作業補助研究会

お問合わせ先	一般社団法人 医療秘書教育全国協議会 〒134-0084 東京都江戸川区東葛西 6-7-5　滋慶ビル２F TEL：03-5675-7077　FAX：03-5675-7078 E-Mail：info@medical-secretary.jp ※来年度の予定は１２月中旬ごろ医療秘書教育全国協議会のホームページにて掲載いたしますので、詳細についてはこちらをご覧ください。 http://www.medical-secretary.jp （一般社団法人医療秘書教育全国協議会ホームページ）