

CONTENTS

巻 頭 言

会長職を拝命して医療秘書の未来を想う・・・・・・・・・・1
一般社団法人医療秘書教育全国協議会 会長
一般財団法人日本医療秘書学会 学会長
医療法人美脳 札幌美しが丘脳神経外科病院 顧問
NPO 法人 日本医師事務作業補助研究会 顧問
佐藤 秀次

学術大会長講演

コロナ時代の医療秘書の未来像
～感染症と人類はどう闘ってきたかを振り返り、
未来を展望する～・・・・・・3
藤田医科大学 医療科学部 臨床工学科 准教授
酒井 一由

事 例 報 告

新型コロナウイルス感染症と医療現場・・・・・・・・・・13
千葉県済生会習志野病院 事務次長
全国医事研究会 理事
石井 仁

研修会報告

コロナウイルス感染症とその対策について・・・・・・・・・・21
一般財団法人日本医療秘書学会 評議員
鈴木 隆一郎

研修会報告

我が国の医療提供体制～戦後医療の温故知新～・・・・・・35
有限会社メディカル・サポート・システムズ 代表取締役
細谷 邦夫

研修会報告

「施設基準管理士」養成の必要性・・・・・・・・・・49
一般社団法人日本施設基準管理士協会 代表理事
田中 利男

研修会報告

- 医事コンピュータ技能検定試験領域Ⅱ
コンピュータ関連知識の指導法・・・・・・・・・・55
学校法人筑波研究学園 理事
筑波研究学園専門学校 学校長
野口 孝之

研修会報告

- 医療・福祉関連法規の指導法・・・・・・・・・・67
埼玉女子短期大学 講師
医療秘書検定領域Ⅰ 検定委員
安部 正美

検定試験案内

- 各検定試験の審査基準・・・・・・・・・・73
一般社団法人医療秘書教育全国協議会

- 第67回医療秘書技能検定試験問題2級・・・・・・・・77
一般社団法人医療秘書教育全国協議会

- 会員校名簿・・・・・・・・・・90

学会案内

- 日本医療秘書学会第19回学術大会開催概要・・・・・・・・97
一般財団法人日本医療秘書学会 事務局

- 医療秘書教育全協誌投稿規定・・・・・・・・・・98

- 編集後記・・・・・・・・・・99
編集委員長 丹野 清美

会長職を拝命して医療秘書の未来を想う



佐藤 秀次

Profile

一般社団法人
医療秘書教育全国協議会
会長
一般財団法人
日本医療秘書学会
学会長
医療法人美脳
札幌美しが丘脳神経外科病院
顧問
NPO 法人
日本医師事務作業補助研究会
顧問

世界を席卷した covid19 の pandemic は、万全と思われた我が国の医療に危機的状況をもたらしました。この危機の中で、医療秘書は他の医療職と協働して、コロナ収束へ向けて戦っています。医療秘書は既に、チーム医療に不可欠な職種として医療の一翼を担っているのです。また、2024 年 4 月施行の「医師の働き方改革関連法」では、タスクシフトの受け皿として医療秘書に大きな期待が寄せられています。深化する少子高齢化社会へ向けて医療提供体制の再構築はこれからも進められますが、その中に医療秘書がしっかりと組み込まれたことは医療秘書の未来にとって画期的なことです。故日野原重明先生を会長に当協議会が 1988 年の設立以来、教育・研修システムをアップデートしながら、今までに 40 万有余の医療秘書を世に輩出してきた活動が今日の医療秘書発展の礎と推察します。

未来が明るい医療秘書ですが、解決すべき課題が少なくありません。私が重視するのは雇用です。医療秘書は未だ非常勤が多く、身分が安定しないのが悩みです。医療秘書が職の継続に不安なくキャリアを積むためには、なによりも「雇用の安定」が必要です。医療秘書は医師など専門職同様に専門知識やスキルをブラッシュアップしていかなければなりません。非正規雇用では、モチベーションを維持することが困難という医療秘書の悲痛な訴えを しばしば耳にします。

私は、2011 年設立の「特定非営利活動法人 日本医師事務作業補助研究会」の顧問を務めてきました。その目的は、全国の医療秘書が知識とスキルを高め、親睦を深め合う交流の「場と機会」を継続的に提供し、身分と生活の安定化と自立的成長を可能にする職能団体の設立などです。専門学校を巣立った医療秘書の卵が安心して勉強し、働き続けられる社会にしていけることが私どもの使命と心得ます。

この度、岩崎 榮前会長の後任を務めることになりましたが、もとより微力・浅学の身ですので、当協議会と医療秘書のさらなる発展のために皆様のご指導とご協力を切にお願いする次第です。

コロナ時代の医療秘書の未来像

～感染症と人類はどう闘ってきたか振り返り、未来を展望する～

酒井 一由

日本医療秘書学会第 18 回学術大会 (2021 年 2 月 21 日) における大会長講演の要約を、日本医療秘書学会会誌『Medical Secretary vol.18 No.1』より酒井一由先生の許可を得て転載します。

キーワード 医師事務作業補助者

『コロナ時代の医療秘書の未来像』 ～感染症と人類はどう闘ってきたか 振り返り、未来を展望する～

藤田医科大学 医療科学部臨床工学科
准教授 酒井 一由



本日の講演

1. 新型コロナとは？
2. 感染症との戦いの歴史 (感染症の視点から)
3. 歴史の流れの中で (大きな視点から)
4. 新型コロナで医療現場はどう変わったか？
5. どのような人材が求められるか？
6. 医療秘書へ望むこと



第 18 回 医療秘書学会 学術大会 大会長
講演を始めさせていただきます。

テーマは、『コロナ時代の医療秘書の未来像』
～感染症と人類はどう闘ってきたか振り返り、
未来を展望する～という題で、感染症と闘って
きた人類の歴史について 振り返りながら、人
類の英知の素晴らしさを感じていただいた上で、
今後、医療現場の変化、医療秘書のも求められる
姿について考えてみたいと思います。

藤田医科大学
医療科学部臨床工学科
准教授

1. 新型コロナとは

新型コロナウイルスについて復習しておき
ましょう。

コロナウィルスの由来は、なんでしょうか。
ウィルスのサイズはとても小さく、肉眼や一般
的な顕微鏡では見ることはできません。そのた
め、ウィルスを見るためには電子顕微鏡という
特殊な機器を使います。コロナウイルスは、表
面に約 20nm の特徴的な突起があり、ウィルス粒
子表面の「突起」が太陽の「コロナ」に見える
から、「(コロナ)」という名前が付けられたそう
です。

2002 年 11 月に発生した重症急性呼吸器症候群（SARS）や 2012 年に発症した中東呼吸器症候群（MERS）の仲間です。2019 年に中国の武漢で最初に報告され、現在「世界的パンデミック」となっています。8 割は無症状か軽度症状とされるが、重症化して死亡する例も存在します。

新型コロナウイルスは、原因ウイルス SARS（重症急性呼吸器症候群）を引き起こすウイルス（SARS-CoV）の姉妹種であるとして「SARS-CoV-2 と名付けていられました。このウイルスによって生じる疾病の名前が COVID-19（俗称：新型コロナ感染症）です。

感染経路は主に飛沫感染と接触感染です。これにつきましては後述します。感染力は SARS よりも高いと考えられています。世界の感染者数が 7000 万人を突破しています。死亡者数は 2020 年 12 月現在、159.5 万人です。

症状は、肺炎症状を主徴とし、発熱や呼吸困難を呈し、重症例では、肺炎、急性呼吸器症候群、腎不全、の後、死亡します。有効なワクチンや治療薬は現時点ではありません。治癒後も、倦怠感、気分の落ち込み、思考力の低下、頭痛、息苦しさなど多くの後遺症に悩まされている人がおおいと報告されています。

ただ、日本人の死者数は 1 月 11 日現在で、4 1 1 5 人で、世界でも最も少ない部類に入ります。人口 100 万人あたりの死亡率は 1 2 人で欧米の 50 分の 1 です。

この理由ははっきりとはしていませんが、最新の研究で日本人の多くは、新型コロナウイルスに似た病原性の低いコロナウイルスの風邪に感染していることがわかってきました。この抗体が悪化を防いでいるのでないのかという説があります。

また、マスクをすることにより、少しずつウイルスに暴露されるので、重症化を防いでいる

という論文もあります。日本人の多くがマスクをしていること、衛生意識の高いことが功を奏していると考えられます。

「感染症法」では、症状の重さや病原体の感染力などから、感染症を一類～五類の 5 種の感染症と指定感染症、新感染症の 7 種類に分類しています。さらに 2008 年 5 月の改正により、新たに「新型インフルエンザ等感染症」が追加されました。感染症の種類により医療機関の対処法も異なり、それぞれの危険度に対応した対策を可能としています。新型コロナ感染症は感染症法に基づく分類では、結核、SARS などと同じ 2 類に分類され、感染力や罹患した場合の重篤性などに基づく 総合的な観点からみた危険性が高い感染症とされています。無症状患者への適応、入院勧告、就業制限などが求められます。

コロナウイルスの感染経路は、ヒトからヒトに感染します。現時点では、動物からの感染、動物への感染は報告されていません。非接触伝播として、感染者のくしゃみや咳により、ウイルスが多量の飛沫やエアロゾルとして放出され、それを吸い込んだヒトが感染します。加えて、10 月には米国疾病対策センター CDC が初めて空気感染（airborne transmission）を新型コロナの感染経路の一つとして認めました。空気感染は、空气中を数分から数時間にわたって浮遊する、ウイルスを含む小さな飛沫や粒子を吸い込む感染経路であり、したがって発生源から 2 メートル以上離れた場所にいる人が感染する場合もあります。これまでに閉鎖空間において空気感染が疑われた事例は国内外で複数報告されています。いずれも人との距離を保つソーシャル・ディスタンスや、人に近づいて会話をするときにマスクを着用するユニバーサル・マスキングが実施されていない（あるいは実施が不十分な）状況で発生していることに注意が必要です。その他、病原体に汚染されたものを介

する接触感染もします。環境表面やモノに触れた際にウィルスが付着した手を口、鼻、眼に触れることで感染することはおこり得ますが、頻度としては低いとされています。

結論としては、これまで通り、3密空間を避けて換気を図る、近くにいる人の顔に向けて飛沫を飛ばさない、手を洗う（ただしやりすぎない）といった基本的な対策を続けることが大事です。

ここで、細菌とウィルスの違いについて、復習してみたいと思います。ウィルスは人の細胞の中で増殖します。つまり、ウィルスは自分自身では増えることができないわけです。細胞内にいるわけですから、ウィルスに対しては劇的に効く抗ウィルス薬はありません。感染している宿主が死んでしまえば、自分も生きていけないので、ウィルス自身も困るわけです。生き延びるために、遺伝子変異を繰り返しており、これが変異型といわれています。

細菌、ウィルスによって起こされる障害の違いはなんでしょうか。細菌は、細胞の外で増殖します。細菌自身のだす毒素によって人に傷害をおこします。細菌は、自分の体内の白血球による食食作用、ペニシリンなどの抗生物質によって殺すことができます。ウィルスは、感染した個体の細胞内で増殖します。ウィルスだけでは、増殖することができません。自分で増殖できないので、生物と無生物の間のような存在です。ではなぜ、ウィルスによって人間が死んでしまうかというと、ウィルス感染細胞を除こうとする人間自身の免疫反応による炎症により、臓器に傷害が起こります。

例えば、コロナであれば―肺炎、肝炎ウィルスであれば―肝炎などです。この炎症がひどくなることにより、人は死んでしまいます。最近のコロナの治療では、ステロイドホルモンなどの抗炎症薬の投与により、この炎症を抑え、死

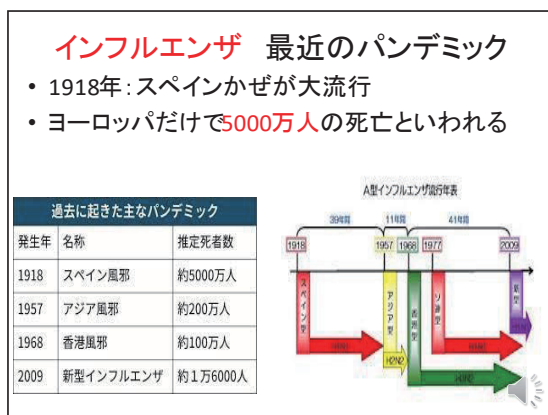
亡率が減少しており、少しずつ対応策がわかりつつあります。

2. 感染症との戦いの歴史（感染症の観点から）

人類はどんな感染症と戦ってきたのでしょうか。

人類が生まれて以来、ペスト、天然痘、コレラ、結核など、多くの感染症によって 多くの人が亡くなっています。

これらの感染症に対抗できるようになったのは、本当に最近のことです。18 世紀のジェンナーによる牛痘の接種に始まり、19 世紀の病原菌の発見、20 世紀はフレミングによるペニシリンの発見で急速に感染症による死亡者数は減少しました。私たちは、本当に幸せな時代に生きているわけです。過去の感染症の例をいくつか紹介したいと思います。



近年では、1918 年にスペインかぜと言われたインフルエンザが大流行しました。ヨーロッパだけで全人口の 4 分の 1～3 分の 1 にあたる 5000 万人の死亡といわれます。日本でも 38 万人が亡くなったと言われています。当時、第一次世界大戦中でしたが、戦争による死亡者数は 1600 万人と推計され、戦争より多くの方がインフルエンザにより死亡しています。この流行により、男子が減り、戦争が早く終わったという説もあります。それ以降も、変異型がアジア風

邪、香港風邪、新型インフルエンザと名称を変えて流行しています。1918 年のインフルエンザ「スペインかぜ」は、パンデミックによる大きな被害と、隔離やソーシャル・ディスタンスの有効性を示す事例として、今日でも引き合いに出されています。世界を席卷したあと、このインフルエンザは徐々に消えていき、毎年あらわれるような、弱いインフルエンザに変わっていききました。しかし、インフルエンザが怖いのは、予防注射があまり効かないことです。去年のインフルエンザに対抗するワクチンを作って予防注射します。ところが、去年のインフルエンザの DNA が、今年はまた組み変わっています。風邪に効くワクチンはありません。遺伝子が組み変わっていきますので、去年のインフルエンザに対して今年に入って、注射をしても何の効き目也没有ありません。今年のインフルエンザは、また形が違います。だから、気休めに注射しているだけかもしれません。ただ未だに、これだけ医学が進歩しているときに風邪に効くワクチンも、インフルエンザに効くワクチン也没有ありません。これからインフルエンザが薬に対して、どんどん形を変えていくでしょう。これは、非常に怖い世界だと思います。それに合わせるように、また新たなワクチンを作らなくてはならないのですが、そのワクチンが効かないのです。

私は「風邪に対する薬がない」「ワクチンを作っても効かない」と何十年も聞いています。最近では、日本のように医療が発展している所は、インフルエンザで風邪になっても、若い人はあまり死にません。しかし、お年寄り（官僚が作った言葉で言うと、後期高齢者、私が作った言葉では末期高齢者 — 私もしばらくすると、末期に入らせていただきますが —）たちが、バタバタと亡くなっていくわけです。要は、抵抗力がなくなっているのです。そしてウィルスが強くなっています。だから、これは非常に怖い

話です。

ペスト 伝染病の恐怖

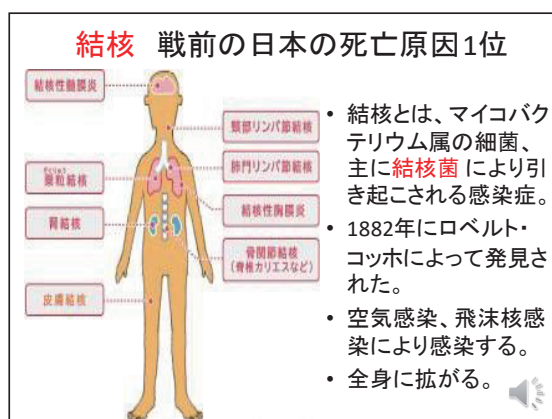
- 14世紀:ヨーロッパで「黒死病」と呼ばれるペスト大流行
- ヨーロッパだけで**全人口の4分の1~3分の1にあたる2500万人の死亡**したといわれる



ペストは、14 世紀、ヨーロッパで「黒死病」と呼ばれ、ヨーロッパだけで 2500 万人が死亡したといわれています。ペストの死亡率は少なくとも 90 パーセント、普通 100 パーセント、かかったら死ぬ。それも 3 日で死ぬものでした。ペストにかかると、脱水状態を起こしまして、下痢を起こし、鼻や口から液体が出ていく。すなわち、水分がなくなっていくわけです。水分がなくなっていく私たちの身体というのは、ミイラ状態になっていきます。身体の水がないので血流が悪くなります。それで、だんだんと身体が黒くなっていき、いわゆる、乾いた状態になっていきます。そんな現象が人間の身体で起こり、皆、怖くて逃げだします。しかし、傍で見ている人も感染します。

そして自らも感染していくことになります。水は飲まなければいけないし、水で洗濯しなければいけません、水は絶対、人間は触りますが、その水が汚染されています。これでヨーロッパの人口が 10 年間で 3 分の 1 に減少しました。すなわち、死屍累々の世界です。当時の人々の恐怖は、想像を絶しています。過去 2000 年の間に、何度かペストが流行し、何百万人もが死亡して、歴史の流れが変わりました。ペストが流行する度に、恐怖が増幅されていきました。ペストは、ネズミに寄生したノミが持つ「ペスト菌」に感

染することで引き起こされます。しかし、感染した人の飛沫を通じてほかの人にもうつすため、単にネズミを駆除するだけでは病気を撲滅することはできません。1855年に中国で始まって世界中に広がった流行は大きなもので、インドだけで1200万人以上が死亡しました。ボンベイ（現ムンバイ）の保健当局は、ペストを撲滅しようと、地域を丸ごと焼き払うことまでしました。寒さのために病気を媒介するノミが死滅したと考える学者もありますが、ペストがどのようにして終息したのかは明らかではありません。



結核とは、マイコバクテリウム属の細菌、主に結核菌により引き起こされる感染症です。明治時代から昭和20年代までの長い間、「国民病」「亡国病」と恐れられました。皆さん、よくご存じの明治の幕末の風雲児・高杉晋作や、新撰組 沖田総司は血を吐いて結核で亡くなりました。石川啄木・樋口一葉・正岡子規・滝廉太郎などの多くの文化人も結核で亡くなりました。しかし、今でも1万人を超える患者が報告されており、結核がなくなったわけではありません。現在、日本の結核の感染率は人口1万人に対して14.4人です。ほかの先進国、例えばアメリカと比べると、アメリカの2014年の感染率は1万人あたり2.8人です。日本では桁違いに結核にかかる人が多いのです。これは、何かお

かしいです。皆さんもツベルクリン反応の接種を受けて、結核感染の有無を確認しているのではないのでしょうか。結核は—肺だけでなく、全身に拡がっていきます。背骨にできるのが「脊椎カリエス」です。次に腎臓（腎結核）が多く見られます。腎結核は膀胱などを巻き込むこともよくあります。このほか結核は喉頭、腸、腹膜、また眼や耳、皮膚、生殖器にまで拡がることもあります。

天然痘 ワクチンの始まり

- 天然痘は、天然痘ウイルスを病原体とする感染症の一つである。疱瘡（ほうそう）痘瘡（とうそう）ともいう。
- ヒトに対して非常に強い感染力を持ち、全身に膿疱を生ずる。仮に治癒しても痕（一般的にあばたと呼ぶ）を残す。
- 致死率が平均で約20%から50%と非常に高い。
- エドワード・ジェンナーが1796年、8歳の少年に牛痘の膿を接種させた後に天然痘の膿を接種させ、発病しないことを突き止めた。
- 天然痘は人類史上初めてにして、唯一根絶に成功した人類に有害な感染症である（2020年現在）。

これらの感染症に対し、人類の戦いをいくつか見てみましょう。天然痘は、天然痘ウイルスを病原体とする感染症の一つです。疱瘡（ほうそう）、痘瘡（とうそう）ともいいます。ヒトに対して非常に強い感染力を持ち、全身に膿疱を生じ、仮に治癒しても痕（一般的にあばたと呼ぶ）を残します。致死率が平均で約20%から50%と非常に高いです。患者が出ると、その人が亡くなる前に生き埋めにしたりということもあったそうです。怖いのはなしですが、アメリカ大陸にずっと住んでいたインディアンの部族を殺すのに、連邦政府は「お前たち、寒いだろう」と毛布を渡しました。ところが一見優しさのように思えるその毛布には、天然痘ウイルスが摺り込まれていたのです。もちろんインディアンは免疫ゼロですから、バタバタと死んで絶滅した部族もあります。それほど病原菌は怖いので

す。すなわち今で言う、連邦政府による病原菌テロに天然痘ウィルスが使われたわけです。

エドワード・ジェンナー が 1796 年、8 歳の少年に牛痘の膿を接種させた後に天然痘の膿を接種させ、発病しないことを突き止めました。天然痘は人類史上初めてにして、唯一根絶に成功した人類に有害な感染症です。このワクチンの手法の確立により、多くのウィルス疾患の予防が可能になりました。コロナウィルスもまもなくワクチン接種が開始され、その効果が期待されています。

抗生物質の発見

- ・ **アレクサンダー・フレミング** が 1928 年にアオカビから見付けた **ペニシリン** が世界初の抗生物質である。
- ・ いったん実用化されたのちは **ストレプトマイシン** などの抗生物質を用いた **抗菌薬** が次々と開発され、**人類の医療に革命をもたらした。**



結核などの細菌感染症は、抗生物質の発見により、劇的に減少しました。アレクサンダー・フレミングが 1928 年にアオカビから見付けたペニシリンが世界初の抗生物質です。1928 年、フレミングは研究対象である黄色ブドウ球菌を培養していたペトリ皿を廃棄しようとしていた時、カビが混入していることに気が付きました。またカビのコロニー（カビが増殖して塊を形成しているもの）の周りに黄色ブドウ球菌が増殖していないことに気が付きました。そこでフレミングはカビが産生する物質に黄色ブドウ球菌を殺菌する作用のあることを発見し、カビの学名に因んでペニシリンと命名したのでした。通常、細菌学者は目的外の微生物を同時に培養すること（コンタミネーションと呼びます）は、

無菌技術が未熟であることを示すことであり恥と覚えることが一般的です。したがって、コンタミネーションを見つけたらすぐに滅菌して廃棄するのが普通なのです。serendipity とは予期しないものを発見することをいいますが、まさにペニシリンの発見がそれにあたります。ペニシリンの発見から実用化までの間には 10 年もの歳月を要しました。しかし、いったん実用化されたのちはストレプトマイシンなどの抗生物質を用いた抗菌薬が次々と開発され、細菌感染症の医療に革命をもたらしました。

3. 歴史の流れの中で（大きな視点から）

感染症の歴史に加えて、人類の歴史の大まかな流れをみてみたいと思います。

縄文時代、弥生時代は、平均寿命は 20 数年と言われ、生きていくだけで精一杯の時代でした。ちょっとした感染症で死んでいた時代でした。

平安、鎌倉、江戸時代は、国としての形が整ってきましたが、この時代はあくまで、君主のため、家のために生きた時代でした。平均寿命もようやく 40 歳代まで延びてきました。医学は、漢方医学が中心で、多くの人が苦しんで死んでいたと想像できます。

明治、大正、昭和の前半は 富国強兵 戦争の時代でした。戦いによっても多くの人が死んでいきました。国家のために生きた時代でした。

戦争が終わり、平和な時代が到来しましたが、お父さんは 朝から晩まで働きづめ、モーレツ社員という言葉も生まれました。そのおかげで、経済成長することができ、豊かな日本ができました。しかし、お父さんの居場所は会社にしかなく、家庭では、粗大ゴミといわれてしまいました。会社のために生きた時代でした。

令和の時代は、どうでしょうか？コロナが蔓延したことにより、おうち時間が増えました。

お父さんもイクメンという言葉が生まれ、育児に関わり、家族の大切さが再認識されています。家族の暖かさをもとめ、婚活する人も増えていると聞きました。令和はまさに 家族の時代 優しさの時代ではないでしょうか。

新型コロナで医療現場はどう変わったか

- 新型コロナの感染拡大によって若い人も高齢者も**あまり病院に行かなくなりました**。子どもを抱えた親御さんも感染症のリスクを重く見ており、**小児科の外来は激減**しています。
- さらに高齢者もなんだかんだ外出しなくなったので、骨折などの怪我が減り、不要不急で病院の待合室に長い時間たむろするということもなくなりました。
- 結果として、日本の医療機関で小規模の診療所などは特に**経営危機**が叫ばれています。

4. 新型コロナで医療現場はどう変わったか？

今回の新型コロナウィルスの流行の最大の特徴は、感染予防のため接触を減らすことが求められ、大きく社会を変えつつあることです。

新型コロナで医療現場はどう変わっているのでしょうか。新型コロナの感染拡大によって若い人も高齢者もあまり病院に行かなくなりました。子どもを抱えた親御さんも感染症のリスクを重く見ており、小児科の外来は激減しています。さらに高齢者も外出しなくなったので、骨折などの怪我が減り、不要不急で病院の待合室に長い時間滞在するということもなくなりました。結果として、日本の医療機関で小規模の診療所などは特に経営危機が叫ばれています。

新型コロナで医療現場はどう変わったか

- **遠隔診療の推進**→正確な診断は？
- **AI技術の進歩**→医療スタッフの仕事を奪う？
- **職員間 宴会の中止、雑談の減少**→**コミュニケーション不足**

- 職員へのケアの変化
- オンライン会議の活用



その他、医療側からみた視点で、現場でどのような変化があったのでしょうか。遠隔診療の推進が確実に増加しつつあります。コロナ渦に加えて、パソコン、スマホの普及で、今後ますます増加することは間違いなさそうです。しかし、直接患者さんを見ずに正しい診断ができるのかという不安もあります。AI 技術の進歩により、癌の早期発見、診断はより精度があがってくるでしょう。医師のみならず、医療スタッフの技術の向上に大きく寄与してくれるものと思います。ただ、医療スタッフの仕事を奪ってしまう可能性もあります。職員間では、宴会の中止、雑談の減少により、スタッフ間のコミュニケーション不足が生じています。新人は職員の和に入りにくく、また、コロナ対策による忙しさも加わってコミュニケーション不足に拍車をかけています。

また一方では、職員へのケアの変化もあります。働き方改革などもあり、一部では、有休がとりやすくなったり、オンライン会議の活用で、無駄な時間の削減にもつながっています。このように医療界全体も激変期にあります。

多くの不安があります

- 患者さん数は減るのか？
 - 感染対策はどうすればいいか？
 - 心理面の補足（職員側、患者側）
 - 患者満足度向上はどうすればいいか？
 - 安全安心をどう見える化するか？
-
- 医療施設ごとに解決していなくてはならない。→医療秘書の役割は大きい



これらの変化に伴い、医療現場の皆さんには、おそらく多くの不安があると思います。患者さん数は減るのか。感染対策はどうすればいいか。心理面の補足（職員側、患者側）はどうすればいいか。患者満足度向上はどうすればいいか。安全安心をどう見える化するか。など数えたらきりがありません。医療施設ごとに解決していなくてはならないのですが、どれも医療秘書が関与し、大きく寄与できる分野が多いと思います。

どのような人材が求められるか？

- コミュニケーション能力
- 高度な技術・知識
- 「優しさ」を持った人が必要



5. どのような人材が求められるか？

このような状況で、どのような人材が求められるのでしょうか。アフターコロナにおいてもコミュニケーション能力が重要と考えます。コロナによって、職員同士のコミュニケーションが希薄となるので、よい人間関係を構築していくためには新しいコミュニケーション能力が必

要になります。患者さん、医師、看護師、メディカルスタッフ すべてと関わりをもつ唯一の職種は、医療秘書ではないでしょうか。この機会を活かして、職場のコミュニケーション不足を補う中心的な存在になることができる職種こそ医療秘書と考えます。

次に、より高度な技術・知識をもっていることがあることが挙げられます。AIが発達してくると人間は頭をつかわなくなるのでしょうか。決してそうではありません。AIといえども言われたことしかできません。AIに負けない技術、知識を持ち、柔軟な発想のできる人がますます求められてくるでしょう。医療事務の分野においては将来、おそらく、レセプトは完全自動化され、医師、看護師の入力がそのまま、レセプトにつながるのではないかと予想できます。

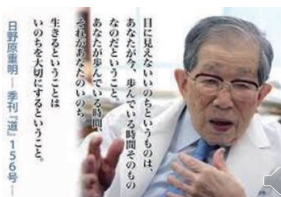
仕事がなくなるのではなく、新しい仕事を考えることができると挑戦していきましょう。ここでもコミュニケーション能力が大いに役立つと思います。

しかし、なんと言っても重要なキーワードは、「優しさ」を持った人でないでしょうか。これは、先ほど述べた時代の流れともとてもマッチしています。この優しさのキーワードを考える時、医療秘書学会 初代会長 日野原先生のお言葉は、とても参考になります。

日野原先生のお言葉をお示します



- ・病む人の喜びを私の喜びにしよう
- ・病む人の悲しみを私の悲しみにしよう
- ・病む人から与えられる鍵で私たちの心の扉を開こう



ご視聴ありがとうございました。



「病む人から与えられる鍵で私たちの心の扉を開こう」の意味は、何だと思われますか？ 私は、患者さんの言葉の一言一句に耳を傾け、それによって、自己の成長をしていきましょうということだと解釈しています。いろいろな患者さんが見えます。確かに、わがままな方もおられます。そのときの応対で、自分の価値がきまるのではないのでしょうか。

- ・ Disease 人類を襲った30の病魔 Mary Dobson著 小林 力訳 医学書院(2010)
- ・ まんが医学の歴史 茂木 保 医学書院(2008)
- ・ NHKカルチャーラジオ 人は人をどう癒やしてきたか 医学の歴史物語 盛岡恭彦 NHK出版(2015)
- ・ 生きかた上手 日野原重明 ユーリーグ(2001)
- ・ 命の使い方 日野原重明 小学館(2012)

新型コロナウイルス感染症と医療現場

石井 仁

新型コロナウイルス感染症拡大の中、医療機関がどのような対応をしてきたのか、また医療事務がどのように関わってきたのか紹介していきます。

キーワード 新型コロナウイルス感染症、総務課、

新型コロナウイルスが中国武漢で発生してから、2年の月日が経とうとしています。

私たち医療従事者はさまざまな対応を行ってきました。もちろん医療従事者だけではなく、厚生労働省をはじめとして、地域保健所、行政・・・さまざまな人々、組織が新型コロナウイルスと戦ってきました。

本稿執筆時は9月までの第5波がウソのように日々の新規感染者数が急激に減少している状況です。この急減少がワクチンの効果によるものなのかは、まだしばらくの調査時間が必要でしょう。

さて、今回は当院における新型コロナウイルス感染症への対応を備忘録を兼ねて、ご紹介させていただければと思います。

当院の概要

当院は、千葉県北西部にある習志野市で医療を行っています。習志野市および千葉県北西部は東京駅までJRで30分圏内という立地から、

千葉県内においても新型コロナウイルス感染者数は常に多く、重症者も一時期かなりの数が見られました。

病床数は400床、診療科は27を数え、地域の2次救急および地域医療支援病院、災害拠点病院として日々医療提供を行っております。なお、感染症指定医療機関ではありません。

感染者数の推移

資料1：感染者数の推移



出典：NHKホームページより

Profile

千葉県済生会習志野病院

事務次長

全国医事研究会 理事

資料1のグラフをご参照いただきたい。すでにみなさん見慣れたグラフでもあり、第5波については、過去最大の感染者を数えた。さらに第1波から第2波、第3波とその波が大きくなっているのが特徴です。

■発生から第2波

発生とされる2019年12月にこのような状況を生むと危機感を抱いていたのは、一部の感染症に精通する方々のみであったと思われる。当然当院も特に対策を講じることなく年明けを迎えました。

その後徐々に感染者数は増加に転じ、ついに令和2年3月13日新型コロナウイルス対策の特別措置法が参議院本会議で採決が行われ、賛成多数で可決・成立し、法律の施行に合わせ、新型インフルエンザ対策の特別措置法の対象に、「新型コロナウイルス感染症」が追加されました。

その後、同年3月25日に東京オリンピック延期決定し、最初の緊急事態宣言が、同年4月7日東京、神奈川、埼玉、千葉、大阪、兵庫、福岡の7都府県に発出。その後4月16日には全国に拡大（5月25日までで段階的に解除）

世の中の変化としては、

- ・施設の利用制限
- ・生活に最低限必要な施設を除き全面休業
- ・教育機関、保育施設等の休業
- ・保育園から大学までほとんどが休業
- ・テレワークの推進
- ・多くの企業が在宅勤務を命じ、オンライン会議システムの普及がはじまる

●当院のcovidへの対応決定方法

このような中、当院では、まず院内感染を防ぐ内向きの対策と、患者対応という外向きの2点の対応を行った。対応に先立って、「covid会

議」という会議体を設置し、週1回から2回（感染者数により変動）開催した。なお、本日にいたる毎週開催を継続しています。covidに関するすべての方針等はこの会議で検討、決定されていきます。

参考

covid会議：週2回（火・金）朝8時15分より開催。メンバーは、病院長、副院長、呼吸器内科部長、内科部長、外科部長、麻酔科部長、看護部長、薬剤部長、事務部長、事務次長、医事課長、放射線科長、リハビリ科長、外来師長、当該病棟師長、臨床検査科等

資料2：covid会議



●病院の基本方針

- ・基本方針の決定

院長より以下の方針が職員へ通達されました。今考えるとこの病院トップからの打ち出しは非常に重要で効果的であったと思われます。

- ①職員（家族）を感染させない
- ②院内感染を出さない
- ③感染症陽性患者の受け入れ、帰国者接触者外来については継続して行う
- ④旅行・飲食を伴う会合への参加見合わせ
これらを踏まえてすべての対応を考えていくことになります。

・コロナ専用病棟の設置

専用病棟は、一般病棟の一つを転用する形で受け入れという形になりました。入院している一般患者さんを他病棟へ転棟していただき、そこから感染対策物の設置、ゾーニング、急変時の対応など協議を重ねました。特に職員の感染につながるとされていた、防護着等の脱着については、入念に何度も繰り返しながら訓練を重ねました。

その結果、令和2年4月11日から10床を一般の扱いにて受け入れを開始いたしました。その後しばらくは、一般入院患者数が減少していたため、通常稼働していた病棟の1病棟をコロナ専用病棟として運用していましたが、通常の入院患者数が戻りつつあったことと、第2波を迎え、急激な感染者数の増加からより閉鎖的な空間がふさわしいという考え、さらに一般診療を平行して行っていく考えから、令和2年8月3日より休床していた産科病棟をコロナ専用病棟へ変更し、扱いはHCUとしました。

これに一番苦労したのは看護部長をはじめとした看護部の皆さんです。従前は通常稼働していた病棟を専用病棟にただけでしたので、看護師の配置に問題はありません。ただ休床病棟をオープンとなれば、看護師確保が必要です。各病棟から希望者を募りコロナ専用病床への異動を行いました。その結果全病棟でギリギリの看護配置での運用となりました。ほんの少し看護職員数に余裕があったからできたことで、やはり地域医療を担う医療機関では経営上非常に厳しいですが、気持ちだけでも余裕のある人員配置が必須であると感じました。

●発熱患者対応

感染症患者を院内へフリーパスで入れないよう正面玄関に「発熱ブース」を設置し、常時、看護師、事務員を配置することとし、熱のある

患者、咳などの症状のある患者を対応しました。

資料3：発熱ブース



また、外来受付時間中については、正面玄関に検温担当を配置しました。

●職員（家族）を感染させない

職員間の感染は、院内感染そして、クラスターの発生につながるため、以下のような対策を行いました。

・勤務の在り方

緊急事態宣言が出た影響もあり、外来患者数の減少、予定手術の延期に伴う入院患者数の減少もあり、勤務調整ができる職員については、積極的な休暇の取得の推奨が打ち出されました。

なお、この休暇については、本人の有給休暇を使用せず、すべて特別休暇として処理を行い、全額給与を保障しました。これは、政府の雇用調整助成金を活用して財源を確保しました。参考までに雇用調整助成金については、本日（R3.10.15）現在、令和3年11月30日まで継続されています。（R3.10.14に岸田文雄首相からR4.3.31まで延長する旨の発言がありました）参照：厚生労働省 HP

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/koyou/kyufukin/pageL07.html

・その他の特別休暇

業務調整の特別休暇以外には以下の特別休暇を定めました。

休校・休業対応

保育園とはじめとした教育機関の休校・休業のため自宅にて育児等を行う保護者を支援するための休暇についても給与保障としました。本休暇については、新型コロナウイルス感染症による小学校休業等対応助成金・支援金を活用しました。本助成金は令和3年3月31日にて終了しましたが、その後令和3年8月1日から12月31日の期間において再開されています。

参照：厚生労働省 HP

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_20912.html

●体調不良者への対応（以下すべて特別休暇対象とする）

- ・発熱等がある職員について ICT が作成した基準に従い一定期間を自宅待機
- ・体調不良時、無理をせず自宅待機とする（現在は各自の年次有給休暇にて対応）
- ・37.5℃以上の発熱については、解熱後48時間は自宅待機
- ・本人が新型コロナウイルス陽性となった場合は保健所および ICT の指示により出勤可とする
- ・家族が新型コロナウイルス陽性となった場合は、家族が軽快してから14日を経過して出勤可とする（新型コロナウイルスワクチン2回接種済の者は10日とする）

●総務課での対応

私の管理部署である総務課は、人事、庶務等を行う部署になります。当課での対応は以下のように行いました。

まず排除しなければいけなかったのは、考え

方です。

医療機関としては、目の前の患者がいることで仕事が成り立つところから、『仕事＝登院』という、当院ありきの考えがあります。当たり前と言ったら当然です。

しかし、視点をずらすといいますか、常識にとらわれないという発想が必要でした。私たちは事務職しかも総務人事という医事課などとはいどちらかと言えば、前面に出ることが少ない業務です。

そこで、本当にすべての職員の出勤が必ず必要なのかを改めて考えました。

→その日の出勤職員数はなにを根拠としている？

→必要最小限の出勤職員数は何人なのか？

この他にもいろいろと視点はあると思います。

たとえば、医事課やその他医師をはじめとした医療職は、

→患者数が少なくても多くても同じ出勤職員数が必要なのか？

→手術、検査が少なくても多くても同じ出勤職員数が必要なのか？
などです。

では、実際に総務課における出勤職員数のコントロールは可能なのかと言えば、「YES!」ということになります。その上で必要なことは、「一つの仕事を抱え込まず、チームおよび複数人で対応できるようにする。」

極論はこの1点に尽きると思います。従前の総務課では、給与、社会保険、労災、採用、発令・・・多くが個人業務として行ってきました。

そこで総務課内を2チームにわけて出勤数を大幅に削減しました。

実際、1回目の緊急事態宣言が解除されるまで、交互に出勤を行い、特に大きな問題がでることはありませんでした。

資料4：総務課の臨時運用

出勤日数、ローテーション

基本的に総務課内をAチームとBチームのスタッフ固定の2チーム制出勤日については、

第1週目

Aチーム：月、水、金 Bチーム：火、木

第2週目

Aチーム：火、木 Bチーム：月、水、金 以降繰り返し

このようにすることで、仮にAチームに感染者が出ても、Bチームが業務を継続することが可能

ただし、業務都合によりAチームの出勤日にBチームメンバーが出勤するような人が交じる可能性があり、その場合は、同一の部屋ではなく、別部屋にて業務を行う等配慮を行った。

資料5-1 医事課における業務縮小計画

①入院系の縮小

病棟担当制を中止し、退院会計は次回外来予定者は振り込み（コンビニ支払い可）もしくは次回来院時支払い等の対応に移行し半分以上の人員で対応

②外来会計系の縮小

退院会計と同様におこない、最少人数の配置対応

③外来受付の縮小

原則、通常通りの運用予定であるが来院患者数等により調整予定

6

●感染症BCPの作成

当院は、災害拠点病院として、有事（地震、大規模災害）が発生した場合、継続的な医療体制を盛り込んだBCPの策定はされていたが、感染症に対してのBCPは整備されていませんでした。そこで、急遽当院ICTチームと総務課において感染症に対するBCP作成に着手しました。たとえば、事務部門総務課におけるBCPは、先述の内容が網羅されています。さらに、医事課についても出勤職員数に応じ業務を定めています。総務課との大きな違いとすれば、医事課はシフト制を導入しているため、2ヶ月前から年次有給休暇や振替休日などが決まっているため、急遽シフト変更すると問題が発生する可能性があります。

■第3波を迎えて

令和2年11月からの第3波では、それまでの感染者数増加が異なりかなりのハイペースで増加していました。

●発熱ブース

当時当然と言えば当然なのですが、感染者数の急激な増加に発熱ブースでの対応に限界が生じ始めました。時にはあふれかえってしまい、発熱している患者さんのそばを他の患者さんがニアミスしてしまうような状況下になり、発熱ブースを正面玄関脇から違う場所への設置を余儀なくされました。

そこで導線は少し悪くなりますが、病院本棟裏側に当たる場所への検討がなされました。裏側には、倉庫棟とよばれる1階が災害備蓄品等を置くスペース、2階が休憩室という決して、大きい建物ではありませんが、急遽1階の災害備蓄品を置くスペースの一角に簡易診察室を作りました。ただ問題点は、患者の待合場所がないことでした。当初発熱ブースで使用していたテントを移設するつもりでしたが、テントは運動会で使用されるようなものでしたので、風の通り道であること、冬に向かって北風が強くなることを考えると危険が生じる可能性があります。

資料5：医事課BCPの一部

医事課における人員計画

今後、感染症に対して、地域における感染パンデミック、院内感染等もしくは大規模災害が起きた場合に備え、以下の対応を検討中

①入院系の縮小

②外来会計系の縮小

③外来受付の縮小

①～③は感染規模等により順に実施予定

実際の災害時にも適応可能

5

そこで、アメリカ製のシェルターシステムを導入することにしました。

風速は 30m/h、一定の積雪にも耐えられ、陰圧および HEPA フィルターによる清浄、エアコンも装備されています。これであれば発熱患者さんの待合に使えと考えました。

ただし難点がありました。陰圧をかけられるテント・・・すなわち気密性を保つために構造が複雑でテントの立ち上げがかなり難しいことがあります。通常の災害時であれば陰圧はあまり関係なく、雨、風、暑さ、寒さがしのげればかまいませんが、感染症だけにしっかり設営しなければなりません。業者の方の指導を何回も受け男性事務員で組み立て訓練を行いました。

資料6：災害テント



資料6-1：災害テントと診察場所



こちらは、現在も設営して利用しています。

●検温

当初は正面玄関だけ、事務員が配置し検温を行ってきましたが、長期にわたり、人手の確保や、救急外来の入り口、職員通用口でも検温の必要性が求められ、人での対応に限界が生じました。そこで、サーモグラフィーを設置することにしました。

今では、お店をはじめいろいろな所で様々な種類のサーモグラフィーが設置されていますが、当初は種類もあまりなく、かつ品薄ということもあり、在庫がありすぐ納品できるというものを採用しました。機能的には、高熱（高温）のアラートも細かく設定できて、警報音を鳴らすこともできましたが、まわりの患者さんの眼もあるため、「温度が高すぎます」という声だけの対応としました。またマスクをしないで機械の前に立つと、「マスクを着用してください」と言った警告もあり、十分機能を果たしていると考えます。

設置は以下の場所です。

- ・正面玄関：4台
- ・救急外来：1台
- ・職員通用口：2台

これらをスタッフで賄うのは限界ですので、購入の対価は十分にあったと考えます。

■第4波以降の対応

第4波、第5波と感染患者数、重症者の増加により、発熱外来、救急外来、コロナ専用病棟はかなりの激務となりました。その中で唯一の希望と思える、ワクチン接種が始まりました。

●新型コロナウイルスワクチン接種

習志野市からディープフリーザーが優先的に配置され、次に習志野市に配置されるまで当院が実質管理を習志野市と共同でおこないました。

・職員への接種

令和3年3月11日から2週間で第1回目を行い、4月1日から2週間で第2回目の接種を行いました。その後習志野市医師会、歯科医師会、薬剤師会、老人保健施設の職員、習志野市役所職員、習志野市消防職員等々の接種も一部ではありますが、受け入れました。

ワクチンを1本たりとも無駄にしないように医事課、総務課主体でキャンセル対応、そしてキャンセルへの接種者補充を繰り返す日々が今も続いています。

資料7：新型コロナウイルスワクチン

POINT 1・・・接種日希望制

事前接種による副反応情報から、勤務体制に影響を及ぼすことが想定されるため、2週間という期間の余裕に合わせ、各部署内でシフトコントロールができるような配慮のもと、希望日を申請してもらった。

POINT 2・・・接種調整員

限られたワクチンの数から、1本たりとも無駄にできないため日々5の倍数（途中から6の倍数）で接種人数を調整するため原則事務部職員にて対応した。

POINT 3・・・アセトアミノフェン（カロナール500の処方職員のみ）

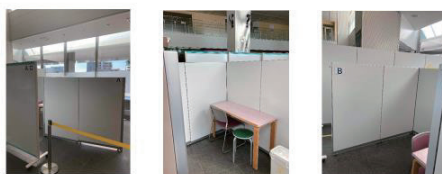
2回目接種については、医師の間診時に希望者に対し、解熱剤の処方を行った。（薬剤料は病院負担）

・かかりつけ患者等への接種

当院では、医療従事者等の接種が終了した段階から、高齢者、一般と接種を行っています。通常診療を行いながらの接種ということと、接種後15分以上の経過観察時間があり、接種後の待機場所の問題、そして開始当初はワクチンの流通もあったため、1日30人からスタートとしました。現在は72人程度の予約枠で実施しております。

接種場所については、病院1階ロビーの一角に接種ブースを2か所設置しました。

資料7-1：ワクチン接種ブース



待機場所は外来会計待合を共有する形とするほか術がなく、外来会計が多少落ち着く15時から17時での接種としました。

■様々な支援

今回新型コロナウイルスへの対応には様々な補助金、助成金がありました。先述のような人件費にかかわる助成金のほか、当院では、下記の補助金、助成金を使用しました。

・医療機関・薬局等における感染拡大防止等の支援

・新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金

・救急・周産期・小児医療機関への支援

・医療資格者等の労災給付の上乗せを行う医療機関等への補助

・更なる病床確保のための新型コロナ患者の入院受入医療機関への緊急支援

・新型コロナ患者等を受け入れるための病床確保の補助（病床確保料）

現在、さまざまな意見がでているものも含まれますが、少なくとも当院については、感染対策上、病棟にある病室をすべて使用することはできませんし、感染対策にもかなりの費用がかかりますので、経営上非常に支えになっています。

また、それだけでなく、近隣の方や飲食店の方からは、おいしいお食事などの寄付もいただき、中には、フードトラックで活動されている方々が直接病院までお越しいただいてあたたかいお食事も提供していただき、お金には代えられない暖かいご支援も多数頂戴しました。

資料8：あたたかいご支援



■さいごに

いまだ感染者がゼロにならない新型コロナウイルスですが、今回の教訓をいかに今後生かしていくかが重要と思います。

また、いかに状況に対応していくかという経験は、災害時への取り組みにもいろいろ当てはめていくことができると思います。

まだまだ予断が許さず先が見通せませんが、いつの日かマスクなしで街を歩ける日がくることを祈りつつ絶え間なく医療を提供していきます。

コロナウイルス感染症とその対策について

鈴木 隆一郎

医療秘書教育全国協議会が毎年開催する教員研修会、2021年8月開催分の講演記録です。

[スライドと講演原稿は2021年8月6日付けで作成しました。この様に括弧内に記述した部分は、全協誌に掲載するために、2021年10月20日校正時に加筆しました。]

キーワード ウイルス、新型コロナウイルス、感染症対策

コロナウイルス感染症とその対策について

鈴木隆一郎



1. ウイルス (virus) とは? (そしてコロナウイルスとは?)

2. 新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) とは?

3. 新型コロナウイルス感染症対策とは?

1. ウイルス (virus) とは? (そしてコロナウイルスとは?)

1.1. ウイルスは超小さい

ウイルスは「けしの実」大

ウイルスの大きさ ほぼ $0.1 \mu\text{m} = 100 \text{ nm}$ 程度

$1 \text{ m} = 1,000 \text{ mm}$ (ミリメートル)

$1 \text{ mm} = 1,000 \mu\text{m}$ (マイクロメートル)

$1 \mu\text{m} = 1,000 \text{ nm}$ (ナノメートル)

ヒトの大きさ (日本人) 身長 ほぼ 1.65 m 程度 細胞数 ほぼ37兆個 前後

ヒトの髪の毛の太さ ほぼ $0.08 \text{ mm} = 80 \mu\text{m}$ 程度 (肉眼で見えるほぼ限界)

ヒトの体細胞の大きさ ほぼ $10 \mu\text{m} \sim 20 \mu\text{m}$ 程度

細菌 (bacteria) の大きさ ほぼ $1 \mu\text{m} \sim 5 \mu\text{m}$ 程度

ヒトの体細胞を「あんパン」の大きさに拡大すると

今日はコロナウイルス感染症とその対策についてお話します。

去年の春先から、このスライドで見えるような図をいろいろ見せられてきたと思います。

これから 1. ウイルス (virus) とは? (そしてコロナウイルスとは?)、2. 新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) とは?、3. 新型コロナウイルス感染症対策とは? と3つのセクションに分けてお話をさせていただきます。

Profile

1962年 大阪大学医学部卒業
医師
(一財) 日本医療秘書学会
評議員

まず、ウイルスの大きさは超小さいと申し上げます。これは、ほぼ $0.1 \mu\text{m} = 100 \text{ nm}$ 程度です。ご存じの通り、 $1 \text{ m} = 1,000 \text{ mm}$ (ミリメートル)、 $1 \text{ mm} = 1,000 \mu\text{m}$ (マイクロメートル)、 $1 \mu\text{m} = 1,000 \text{ nm}$ (ナノメートル) のように千刻みで名前がついています。ご参考までに申し上げますと人間の大きさは、日本人の場合ですが、身長はほぼ 1.65 m 程度、このごろのみなさんはもっと大きいかもしれません。全体の細胞数はほぼ 37 兆個前後です。ヒトの髪の毛の太さは、ほぼ $0.08 \text{ mm} = 80 \mu\text{m}$ 程度ですが、これは肉眼で見えるほぼ限界とされており、ヒトの体細胞の大きさは、ほぼ $10 \mu\text{m} \sim 20 \mu\text{m}$ 程度、細菌 (bacteria) の大きさ

は、ほぼ $1\text{ }\mu\text{m} \sim 5\text{ }\mu\text{m}$ 程度ですが、これでもウイルスよりだいぶ大きいですね。10 倍以上あります。イメージとしては、ヒトの体細胞を「あんパン」の大きさに拡大すると、ウイルスは「けしの実」程度の大きさになります。

1.2. ウイルスは生物か？

ウイルスは超小さいために、遺伝情報が膜を被っているだけで、その他を持つ余地がない。従って、蛋白合成する仕組みを持っていないので、自分で自分を複製して増殖することができない。自分で自分を複製して増殖することができないものは「生物」ではない。だが、「無生物」でもない。

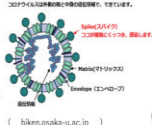
ウイルスは「生物」の細胞に入り込み、蛋白合成する仕組みを借りて、自分を複製して増殖する。入り込まれた生物を「宿主」、入り込まれたことを「感染」という。

「生物」か否かについて疑問が残るので、「生きている」「死んだ」とは言わない。

感染できるうちは「活性がある」「活性化している」と言う。

感染できなくなると「失活した」「不活性化した」と言う。

コロナウイルスは、膜が「スパイク」「マトリックス」「エンベロープ」と言う 3 種類の蛋白で構成されている。スパイク蛋白で宿主の細胞の受容体にくっついて入り込む。



(biken.osaka-u.ac.jp)

ウイルスは一体どんな生き物でしょうか？との疑問があります。ウイルスは超小さいために、遺伝情報が膜を被っているだけで、その他を持つ余地がありません。右下に図がありますけれども、中身がスカスカに書いているのが問題でして、本当はここがパンパンに詰まっております。そのため、蛋白合成する仕組みを持っていないので、自分で自分を複製して増殖することができないのです。自分で自分を複製して増殖することができないものは「生物」ではありません。だが、「無生物」でもありません。ではなんだかというと、「ウイルス」と言うしかありません。ウイルスは「生物」の細胞に入り込み、蛋白合成する仕組みを借りて、自分を複製して増殖します。

入り込まれた生物を「宿主」と言います。入り込まれたことを「感染」と言います。「生物」か否かについては疑問が残るので、ウイルスについては「生きている」「死んだ」と言う言葉は使わなくなっています。感染できるうちは「活性がある」「活性化している」と言い、感

染できなくなると「失活した」「不活性化した」と言います。「生きている」とか「死んでいる」と言う言葉は、素人の方が使ってもいいですが、素人だなと思われてしまいます。コロナウイルスは、右の絵のように膜が「スパイク」「マトリックス」「エンベロープ」と言う 3 種類の蛋白で構成されています。この中で大変重要なのは、スパイク蛋白で、これで宿主の細胞の受容体にくっついてその細胞の中に入り込みます。

1.3. ウイルスの遺伝情報

「遺伝情報」は合成すべき蛋白の「設計図集」である。

遺伝情報は「DNA (デオキシリボ核酸)」か又は「RNA (リボ核酸)」の構造をしています。

「生物」は、遺伝情報を DNA として保持している。

「ウイルス」は、DNA か、又は RNA で保持している。

「**コロナウイルス**」は、RNA ウイルスである。



(kakusan-hikaku.com)

DNAは、図のように 2 本の鎖がらせん状に絡み合っている。

名前は、アデニン(Adenine)、シトシン(Cytosine)、グアニン(Guanine)、チミン(Thymine)という 4 種類の塩基がいろいろな順番で並んでいて、3 個ずつ区切ってコドン(codon)という。なお、対応する 2 本の鎖の間は、A-T、G-C の対になるように配列され、結合している。

対になっているために、複製作成(コピー)時にコピーミス(変異)が起きにくい。

RNAは、図のように 1 本の鎖でなっている。

鎖は、アデニン(Adenine)、シトシン(Cytosine)、グアニン(Guanine)、ウラシル(Uracil)という 4 種類の塩基がいろいろな順番で並んでいて、3 個ずつ区切ってコドン(codon)という。対になっていないために、複製作成(コピー)時にコピーミス(変異)が起きやすい。

従って、RNA ウイルスは「変異株」が出現しやすく、しばしば性質が変化する。

ここでウイルスの遺伝情報について申し上げます。ここでウイルスの遺伝情報について申し上げます。「遺伝情報」は合成すべき蛋白の「設計図集」であると考えてください。一般に、遺伝情報は「DNA (デオキシリボ核酸)」、又は「RNA (リボ核酸)」の構造をしています。右側に漫画チックに書いてありますね。生きている「生物」は、遺伝情報を DNA として保持しています。それを「セントラルドグマ」と称します。何でドグマかといいますと、全部の生物について見極めた人がいないからです。なぜかという、この地球上にいる生物は数百万種類に名前がついていて、知られています。だが実はそれだけではなく全部で 1000 万種類くらいいるであろうとされていますので、我々が知らない生物がいっぱいいるわけです。それらを一つ一つ見極めていないのでドグマと称されるのです。ウイルスには DNA を持っているウイ

ルスと RNA を持っているウイルスがあり、今我々が話題にしている「コロナウイルス」は、RNA ウィルスです。RNA で遺伝情報を持っておりま

さて DNA は、右上の図のように2本の鎖がラセン状に絡みあっている形をしています。各鎖は、アデニン(Adenine)、シトシン(Cytosine)、グアニン(Guanine)、チミン(Thymine)という4種類の塩基がいろいろな順番で並んでいて、3個ずつ区切ってコドン(codon)といいます。

鎖は、アデニンとチミン、グアニンとシトシンというように対になって[結びつくことで2本の鎖が結合して]います。対になっているため、複製をするときにコピーミスが起こりにくいのです。[起きてしまった]コピーミスを「変異」と呼びます。なぜコピーミスが起こりにくいのかといいますと、[対になっている]相棒がいるので、ミスを起こしても瞬間に相棒と照らし合わせてなおしてしまいます。そのためにDNAは安定していて、変異が起こりにくいことになります。

では、RNAはどうでしょう。RNAは、図のように1本の鎖でなりたっています。

鎖は、アデニン(Adenine)、シトシン(Cytosine)、グアニン(Guanine)、ウラシル(Uracil)という4種類の塩基がいろいろな順番で並んでいます。[DNAとの違いは、チミンの代わりにウラシルが入っていることと、1本の鎖であるために対になる相棒がないことです。]3個ずつ区切ってコドン(codon)ということはDNAと同じです。対になっていないために[相棒がないので、ミスを瞬時になおすことができません]、複製作成(コピー)時にコピーミス(変異)が起きやすいのです。従って、RNAウイルスは「変異株」が出現しやすく、しばしば性質が変化してしまうのです。

1.4. コロナウイルス小史

光学顕微鏡では見えないほど小さい病原体が存在することは19世紀末からわかっていました。

1939年にシーメンス社が電子顕微鏡を発売し、この病原体をウイルスとして観察可能になった。それに伴い、各生物にそれぞれ特有のウイルスが存在することが次第にわかってきた。

1960年に「ヒトコロナウイルスB814」が発見されたが、サンプルが失われて、追試・確定しえず、現在はこれを「ヒトコロナウイルス」として数えない研究者が多いように思われる。

1960年代のうちに「ヒトコロナウイルス229E」と「ヒトコロナウイルスOC43」が発見された。2000年代になって「ヒトコロナウイルスNL63」と「ヒトコロナウイルスHKU1」が発見された。この4種類は「風邪」の15~30%程度の病原体であり、大昔からヒトと共存していたと考えられる。

2002年11月に中国広東省でSARS (Severe Acute Respiratory Syndrome、重症急性呼吸器症候群) とのちに呼ばれる感染症が発生した。この病原体が「SARSコロナウイルス(SARS-CoV)」である。2004年を最後に感染者の報告はない。総罹患者数8,422人、死亡916人(致死率11%)であった。

2012年9月に中東でMERS (Middle East Respiratory Syndrome、中東呼吸器症候群) とのちに呼ばれる感染症が発生した。この病原体が「MERSコロナウイルス(MERS-CoV)」である。現在も少数の感染例があり、2020年3月で総罹患者数2,521人、死亡866人(致死率34%)であった。

ここでコロナウイルス小史と名付けましたが、ショートヒストリーを申し上げます。みなさんに本当に知っていただきたいところだけのお話です。

光学顕微鏡では見えないほど小さい病原体が存在することは、19世紀末からわかっていました。なぜかという、ろ紙でろ過済みの液から病気に感染するということがわかりましたので、そこにまだ病原体が残っているはずだと考えて、それを「ろ過性病原体」と呼んでいましたが、正体はわかりませんでした。ところが、1939年にシーメンス社が電子顕微鏡を発売し、この病原体を観察することが可能になりました。そして、ろ過性病原体という風に概念的に称していたものが、ウイルスとして認識されるようpになりました。それに伴い、各生物にそれぞれ特有のウイルスが存在することが次第にわかってきました。それから、1960年に「ヒトコロナウイルス B814」が発見されましたが、サンプルが失われてしまって、追試・確定できませんでした。そのために現在は、これを「ヒトコロナウイルス」として数えない研究者が多いように思われます。

1960年代のうちに「ヒトコロナウイルス229E」と「ヒトコロナウイルスOC43」と名付けた2種類のウイルスが発見されました。

それから40年もたった2000年代になって、

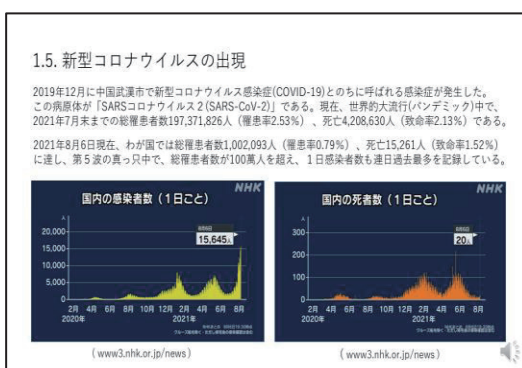
もう2つ「ヒトコロナウイルス NL63」と「ヒトコロナウイルス HKU1」が発見されました。この4種類は「風邪」の15~30%程度の病原体であり、大昔からヒトと共存していたと考えられるようになりました。

すぐそのあと、2002年11月に中国広東省でSARSが発生しました。これは、Severe Acute Respiratory Syndromeの頭文字をとったもので、日本語では重症急性呼吸器症候群です。

この病原体が「SARS コロナウイルス (SARS-CoV)」であると後になってわかってきました。しかし、2004年を最後に感染者の報告はありません。それまでに世界で発表された総罹患者数は8,422人、そのうち死亡916人で致命率は11%です。注意していただきたいのは、「致命率」は罹患者数を分母にして、その死亡者数を分子にして割り算をしたパーセントです。「死亡率」は、分母が人口です。世界人口は約78億人ですから、死亡率はとても少なくなります。致命率を「致死率」と言う方もおられます。

それから10年たった2012年9月に中東でMERSが発生しました。これはMiddle East Respiratory Syndromeの頭文字をとったもので、日本語では中東呼吸器症候群です。この病原体が「MERS コロナウイルス(MERS-CoV)」です。現在もごく少数の感染例が発生しています。毎年、数人中東からWHOに報告されます。2020年3月で総罹患者数2,521人、死亡866人(致命率34%)です。

ここまでに合計6種類、人に感染するコロナウイルスが発見されました。ここで、先ほどの「ヒトコロナウイルス B814」を含める学者は7種類発見されたと言います。[人に感染するコロナウイルスが6種類あると書かれている本と、7種類あると書かれている本があるのは、この違いが原因です。]



さて次は、いよいよ新型コロナウイルスが出現いたします。これはみなさんご存じのように2019年12月に中国武漢市で新型コロナウイルス感染症(あとになってWHOがCOVID-19と名付けます)が発生しました。

この病原体が「SARS コロナウイルス 2 (SARS-CoV-2)」と名付けられます。現在、世界的大流行(パンデミック)中で、2021年7月末までの[世界の]総罹患者数は197,371,826人(罹患率2.53%)、死亡者数は4,208,630人です。割り算いたしますと致命率は2.13%と計算されます。SARSやMERSに比べるとだいぶ低いです。しかし、2.13%というのは無視できる致命率ではありません。そしてこのスライドを作っていました時点の2021年8月6日現在、我が国では総罹患者数がなんと100万人を超えて、1,002,093人になりました。罹患率が0.79%と書いてあります。ちなみに世界の先ほどの罹患率は2.53%と書いてありますが、これは世界人口を78億人として計算した数字です。日本の致命率は1.52%と世界よりもかなり小さくなっております。そういう状況で只今はみなさんをご存知の通り、第5波の真っ只中で、罹患者数が100万人を起こしてしまったというのは難儀な話です。1日の感染者数も連日最多を記録しています。下にある二つの図はNHKと書いてありますからNHKのニュースとして

記録されたものをここにコピーさせていただきました。

左側が国内の1日ごとの感染者数の去年の春先からの推移です。去年の4月のところあたりにこうやってみると小さいですが、あの当時は大騒ぎになった第1波があります。8月の時に第2波があって、第1波よりちょっと丈が高くなっています。そして12月から今年の2月という変わり目のところに第3波があります。そして5月を中心に第4波があり、ただいま第5波が盛り上がってきているところで、未だにピークは見えません。先ほど述べましたように8月6日現在、その1日の新規感染者数が15,645人となっております。右側はそれに対応する国内の1日ごとの死者数です。これは目立っているのは、第4波までです。第5波はちょこっと盛り上がりつつありますが、感染者の波よりも一呼吸遅れて死者数が出てきますので、8月からのこの第5波の死者はこれから盛り上がってくる難儀な状況にあります。

2. 新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) とは？

「COVID-19」とは「新型コロナウイルス感染症」にWHOが付けた名称(記号)である。由来は「CoronaVirus Disease 2019」と言われている。(英語表記はcoronavirusと1語である。)

「SARS-CoV-2」とは「新型コロナウイルス」の略称である。正式には「Severe Acute Respiratory Syndrome CoronaVirus 2」、すなわち「重症急性呼吸器症候群コロナウイルス2」である。この名称は「International Committee on Taxonomy of Viruses」(略称ICTV。国際ウイルス分類委員会)が提唱したものである。

一般に「感染症の対策」を考える際には、「病原体」「感染経路」「宿主」の特徴を理解しておくことが大切であるとされている。しかし、このたびのように「新興感染症」の場合には、殆どことが未知であって当然である。それでも流行が始まってから1年半たったので、わかってきたこともあり、それらについて見ておきたい。

さて話はいよいよ、新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) とは？ですが、全てのことを説明するには時間的に余裕がなく、私がみなさんに知っておいていただきたいと思うところだけをお話をします。

「COVID-19」は「新型コロナウイルス感染

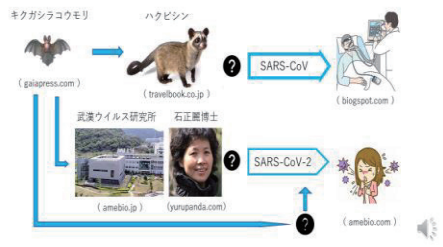
症」にWHOが付けた病気の名称(記号)です。由来は「COronaVirus Disease 2019」です。英語表記はcoronavirusと1語になります。coronaとvirusの間に空白がないことは覚えておいていいと思います。

「SARS-CoV-2」とは「新型コロナウイルス」の略称です。これはウイルスにつけられた名前です。正式には「Severe Acute Respiratory Syndrome CoronaVirus 2」、すなわち日本語に訳すと「重症急性呼吸器症候群 コロナウイルス2」となります。この名称は「International Committee on Taxonomy of Viruses」(略称ICTV。国際ウイルス分類委員会)が提唱したものです。それをWHOはそっくり認めて使っています。

一般に「感染症の対策」を考える際には、「病原体」「感染経路」「宿主」の特徴を理解しておくことが大切であるとされています。しかし、このたびのように「新興感染症」として全く新しく出てきた場合には、殆どことが未知であって当然です。それでも流行が始まってから1年半たったので、わかってきたこともあり、それらについてみなさんに知っておいてほしいことだけを、これから申し上げようと思います。

2.1. この病原体の由来

この病原体は「SARS-CoV」と遺伝情報が80%ほど同一であり「SARS-CoV-2」と名付けられた。「SARS-CoV」の自然宿主がキクガシラコウモリであることが武漢ウイルス研究所の石正麗博士によって報告されている。「SARS-CoV-2」の由来は確定していない。



第1はこの病原体の由来です。この病原体は「SARS-CoV」と遺伝情報が80%ほど同一なの

で「SARS-CoV-2」と名付けられました。「SARS-CoV」の自然宿主が、キクガシラコウモリであることが武漢ウイルス研究所の石正麗博士によって報告されています。この先生のニックネームが「バットウーマン」で有名です。SARS ウイルスはキクガシラコウモリが持っていることを、この方が発見しました。

それでは、SARS がどうして中国で感染したかといいますと、どうやらこのキクガシラコウモリから突然人間にきたのではないようです。ウイルスにはそれぞれ特有の自然宿主があって、自然宿主はウイルスと共存していて何も病気にはならないのが普通の状況なのです。それが何かのはずみで変化して、宿主の壁を乗り越えて人間に身近な他の動物に感染するようになります。これはウイルスにとっては難しいことだそうですが、それが起こり、さらにその動物を乗り越えて人間に感染するようになると、我々は難儀な病気になって、「人畜共通感染症」と称するものになるわけです。中国にはハクビシンと呼ぶジャコウネコ科の動物で、雑食ですが〔木登りが得意でコウモリも捕食する、〕かなり肉食を好む猫の親戚のような動物がいるそうです。これが前述の「人間に身近な他の動物」だったのではないかと疑われています。なぜかという、中国人は「四つ脚があるものはテーブル以外みんな食べる。空飛ぶものは飛行機以外みんな食べる」と自称しているようですが、さすがにコウモリは中国人にとっても好みの食べ物ではなくて、ハクビシンは揚子江流域から南の地方において鍋料理として珍重される動物だそうです。マーケットでも売られています。どうやらキクガシラコウモリからハクビシンが感染し、ハクビシンから人間にうつる能力を獲得して、出現したものがSARSではないかと考えられています。ハクビシンと人間の間はクエスチョンマーク(?)が入っているように確定していま

せん。キクガシラコウモリが自然宿主であることは石先生が確定しておられます。そのキクガシラコウモリから採ってきたSARS ウイルスを武漢ウイルス研究所で培養して、そのスパイクタンパクをいろいろ付け替えるような研究をしておられたことも確かなようです。いくつかの論文が発表されているそうです。さてこの度の大問題になっている新型コロナウイルス、SARS-CoV-2の方ですけれども、これはどこから来たのでしょうか。この武漢ウイルス研究所で石先生がそのような研究をしていたことは論文で分かっていますから、みなさんが考えたことは武漢ウイルス研究所から漏れたのではないだろうかということです。中国政府は躍起になってそれを否定しておりますが、ごく初期の中国政府の対応を見るとかなり慌てていたという風に外から見えますので、それもありうると考えますし、あるいはキクガシラコウモリからハクビシンのような何かの動物に感染して、それがマーケットで売られている間に人間に感染する力を獲得したとする、もう一つのコースも考えられます。このように「SARS-CoV-2」の由来は確定していません。わかっている事実は、石先生が、キクガシラコウモリがSARS ウイルスを持っているということを確認したことだけです。

2.2. 病原体の把握（検査）

2.2.1. PCR検査

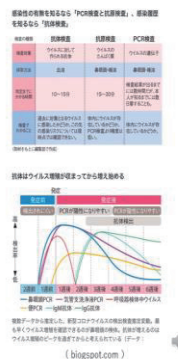
ウイルスの遺伝情報の特徴的な部分を検出する検査。定量的な結果がえられるが、「活性」の有無はわからない。感度は70%程度だが、それでも抗原検査よりかなり高い。結果が判明するまでにかなりの時間を要することが弱点。

2.2.2. 抗原検査

ウイルスが持っている蛋白質を検出する検査。待っている間に、定性的な結果がえられることが最大の利点。「陽性」なら活性は有る。失活すると蛋白質は崩壊している。「陽性」の場合は、続いてPCR検査で定量的な結果を求める。

2.2.3. 抗体検査

ウイルスに対して宿主が産生した抗体を検出する検査。前記の2検査が「鼻咽腔ぬぐい液」「唾液」を検査するのに対して「血液」を検査する。適切な検体を確実に採取できる。抗体が検出可能なほど産生されるまで日数を要し、治療の過程の判断に貢献できない。事後の疫学的情報として有用。



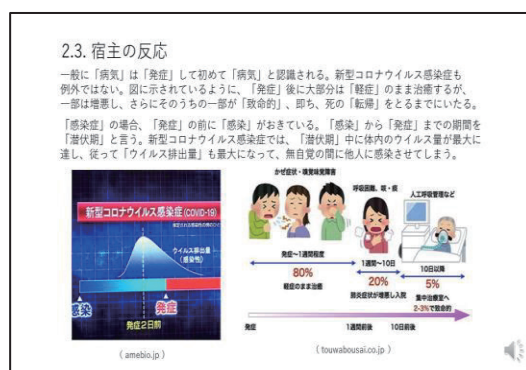
次は、この病気になったときに病原体をどのように検出するかということ、つまり検査の話です。これもみなさんよくご存知のように「PCR 検査」と言う名前を今日知らない人はおりません。それから「抗原検査」と言う名前もしょっちゅう耳にします。また「抗体検査」と言う名前をお聞きになった方も多いと思います。ひとつひとつ当たってみましょう。

「PCR 検査」は、ウイルスの遺伝情報の中の特徴的な部分を検出する検査です。この優れたところは、定量的な結果がえられることですが、そのウイルスが「活性」を保っているのかどうかはわかりません。ウイルスとしては活性を失い、膜を失った状態であっても、その遺伝情報がこの PCR 検査では検出されることがしばしばあるそうです。PCR 検査はウイルスの遺伝情報のかけらを何百倍にも増幅して、検出できる優れた検査なのですが、それでは検出されなければ 100%その病気でないのかと言えばそうではなくて、その病気の人が PCR 陽性になる可能性（感度）は 70%程度だと言われています。それでもあとで紹介する抗原検査よりかなり高いです。手間暇がかかる検査ですので、結果が判明するまでにかなりの時間を要することが弱点です。だいたい中 1 日かかります。[校正時点では翌日判明に加速されています。]

2 番目の「抗原検査」、これはウイルスが持っている蛋白質を検出する検査です。免疫学において、抗原・抗体反応と呼ぶ現象がありますが、抗原はウイルスそのものではなくて、ウイルスが持っている蛋白質が抗原になります。だからその蛋白質を検出する検査を抗原検査と言うわけです。これは、ちょっと待っている間に、定性的な結果がえられることが最大の利点です。病院で 30 分も待たないで結果が出ます。これは定性的な結果、即ち、抗原が有るか無いかです。「陽性」なら活性が有ることがわかります。

失活するとその蛋白質は崩壊してしまいますので、「陽性」と検出できません。「陽性」の場合は、どれほどウイルスがいるのかわからないので、続いて PCR 検査で定量的な結果を求めるのが普通の手順です。

3 番目の「抗体検査」、これはウイルスに感染した宿主の方がそれに対抗して産生した抗体を検出する検査です。前記の 2 検査が「鼻咽頭ぬぐい液」「唾液」を検査するのに対して「血液」を検査します。適切な検体を確実に採取できませんが、抗体が検出可能なほど産生されるまで日数を要し、治療の過程の判断に貢献できないのです。ただ事後の疫学的情報として有用です。右の図のように抗体は抗原に比べて遅れて出てくることが記されています。



3 番目に申し上げたいのは、この新型コロナウイルス感染症にかかった人間、つまり宿主の反応の特徴です。

一般に「病気」は「発症」して初めて「病気」と認識されます。新型コロナウイルス感染症も例外ではなくて、右側の図に示されているように、「発症」後に、大部分は「軽症」のまま治癒しますが、一部は増悪し、さらにそのうちの一部が「致命的」、即ち、死の「転帰」をとるまでになります。発症は風邪の症状とあまり変わりはありませんが、嗅覚や味覚の異常は、この

新型コロナウイルス感染症特有の症状であると感じていました。

「感染症」の場合、「発症」の前に「感染」がおきています。「感染」から「発症」までの期間を「潜伏期」と言います。新型コロナウイルス感染症では、「潜伏期」中に体内のウイルス量が最大に増加して、「ウイルス排出量」も増加して、無自覚の間に他人に感染させてしまう点が厄介なところです。

この前の SARS とか MARS は、発症する前にはあまりウイルス量が上がらないで、発症してからウイルス量が上がります。しかし発症するとかなり人は病気に感じて、しんどくなりあまり活発に動き回らないで寝床についております。そのために感染させる機会はぐっと少なくなります。寝床で看病した人や医療関係者以外は感染する機会が非常に少なくなります。

この新型コロナウイルスは潜伏期間中にたくさんウイルスが出るのに全然症状がありませんから、感染した人が元気で動き回って人々にうつしてしまいます。

2.4. 感染経路をめぐる議論

上図は、報道映像のひとつである。大きな粒子(飛沫)はすぐ落下して、かつ、アクリル板で同席者に届くことが妨げられている。
小さな粒子(エアロゾル)はアクリル板を超えて同席者に届いている。

2.4.1. 飛沫感染 (尾身 茂 先生 政府「分科会」会長)

「このウイルスは街を歩いていて感染するようなものではない。
近接し長時間の会話を伴う飲食の場で感染する。」

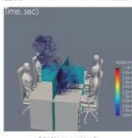
2.4.2. エアロゾル感染 (西村秀一先生 国立仙台医療センター)

「このウイルスによる感染は、エアロゾル感染が大部分である。
但し、富岳のシミュレーション画像の紫色の煙の全てがウイルスではない。ウイルスはごく僅かで急速に拡散する。また、平静時には周囲の少量の空気を吸い込んでいただけなので、1〜2回の咳では感染しない。満員電車でも全員マスクをし会話しないのでクラスター報告はない。」

2.4.3. 接触感染

2020年3月に「プラスチック表面でこのウイルスは72時間感染力を維持」との論文がNEJMに掲載されて、俄に接触感染が注目され下図のような映像が頻繁に報道された。各所で追試された結果、2021年2月になって「実生活であり得るようなウイルス量では1時間程度で失活してしまう」との論文がLancetに掲載されて、接触感染のリスクは低いと考えられるようになった。

富岳のシミュレーション画像
(nbc, abc)



(kobe-np.co.jp)

蛍光塗料がついた手の映像
(esse-onlin.jp)



さて次は感染経路をめぐる問題でこれに議論があります。上の図は、報道映像のひとつです。大きな粒子(飛沫)はすぐ落下して、かつ、アクリル板で同席者に届くことが妨げられています。小さな粒子(エアロゾル)はアクリル板を

越えて同席者に届くことが、この富岳のシミュレーション画像でわかります。繰り返しテレビで放映されたので、みなさんもお覧になっていると思います。

さて、「飛沫感染」については、[政府の対策分科会会長として] 有名な尾身茂先生がテレビで今年の第1波の頃から「このウイルスは街を歩いていて感染するようなものではない。近接し長時間の会話を伴う飲食の場で感染する。」と繰り返しおっしゃっておられました。

これに対して「エアロゾル感染」については、これもテレビによく登場される国立仙台医療センターの西村秀一先生が「このウイルスによる感染は、エアロゾル感染が大部分である。但し、富岳のシミュレーション画像の紫色の煙の全てがウイルスではない。ウイルスはごく僅かで急速に拡散する。また、平静時には顔周囲の少量の空気を吸い込んでいただけなので、1〜2回の咳では感染しない。満員電車でも全員マスクをし、会話をしないのでクラスター発生の報告はない。」とおっしゃっていました。

3番目の「接触感染」ですが、2020年3月に「プラスチック表面でこのウイルスは72時間感染力を保持していた」との論文がNEJMに掲載されて、俄に接触感染が注目されて下図のような映像が頻繁に報道されました。ところが、各所で追試された結果、2021年2月になって「実生活であり得るようなウイルス量では1時間程度で失活してしまう」との論文がLancetに掲載されて、接触感染のリスクは低いと考えられるようになっていきます。ですから右下のような画像はネットの画像集の中でもほとんど削除されていて、私はこれ一つ見つけることができたばかりでした。

3. 新型コロナウイルス感染症対策とは？

「リスク」という概念から、「ゼロリスク」ということはあり得ない。「リスク」を減少させる工夫はあり得て、相加的・相乗的な効果も見込める。

3.1. 「手洗い」「うがい」「マスク」

これらは標準予防策（standard precaution）と呼ばれる行為の一部である。標準予防策は、感染症の有無に関わらず、すべての患者のケアに際して普遍的に適用される予防策である。

「手洗い」は、単に水で洗っただけでもウイルスを洗い流す効果は期待できる。コロナウイルスの膜は石鹸水によってもアルコールによっても溶けてしまうので、ウイルスは直ちに失活してしまう。接触感染のリスクは小さいと考えられるようになったが、「手洗い」が無用とされたわけではない。

「うがい」も同様に水だけでも効果が期待できる。ただ、頻繁に実施することは無理で、起床時と就寝前の励行は可能であろう。昼間に実施できる環境がない場合は「緑茶」を飲むことが推奨される。飲み込んだコロナウイルスに感染した報告はない。

「マスク」装着は必須の新型コロナウイルス感染症対策である。但し、顔面に密着させることも必須である。市民が入手可能なマスクでは、「不織布製」が最も有効で、次いで「布製」、「ウレタン製」は意外に効果が低いとの実験結果がある。但し、密着性はその逆順で、「ウレタン製」の活用方法は「不織布製」の上に装着することらしい。ウイルスは繊維の間に捕捉されていて、マスク表面から検出された報告はない。また、昼間に使用したマスクを一晩放置しておくと、捕捉された殆どすべてのコロナウイルスは失活してしまう。



(singspot.com)

最後の話題は新型ウイルス感染症対策です。「リスク」という概念から、「ゼロリスク」はあり得ません。いくらかの可能性（確率）は残ります。「リスク」を減少させる工夫はあり得ます。それは相加的・相乗的な効果も見込めます。

世間に流布されている「手洗い」、「うがい」、「マスク」、これらは標準予防策（standard precaution）と呼ばれる行為の一部であって、標準予防策は、感染症の有無に関わらず、すべての患者のケアに際して普遍的に適用される予防策であるとされています。

「手洗い」は、単に水で洗っただけでもウイルスを洗い流す効果は期待できます。コロナウイルスの膜は石鹸水によってもアルコールによっても溶けてしまうので、ウイルスは直ちに失活してしまいます。接触感染のリスクは小さいと考えられるようになりましたが、「手洗い」が無用とされたわけではありません。

「うがい」も同様に水だけでも効果が期待できます。ただ、頻繁に実施することは無理ですが、起床時と就寝前の励行は可能でしょう。昼間に実施できる環境がない場合は「緑茶」を飲むことでも充分効果があると推奨されています。飲み込んだコロナウイルスに感染した報告はありません。

「マスク」装着は必須の新型コロナウイルス感染症対策です。但し、顔面に密着させること

も必須です。市民が入手可能なマスクは、「不織布製」が最も有効で、次いで「布製」で、「ウレタン製」は意外に効果が低いとの実験結果があります。但し、密着性はその逆順で、「ウレタン製」の活用方法は「不織布製」の上に装着することが勧められています。ウイルスは繊維の間に捕捉されていて、マスク表面から検出された報告はないそうです。また昼間に使用したマスクを一晩放置しておくと、捕捉された殆どすべてのコロナウイルスは失活してしまいます。これは先ほど申し上げたように、実生活でありうるウイルス量でもっと早く失活してしまうことから理解していただけたと思います。

3.2. 「3密」（「密閉」「密集」「密接」）の回避

2020年2月下旬、第1波到来の中で厚労省「クラスター対策班」はクラスター（集団感染）の共通項を類型化し行動変容を促そうとした。2020年3月1日、厚労省は「新型コロナウイルスの集団感染を防ぐために」を公表し、「換気が悪く」「人が密に集まって過ごすような空間」「不特定多数の人が接触するおそれが高い場所」の3項目をクラスター発生の共通点として国民に注意を喚起した。

2020年3月4日、大阪の「Live House」3店で、相次いでクラスターが発生していたことが公表された。

2020年3月18日、総理官邸は公式Twitterで、「換気の悪い密閉空間」「多数が集まる密集場所」「間近で会話や発声をする密接場面」を避けて外出するように呼びかけた。これで「密閉」「密集」「密接」の3語とその内容が確定し、これらを「回避」する行動変容を求めていることが明示された。

2020年3月25日、小池東京都知事が記者会見で「NO! 3密 3つの密を避けて行動を」と書かれたボードを掲げた姿が広く報道された。これで「3密」「3つの密」という表現が広く使用されるようになった。

2020年夏頃までに「3つの密をさげましょう!」とのチラシ(右図)が「アベノマスク」と共に全国民に配布された。(6月4日 鈴木孝範)



クラスターが発生したLive House "Arc"



さてご存じの、「3密」（「密閉」「密集」「密接」）の回避という話です。これは2020年2月下旬くらい、第1波到来の中で厚労省「クラスター対策班」が、クラスター（集団感染）の共通項を類型化し行動変容を促そうと考えました。それを2020年3月1日に厚労省が「新型コロナウイルスの集団感染を防ぐために」との文書にまとめて公表し、「換気が悪く」「人が密に集まって過ごすような空間」「不特定多数の人が接触するおそれが高い場所」の3項目をクラスター発生の共通点として国民に注意を喚起しました。

そのすぐ直後2020年3月4日に、大阪の

「Live House」3店で、相次いでクラスターが発生していたことが公表されました。

この右の上の写真は、真っ先に発覚したライブハウス「アーク」というお店です。実はこの建物を私は15年前ぐらいから知っていました。この前の大きな通りは私が車でよく通る道路なのです。私は「ライブハウス」が何であるかを全く知らず、これは非常に変わった色の建物だけど、[窓がないので]何かの倉庫であろうと思っていました。この度このライブハウスクラスターのことを聞いて、あの中でそんなことが行われていたのかとビックリいたしました。もう一つビックリしたのはそこで感染されたクラスターの人たちの中に長野県から来た人も高知県から来た人もおられたと報道されたことです。地元に住んでいても全く知りませんでしたのに、そんなに遠くの方々がここに集まって、密集して大きな歓声をあげながら飛んだり跳ねたりしていたことに本当に驚きました。

その後2020年3月18日、総理官邸は公式Twitterで、「換気の悪い密閉空間」「多数が集まる密集場所」「間近で会話や発声をする密接場面」を避けて外出するように呼びかけました。これで「密閉」「密集」「密接」の3語とその内容が確定し、これらを「回避」する行動変容を求めることが明示されました。「3密」の言葉はまだ出てきません。2020年3月25日に、小池東京都知事が記者会見で「NO!! 3密 3つの密を避けて行動を」と大きく書かれたボードを掲げた姿が広く報道されました。これで「3密」「3つの密」と言う表現が広く使用されるようになりました。その後去年の夏ごろまでに「3つの密を避けましょう」と題した右の図のチラシが同封されて、「アベノマスク」が全国民に[正確には、全世帯に]配布されました。私の所には6月4日に到着しています。実はこの写真は私が頂いたものをコピーしたものです。

3.3. 「3密回避」のその後の展開

官邸及び厚労省は、英語版「Avoid the “Three Cs” !」を公表し、「Three Cs」は「Closed spaces」「Crowded places」「Close-contact settings」であるとした。この考えは直ちに数ヶ国に受け入れられ、WHOも「Closed spaces」を「Confined and enclosed spaces」と修正しただけで世界各国に推奨した。現在、「Three Cs」特に「3Cs」の標記は世界語になりつつあるらしい。

国内においても、「マスク着用」と「3密回避」が対策の二本柱であることには、飛沫感染メイン派も、エアロゾル感染メイン派も異論をほさない。飲食店(特に酒類を提供する店)への営業自粛要請も明らかにこの線上にある。してみると、「アベノマスク」配布をメディアで嘲笑した人々(解説者や取材を受けた市民たち)は、マスクの不出来さにばかり気をとられて、「マスク」と「3密回避チラシ」がセットになって全国民に配布された象徴的意義を評価できる知性を持っていなかったのであろう。

前スライドに示した「3密回避チラシ」の中央に赤く強調されている「3つの条件がそろう場所がクラスター発生のリスクが高い！」はその通りであり間違っていない。但し、これを「3つの条件がそろう場所だけ」がクラスター発生のリスクが高い！」と誤解してはならない。「密閉」「密集」「密接」のどれであっても、それが単独に存在した場合もリスクが相応に高くなることは理解していただけていると思う。

「密集」と「密接」への対応は、「感染経路」で述べたことと「ソーシャルディスタンス」(英語はsocial distancing、社会的距離拡大)を考え併せると感覚的にも可能と思われる。困難なのは「密閉」への対応であり、次項で述べる。

「3密回避」について少し補足しておきたいことがあります。官邸及び厚労省は、英語版「Avoid the “Three Cs” !」を公表し、「Three Cs」は「Closed spaces」「Crowded places」「Close-contact settings」であると解説しました。この考えは直ちに数ヶ国に受け入れられ、WHOも「Closed spaces」を「Confined and enclosed spaces」と修正しただけで世界各国に推奨しました。

現在、「Three Cs」あるいは「3Cs」の標記は世界語になりつつあるようです。国内においても、「マスク着用」と「3密回避」が対策の二本柱であることは、飛沫感染メイン派の方々も、エアロゾル感染メイン派の方々も異論をはさんでいません。飲食店(特に酒類を提供する店)への営業自粛要請も明らかにこの延長線上にあります。してみると、「アベノマスク」配布をメディアで嘲笑した人々(解説者や取材を受けた市民たち)は、マスクの不出来さにばかり気をとられて、「マスク」と「3密回避チラシ」がセットになって全国民に配布された象徴的な意義を評価できる知性を持っていなかったのではないのでしょうか。

前スライドに示した「3密回避チラシ」の中央に赤く強調されている「3つの条件がそろう場所がクラスター発生のリスクが高い！」はその通りであり間違っていない。但し、これ

を「3つの条件がそろう場所だけがクラスター発生」のリスクが高い！」と誤解してはならないと思います。「密閉」「密集」「密接」のどれであっても、それが単独に存在した場合もリスクが相応に高くなることは理解していただけていると思います。

その「密集」と「密接」への対応は、「感染経路」で述べたことと「ソーシャルディスタンス」（英語は **social distancing**、社会的距離拡大）を考え併せると感覚的にも可能と思われます。困難なのは「密閉」への対応であり、次項で述べたいと思います。

3.4. 「密閉」への対応

「換気の悪い密閉空間」を避けろと言われたら、終始戸外にとどまるか、飛行機に乗っているしかないとの極論がある。それほど「換気の悪い空間」をつくることは難しいらしい。

「換気」は、いかに効率よく万遍なく部屋の空気を外に追い出すことができるかにかかっている。大容量の換気扇をつけても、風の通り道の空気だけが入れ替わって、滞留する部分でまてしまえば「換気が良い」とは言えない。空気清浄機を使用しても、その周辺の空気だけを繰り返し清浄化するのみに終始すれば、全体としては「換気の悪い空間」のままになってしまう。

現代の旅客機内は3分ごとに全空気が外気と入れ替わる理想的な「換気の悪い空間」になっている。新幹線も運用側の調整次第でこれに準ずる空間になるらしいですが、それでも窓際がより換気が良いようです。山手線の電車も2分ごとに駅に停車しホーム側の扉が全開するのでまだマシだそうです。面白いことに、小さなラーメン屋でカウンター内が厨房、大きなレンジフードが立ちのぼる湯気を吸い込んでいる場合、これで入り口の扉と店奥の窓があいていたら理想的な「換気の悪い空間」に近いらしい。（西村秀一先生の鈴木説の理解）

昔の建物は自然の換気を基本にした設計であった。近代の建物は現在に近いほど密閉性が高くなり、「省エネ」を意識した閉鎖循環式空調が基本になっている。経済効率を追求した結果らしい。防音性の要求とも重なり、窓もなくして具現した極端な形が「Live House」であったであろう。現代の建物の内部は、本能的には「換気の悪い密閉空間」と考えておいた方が無難らしい。可能な自衛策は？もしも窓があいていたら窓際の席を選ぶ。縦長の窓の方がよりよい。外気は下から入ってきて、室内空気が上から出ていく。このような席がなければ、せめて空気の流れが感じられる席を選ぶ。これぐらいしか、できることはないようだ。

「密閉」への対応、「換気の悪い密閉空間」を避けろと言われたら、終始戸外にとどまるか、飛行機に乗っているしかないとの極論があります。それほど「換気の悪い空間」をつくることは難しいらしいです。

「換気」は、いかに効率よく万遍なく部屋の空気を外に追い出すことができるかにかかっています。大容量の換気扇をつけても、風の通り道の空気だけが入れ替わって、滞留する部分でまてしまえば「換気が良い」とは言えません。空気清浄機を使用しても、その周辺の空気だけを繰り返し清浄化するのみに終始すれば、全体としては「換気の悪い空間」のままになってしまします。

現代の旅客機内は3分ごとに全空気が外気と入れ替わる理想的な「換気の悪い空間」になっているそうです。新幹線も運用側の調整次第でこれに準ずる空間になるらしいですが、それでも窓際がより換気が良いようです。山手線の電車も2分ごとに駅に停車しホーム側の扉が全開するのでまだマシだそうです。面白いことに、小さなラーメン屋でカウンター内が厨房、大きなレンジフードが立ちのぼる湯気を吸い込んでいる場合、これで入り口の扉と店奥の窓があいていたら理想的な「換気の悪い空間」に近いらしいです。以上のは西村秀一先生説の鈴木説の理解です。

昔の建物は自然の換気を基本にした設計でした。近代の建物は現在に近いほど密閉性が高くなり、つまり窓が開かない建物もたくさんあります。「省エネ」を意識した閉鎖循環式空調が基本になっています。経済効率を追求した結果らしいです。防音性の要求とも重なり、窓もなくして具現した極端な形が「Live House」であったのでしょうか。現代の建物の内部は、本能的には「換気の悪い密閉空間」と考えておいた方が無難なようです。可能な自衛策は？もしも窓があいていたら窓際の席を選ぶこと。縦長の窓の方がよりよいです。外気は窓の下半分から入ってきて、室内空気が窓の上半分から出ていきます。このような席がなければ、せめて空気の流れが感じられる席を選ぶほうがよいようです。これぐらいしか、実はできることはないようです。

[次頁からの2枚のスライドと講演原稿は、2021年8月の教員研修会用に作成してはいたが時間の制約で割愛せざるをえませんでした。全協誌に掲載するにあたり、復活挿入しました。]

3.5.ファイザー社新型コロナワクチン(商品名: COMIRNATY, コミナティ筋注)の臨床試験

この臨床試験は、米国、ドイツ、トルコ、ブラジル、アルゼンチン、南アフリカの6ヶ国で参加希望者を集め、ワクチン接種群とプラセボ(生理食塩水)接種群とに無作為に分け、約3週間間隔で2回接種し、その7日後から約1ヶ月余り観察して、新型コロナウイルス感染症発症者を把握しました。その結果により、当ワクチンの使用が世界各国で認められた。そのうち、最も主要な部分を表示した。

	解析対象となつた人数	うち、発症が確認された人数	総追跡期間(1,000人年)
ワクチン接種群	19,965	9 (a)	2,332 (b)
プラセボ接種群	20,172	169 (c)	2,345 (d)

ワクチン有効率(%)の計算式は $(1-(a/b)/(c/d)) \times 100$ 、表の a, b, c, d の数値を代入すれば、94.6%になる。この臨床試験からえられた「有効率」は「発症予防効果」である。このワクチンが実用化された後の観察から「重症化予防効果」も同程度大きいことが判明している。なお、この結果は、2回接種後であっても感染する者(ブレイクスルー感染者)も、0.05%程度は存在するであろうことも明示していた。「感染予防効果」は分かっていない。既に述べたように発症しない感染(不顕性感染)がかなりの程度存在することから「感染予防効果」の測定は困難である。「発症予防効果」がどれほどの期間持続するかは、実用化後、最近(2021年7月末)になって、2ヶ月後をピークに徐々に低下し、4~6ヶ月後に83.7%まで下がったが「重症化予防効果」は高いまま維持されていたとの査読前の研究結果が発表された。ワクチン効果の持続性については、対応策(3回目接種?)も含め、今後も検討が続けられるであろう。

[2021年10月20日校正時点のわが国では、全人口の68%の人々が「新型コロナワクチン」を既に2回接種していると発表されています。] わが国で主として使用されているワクチンは「ファイザー社新型コロナワクチン(商品名: COMIRNATY, コミナティ筋注)」です。その有効性を立証し、世界的に認可されるにいたった「臨床試験」について知っておいていただきたいと思います。

この臨床試験では、米国、ドイツ、トルコ、ブラジル、アルゼンチン、南アフリカの6ヶ国で参加希望者を集め、ワクチン接種群とプラセボ(生理食塩水)接種群とに無作為に分け、約3週間間隔で2回接種し、その7日後から約1ヶ月余り観察して、新型コロナウイルス感染症発症者を把握しました。結果は、スライド中に表で示したように、ワクチン接種群19,965人(観察人年約2,332人年)中、9人にCOVID-19の発症が確認されました。他方、プラセボ接種群20,172人(観察人年約2,345人年)中、169人にCOVID-19の発症が確認されました。当ワクチンの有効率94.5%は、次のように計算します。 $\{1 - (9 / 2332) / (169 / 2345)\} \times 100 = 94.5$ ここで「人数」ではなく「人年」を使用しているのは、理論的には、観察期間が長くなれば長くなるほどCOVID-19を発症する人が増えるからです。しかし、実際には両群間で13人年

の差があっただけで、しっかり実施された臨床試験でした。なお、「人年」とは、例えば2ヶ月観察された人が6人いても、1人が12ヶ月観察されても、同じように「1人年観察された」とみなす考え方の「単位」です。

この臨床試験からえられた有効性は「発症予防効果」です。「感染予防効果」は分かっています。なぜならば、既に申し上げたように発症しない感染(不顕性感染)がかなりの程度存在するので「感染予防効果」の測定が困難であるためです。

このワクチンが実用化された後の観察から「重症化予防効果」も同程度大きいことが判明しています。なお、この結果は、2回接種後であっても感染する者(ブレイクスルー感染者)も9人(ワクチン接種群の0.05%程度)は存在することも明示していました。

「発症予防効果」がどれほどの期間持続するかについては、実用化後、2021年7月末になって、2ヶ月後をピークに徐々に低下し、4~6ヶ月後に83.7%まで下がったが「重症化予防効果」は高いまま維持されていたとの査読前の研究結果が発表されました。ワクチン効果の持続性については、対応策(3回目接種)をも含め、今後も検討が続けられると思います。

[政府は2021年12月に医療従事者から第3回目接種を開始する予定でワクチンを追加購入していると報道されています。]

3.6. COVID-19に対して使用を認可されている治療薬(2021年7月末現在)

一般に、治療法には「根治療法」(疾病の原因除去をめざす)と「対症療法」(症状軽減をめざす)がある。これをCOVID-19に則して現状を述べると、「根治療法」としては、ウイルスの細胞内における増殖を阻害する薬剤と、ウイルスの細胞への接着を阻害する薬剤とが認可されている。「対症療法」としては、(解熱鎮痛薬など一般に使用されている薬のほかに)炎症反応・過剰な免疫反応(サイトカインストーム)を強力に抑制する薬剤が2剤認可されている。それらを認可順に以下に略述しておく。

レムデシビル(商品名: ベクルリー) RNAポリメラーゼ阻害作用によりエボラウイルスの増殖を阻害する薬剤としてザイリッド・サイエンス社が開発した。後に1本鎖RNAウイルスに同様に有効なことが判明し、2020年5月7日厚労省特例承認。

デキサメタゾン 1957年に開発されたステロイド剤で多様な商品名で発売されている。炎症の原因に関与なく炎症反応・過剰な免疫反応を強力に抑制する。2020年7月17日厚労省使用指定。

パリスチニブ(商品名: オルミエント) 免疫活性化刺激を伝達するヤスス kinase-1(UAK)という酵素を阻害して過剰な免疫反応を強力に抑制する薬剤としてイーライリリー社が開発し、日本では関研リウマチ治療薬として認可、2017年から発売されていた。2021年4月23日厚労省適応追加特例承認。

(上記3剤は、「中等症II」「重症」の患者の救命用に、おおむね3剤併用して使用されている。)

抗体カクテル療法(カシリマブ/イムデビマブ混合点注 商品名: ロナプリーブ) 「マブ(-mab)」という語尾は「クローン抗体(mono-clonal antibody)」を意味する。クローン技術を使ってリジェン社が開発した2種類の人工抗体をウイルスのスパイク蛋白に付けてウイルスの細胞への接着を阻害する薬剤。「軽症」「中等症I」の患者の発症後7日までに使用する事で重症化を防ぐ効果がある。使用が発症後早ければ早いほど効果は大きいと思われる。2021年7月19日厚労省特例承認。

2021 年 7 月末現在、わが国で COVID-19 に
対して使用を認可されている治療薬について申
し上げておきたいと思います。

一般に、治療法には、疾病の原因除去をめざ
す「根治療法」と、症状軽減をめざす「対症療
法」とがあります。これを COVID-19 に則して
現状をみると、「根治療法」としては、「ウイル
スの細胞内における増殖を阻害する薬剤」と、
「ウイルスの細胞への接着を阻害する薬剤」と
が認可されています。「対症療法」としては、解
熱鎮痛薬など一般に使用されている薬のほかに、
「炎症反応・過剰な免疫反応(サイトカインスト
ーム)を強力に抑制する薬剤」が 2 剤認可されて
います。それらを認可順に簡単に申し上げます。

レムデシベル（商品名：ベクルリー）

RNA ポリメラーゼ阻害作用によりエボラウ
イルスの増殖を阻害する薬剤としてギリアド・
サイエンシス社が開発しました。後に 1 本鎖
RNA ウイルスに同様に有効なことが判明し、
2020 年 5 月 7 日厚労省が特例承認しました。

デキサメサゾン

1957 年に開発されたステロイド剤で、既に多
様な商品名で発売されています。炎症の原因に
関係なく炎症反応・過剰な免疫反応を強力に抑
制します。2020 年 7 月 17 日厚労省が「治療
指針」で使用指定しました。

バリシチニブ（商品名：オルミエント）

免疫活性化刺激を伝達するヤヌスキナーゼ
(JAK) と言う酵素を阻害して過剰な免疫反応を
強力に抑制する薬剤としてイーライリリー社が
開発し、日本では関節リウマチ治療薬として認
可され、2017 年から発売されていました。
2021 年 4 月 23 日厚労省が適応追加を特例承認
しました。

以上の 3 剤は、「中等症Ⅱ」「重症」の患者の
救命用に、おおむね 3 剤併用して使用されてい
ます。

なお、「特例承認」とは、このような緊急の事
態に際して、承認に必要な国内での「臨床試験」
などを通常より大幅に簡略化して承認してしま
うことです。

「抗体カクテル療法」（カシリビマブ／イムデ ビマブ混合点注 商品名：ロナプリーブ）

「マブ (-mab)」という語尾は「クローン抗体
(mono-clonal antibody)」を意味しています。ク
ローン技術を使ってリジェネロン社が開発した
2 種類の人工抗体をウイルスのスパイク蛋白に
付けてウイルスの細胞への接着を阻害する薬剤
です。「軽症」「中等症Ⅰ」の患者の発症後 7
日までに使用すると重症化を防ぐ効果が認めら
れています。使用が発症後早ければ早いほど効
果は大きいとされています。2021 年 7 月 19 日
厚労省が特例承認しました。

[承認された時点では、入院患者だけが対象
でしたが、2021 年 8 月以降、宿泊療養施設など
に加え、外来での使用も条件付きで認められて
います。1 回の点滴で済み、重篤な副作用も少
ないことが次第に判明してきたので、自宅療養
中の患者に医師が往診して施行することが検討
されています。薬剤費は、2021 年 10 月 20 日
現在でも公費負担なので公式には不明とされて
いますが、10 月 12 日に菅前首相が回顧談とし
て、「1 回分 31 万円で 50 万回分調達済み、高
価だがよく効く」と語ったと報道されました。
調達費は単純計算で 1,550 億円と推定されます。
一見高額な公費支出ですが、これとワクチンの
普及とが相まって、わが国の COVID-19 致命率
1%強を季節性インフルエンザ致命率 0.1%弱
と同等まで下げることができたとすれば「費用
／効果」は良いとも考えられます。]

このスライドを作成している現在、新型コロナウイルス感染症は大きな第5波の真っ最中で、ピークはまだ見えてきません。
私の親しい友人(同期生)に母校でウイルス学の教授をしていた男がいて、よくメールをやりとりしています。昨年の初夏に、彼は「このウイルスは実によくできているウイルスだ。しかも中途半端に毒性がつよい」と言っていました。今日見てもその通りで、ウイルスの生存戦略として「実によくできて」います。ゼロコロナはなかなか達成できそうもありません。
皆様、どうかお気をつけてお暮らしくさいますよう。そのために、ここで私が申し上げたことが、なにがしかのお役に立てば有難い次第です。

ご静聴有り難うございました。



さてこのスライドを作成している現在、新型コロナウイルス感染症は大きな第5波の真っ最中で、ピークもまだ見えてきません。

私の親しい友人(同期生)に母校でウイルス学の教授をしていた男がいて、よくメールをやりとりしています。昨年の初夏に、彼は「このウイルスは実によくできているウイルスだ。しかも中途半端に毒性がつよい」と言っていました。今日見てもその通りで、ウイルスの生存戦略として「実によくできて」います。ゼロコロナはなかなか達成できそうもありません。

皆様、どうかお気をつけてお暮らしくさいますように。そのために、ここで私が申し上げたことが、なにがしかのお役に立てば有難い次第です。

[2021年7月当初から第5波が急速に立ち上がり始めました。第4波が終息を迎えて東京都の第3回緊急事態宣言が解除された2021年6月20日の新規感染者数は日本全国1,308人、東京都376人、大阪府106人でした。それが、7月1日は全国1,754人、東京都673人、大阪府108人になっていました。

十分下がりきっていないうちに第5波を迎えた東京都は、いち早く7月15日に第4回目の緊急事態宣言下に入りました。その後も各地が次々に緊急事態宣言下に入りましたが、急増し

続けた第5波も8月20日の全国25,876人をもってピークに達し、その後は急速に減少し始めました。なお、東京都のピークは8月13日で5,773人、大阪府のピークは9月1日で3,004人でした。そうして9月30日には、19都道府県に発出されていた緊急事態宣言も「まん延防止等重点措置」も全て解除され、第5波はひとまず終息しました。9月30日の新規感染者数は全国1,576人、東京都218人、大阪府264人でした。10月20日の校正時点では全国391人、東京都41人、大阪府73人まで下がっています。

第5波は、なぜあの時点で急峻に立ち上がり、なぜこの時点までに急激に減少したのか、専門家の方々も「分からない」と言っておられます。或る一部の方々は「オリンピック・パラリンピックを強行開催したためだ」と政府を非難していますが、オリンピックは開会式が7月23日、閉会式が8月8日、パラリンピックは開会式が8月24日、閉会式が9月5日でした。さらに日々発表される「新規感染者」は、感染後の潜伏期間、発症から受診まで、検査から結果判明まで、結果届け出から集計・発表までの日数を考慮すると、おおむね10日程度前に感染したと推測されています。これらのことを考え合わせるとオリンピック・パラリンピック開催が感染者急増に直接関係したようには思えません。第5波形成の説明は付かず仕舞いになりそうです。

専門家の多くは、この初冬に第6波が来るであろうと予想しておられます。私も恐らく来ると思っています。ワクチンは接種するメリットが大きいと思いますが、接種していても「マスク着用」と「3密回避」は、当分の間、私たちの基本的な生活スタイルであり続けるでしょう。皆様、十分ご留意くださいますよう。]

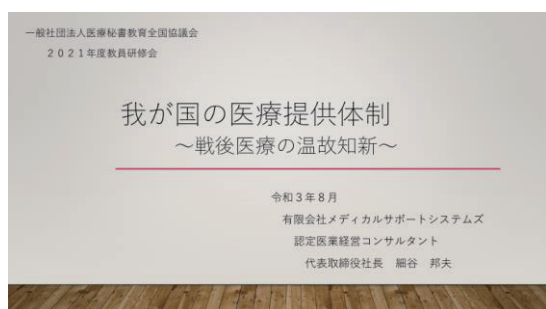
我が国の医療提供体制 ～戦後医療の温故知新～

細谷 邦夫

2021年8月に医療秘書教育全国協議会が毎年開催する、教員研修会における講演内容の要約です。

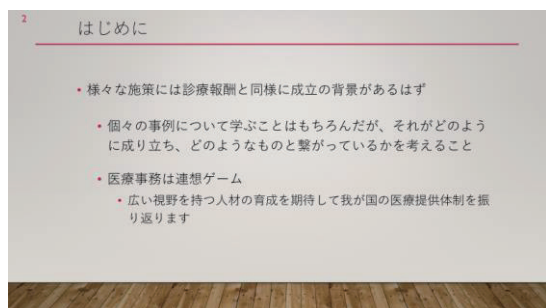
キーワード 医療提供体制、医療保険制度、医療秘書

スライド1



今回は、我が国の医療提供体制～戦後医療の温故知新～というテーマでお話をさせていただきます。

スライド2



Profile

(有)メディカルサポートシステムズ
代表取締役

はじめに私の考えを示しておきます。医療提供体制に対して様々な施策がありますが、診療報酬と同様に成立には様々な背景があるはずですが、それがどのように成り立っていて、どのようなものと繋がっているかを考えることは非常に大事です。特に医療事務は連想ゲームだと考えております。

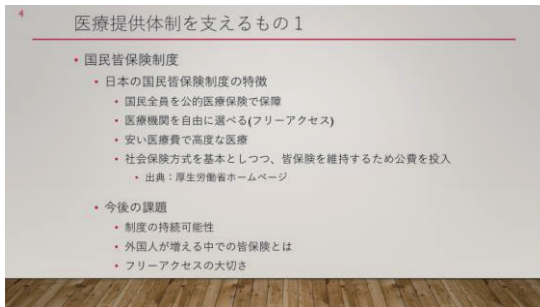
本日は、広い視野を持つ人材の育成を先生方に期待して、我が国の医療提供体制を振り返ります。そして大袈裟かもしれませんが、国家が担う責任の変化と医療秘書の役割について考えてみたいと思います。

スライド3



我が国の医療提供体制の特長について考察しながら、日本の医療提供体制の基本用語を確認していきたいと思います。

スライド4



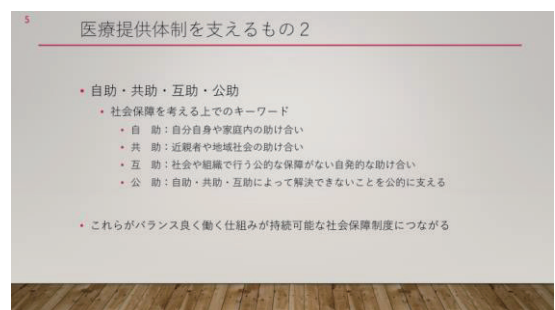
ここでは医療提供体制を支えるものというキーワードで3つのテーマに沿って見ていきます。最初に国民皆保険制度についてです。これにつきましては先生方も当然学生の皆さんにしっかりと教えいただいていると思いますが、言うまでもなく日本の医療制度は世界でもトップクラスの医療水準を維持しております。ただし長寿になった反面、現在では健康寿命が課題になっています。

国民皆保険制度についての特長を4点にまとめて確認していきます。1点目、国民全員を公的医療保険で保障する。2点目、医療機関を自由に選べる。いわゆるフリーアクセスというものです。3点目、安い医療費で高度な医療を受けることができる。4点目、社会保険方式を基本としつつ、皆保険を維持するために公費を投入、いわゆる税金を投入しているということになります。

さらに世界に冠たる国民皆保険制度について、今後の課題として3つあげます。まずは制度の持続可能性ということです。2つ目は外国人が増える中での皆保険ということです。3つ目はフリーアクセスの大切さについて触れています

が、残念ながら近年の様々な改革の中でフリーアクセスの範囲が徐々に狭まりつつあるというのが現実だと思います。具体的には病院の機能分化によって患者さんが入院したい病院に入院できるという状況ではないということです。あるいは外来医療であれば、選定療養費などの存在によって、患者さんがすぐに近隣の病院の外来に受診できるという状況ではなくなりつつあります。続いて外国人が増える中での国民皆保険は、様々な国籍の方が国内でも増えているという現状において、必ずしも日本の保険に加入していないという状況が今後増えてくると考えられます。また、3つ目のフリーアクセスというものの大切さを国民の皆さんがどれだけ理解しているのかで、今後の法制度の持続可能性が大きく変わるのではないかと思います。昨年より新型コロナウイルス感染症によって様々な問題が起きており、特に今年7月後半頃より医療崩壊一步手前までいっていますが、この状況でもやはり日本の医療の素晴らしさを改めて実感するのではないかと思います。

スライド5



医療提供体制を支えるものの2つ目のキーワードとして私が選んだのは自助・共助・互助・公助です。これは社会保障を考える上でもキーワードになり、一般的には互助を除いた自助・共助・公助と言われており、今回はあえて互助

という言葉に注目しました。それぞれの言葉の意味はスライドに書いてある通りですが、自助は自分自身もしくは家庭内での助け合い、共助は近親者もしくは地域社会での助け合いです。互助は社会や組織で行う自発的な助け合いですが、公的な補償がないということが特異な点です。そして公助は、自助・公助・互助によって解決できない部分を公的に支える仕組みです。これらの助けにつきましては、様々なご意見があると思いますが、これらがバランスよく働く仕組みというものが、持続可能な社会保障制度につながるということに間違いないと思います。ただ都市部においては地域コミュニティなどがほばないような状況も散見されますので、いわゆる地域包括ケアシステムなども含めて今後の大きな課題の一つということが言えます。

スライド 6

6 医療提供体制を支えるもの 3

- 医療関連法規の存在
 - 医療法：医療機関や医療提供体制を制御することで医療の質を担保
 - 健康保険各法：保険者、医療機関、患者を規律
 - 資格各法：医療従事者の確保と質を担保

最後に、医療提供体制を支えるものの3つ目です。医療関連法規の存在ということで、こちらも先生方から学生の皆さんにご説明していただいているものと思いますが、大きく3点あげております。まずは、医療法の内容です。こちらはご承知の通り医療機関や医療提供体制を制御することで医療の質を担保ということが最大の目的の法律になっています。続いて健康保険各法です。これは様々な法律の中で保険者、医療機関だけでなく患者さんに対しての規律も

設けています。そして3点目は資格各法です。医師法や保健師・助産師・看護師法といったようなもので医療従事者の確保と質を担保するために、この資格に応じた法律が設定されています。これら関連法規も含めて医療提供体制が守られています。その他診療報酬に関して言えば、施設基準や適時調査、個別指導のように医療機関が開院した後も様々な形で医療機関を規律して医療の質が担保されています。

スライド 7

7 【参考】医療保険制度の国別比較（厚生労働白書から）

アメリカ	イギリス
高齢者に対して現役層の社会保障税と公費を財源とするメディケア、低所得者に対して公費を財源とするメディケイドに基づく医療提供が行われるが、メディケア、メディケイドの対象外で、民間医療保険にも加入していない者が4千万人以上いるといわれている。このため、保険に加入していない者が病気になり医師が必要となった場合には多額の負担を強いられることになる。例えば、歩行器(仮装)の手術で入院した場合、入院日数や地域、為替レート等で変わってくるものの、その医療費は我が国の概ね10倍程度かかると(ニューヨークの事例)。アメリカの無保険者と、高額療養費制度の適用がある日本の被保険者・被扶養者の自己負担額の差は少なくとも20倍を超えるといわれている。また、保険加入者であっても、加入している医療保険の種類によって、受診できる病院や保険でカバーされる疾患が異なるという問題点が指摘されている。	- すべての国民が税財源により基本的に無料で医療提供を受けられることになっている(国民保健サービス(National Health Service(NHS)))。 - しかし、入院について、最近では改善が見られるものの、入院待機者数が多く入院まで長期待たされる、病院の選択が少なく、年度末には医療機関による入院拒否が見られるなどといった問題点が指摘されている。また、税財源による医療提供は公的病院に限られ、私立病院にかかる場合は任意の民間保険に入っていないければ多額の負担を強いられることとなる。

スライド7はよくある資料ですが、様々な国の医療保険制度を比較してみたものになります。代表的な4つの国アメリカ、イギリス、フランス、ドイツについて厚生労働白書から引用したのものになります。まずアメリカはメディケア、メディケイドという大きな制度を中心にその周りを民間の医療保険というもので補っていく仕組みになっています。日本と比較すると非常に医療費が高く、患者目線だと自己負担の差は約20倍アメリカが高いと言われています。日本でも一般の生命保険から医療保険が最近数多く出ていますが、それらと同じ考え方になり、保険によってカバーされる疾患が異なります。

続いてイギリスの医療保険制度です。こちらは国民医療サービス NHS が医療を無料で提供しています。ただこちら言葉が悪いかもしれませんが、安かろう悪かろうというイメージが

どうしてもついてまわります。実際に医療を受けるための待機時間が非常に長いということが従来から問題視されています。ただし、純粋な日本の保険とは違い、2階建てというように私立病院に受診する場合は民間保険に入っていないければ多額の医療費が請求されるという仕組みになっています。

スライド 8

8

【参考】医療保険制度の国別比較（厚生労働白書から）

フランス	ドイツ
すべての国民が公的医療保険に加入している。しかし、開業医に、協約料金を遵守することが強制される「セクター1医師」と協約料金以上の診療費を請求できる「セクター2医師」の区分があり、後者の場合、協約料金を超える部分は全額自己負担となるため、注意の民間保険に入っていないければ多額の負担を強いられることとなる。	一定の所得以上の国民を除き、公的医療保険に強制加入となっている。しかし、公的医療保険の加入者の外来診療は、あらかじめ登録された加入者数に応じた形で支払われるため、医療機関は、民間医療保険の加入者を優先的に治療する傾向が見られるといった問題点が指摘されている。

これらの先進諸国と比較すると、我が国は、国民皆保険制度の下、世界最高水準の平均寿命や高い保健医療水準を実現しており、国際的にも高い評価を受けている。今後は、我が国の宝である国民皆保険制度を維持しながら、更なる効率化を図りつつ医療の質を上げていくことが課題である。

出典：医療経済研究機構「医療関連データ集」（各国2005年版）等

次にフランスの医療保険制度になります。フランスとドイツがこのスライドに並んでいますが、フランス、ドイツ共に公的保険に加入していることが原則です。いずれも制度は2階建てになっているということがポイントです。フランスを見てみますと、基本的には公的医療保険に加入していますが、「セクター1医師」と「セクター2医師」の区分があって、「セクター2医師」に受診する場合、一定の水準を超えた部分は、全額自己負担で、任意の民間保険に入っていないければ多額の負担を強いられることとなります。これは介護保険制度に非常に近いものになります。

最後にドイツの医療保険制度です。こちらは一定の所得以上の国民を除き、公的医療保険に強制加入となっています。しかし、公的医療保険の加入者の外来診療は、あらかじめ登録された加入者数に応じた形で支払われるため、医療機関は、言葉は悪いのですが、うまみのある民

間医療保険の加入者を優先的に治療する傾向が見られるといった問題点が指摘されています。

スライドの下に枠で囲ってありますが、このように先進国と比較してみても、我が国の国民皆保険制度は非常によくできているということが言えます。この制度の持続可能性には、保険料収入や医療費の問題がありますが、国民皆保険制度を維持しながら、更なる効率化を図りつつ医療の質を上げていくことが今後の大きな課題になります。

スライド 9

9

我が国の医療提供体制の歴史

時代背景の概観

我が国の医療提供体制の歴史について、様々な施策の裏側にある時代背景を見ていきたいと思います。基本的な用語は今まで確認してきましたので、歴史を3枚ぐらいのスライドで振り返ります。キーワードは医療提供体制、医療保険制度、健康づくりという3つになります。

スライド 10

10

医療提供体制簡易年表 1

- 戦後の医療提供体制の歴史を大別すると
 - 1. 医療基盤の整備と量的拡充の時代（概ね1945(昭和20)年から1985(昭和60)年まで）
 - 2. 病床規制を中心とする医療提供体制の見直しの時代（概ね1985年から1994(平成6)年まで）
 - 3. 医療施設の機能分化と患者の視点に立った医療提供体制の整備の時代（概ね1992(平成4)年以降）
 - 4. 新たな感染症に対応する時代（令和2年以降）
 - 令和3年の厚生労働白書参照

出典：平成19年度 厚生労働白書

医療提供体制簡易年表 1 です。戦後の医療提供体制の歴史を大別すると以下の 4 つに分けられます。まず 1 点目、医療基盤の整備と量的拡充の時代で概ね 1945 年から 1985 年ぐらいまでです。続いて 2 点目、病床規制を中心とする医療提供体制の見直しの時代、これは概ね 1985 年から 1994 年までです。3 点目医療施設の機能分化と患者の視点に立った医療提供体制の整備の時代で概ね 1992 年以降となっています。4 点目は私の加筆になりますが、新たな感染症に対応する時代で、令和 2 年以降は言うまでもなく新型コロナウイルス感染症に対応するという話になります。この内容については最後の方にスライドを 1 枚追加していますが、令和 3 年の厚生労働白書などをご参照ください。これらの時代を簡単に総括してみると、戦後すぐの公衆衛生重視の時代から、多様化するニーズに応えるように様々な改正が繰り返されてきたことが言えます。近年では非正規労働者の増大ということと、皆保険制度そのものが変化に対応する必要に迫られています。そのような中で新型コロナウイルス感染症のパンデミックによって、変化が起きるということは間違いなく言えます。ただし、病気を治すという医療の根幹そのものは当然変わるわけではありませんので、戦後の流れというのが今後も続いていくだろうということが言えます。

スライド 11

11 医療提供体制簡易年表 2

- 医療保険制度の歴史を大別すると
 - 1. 国民皆保険制度確立の時代
(概ね 1922(大正 11)年から 1961(昭和 36)年まで)
 - 2. 保険給付等の拡充の時代
(概ね 1961 年から 1973(昭和 48)年まで)
 - 3. 医療費の増大に対応するための、給付と負担の見直しの時代
(概ね 1973 年以降)

出典：平成 19 年度 厚生労働白書

医療提供体制簡易年表 2 ということで医療保険制度の歴史を 3 つの区分で示してあります。1 点目は国民皆保険制度確率の時代で、やや時代を遡りますが 1922 年から 1961 年まで、かなり長い時代を要しているということが言えます。2 点目、保険給付等の拡充の時代、こちらは概ね 1961 年から 1973 年まで、そして 3 点目、医療費の増大に対応するための、給付と負担の見直しの時代で、概ね 1973 年以降となります。こちらを簡単に総括してみると、医療保険制度は大正時代から始まっていますが、戦争という非常に暗い時代を経て終戦でほぼゼロから再スタートし、まずは医療提供体制を確保しなくては行けないという時代が長く続きました。さらに国民皆保険制度が実際に発足した後は見切り発車という部分が非常に多かったのも、様々な保険給付などは広げていく、あるいは医療の質を確保していくという時代が続きました。その結果起こったことは医療費の増大で、そこから様々な見直しが行われ今に至るということです。

スライド 12

12 医療提供体制簡易年表 3

- 健康づくりの歴史を大別すると
 - 1. 成人病対策を中心とした疾病予防の時代
(概ね 1955(昭和 30)年から 1996(平成 8)年まで)
 - 2. 生活習慣に着目した健康づくりの時代
(概ね 1996 年から 2005(平成 17)年まで)
 - 3. 新しい知見に基づく総合的な生活習慣病予防と職場における新たな健康確保対策
(概ね 2005 年以降、職場での新たな健康確保対策は 2000(平成 12)年以降)

出典：平成 19 年度 厚生労働白書

次のスライド 12 は、医療提供体制簡易年表 3 というタイトルになっていますが、ここでは健康づくりの歴史を 3 つに分けております。まず 1 点目は、成人病対策を中心とした疾病予防の時代、概ね 1955 年から 1996 年、2 点目、生活習慣に着目した健康づくりの時代、概ね 1996

年から 2005 年、3 点目は、新しい知見に基づく総合的な生活習慣病予防と職場における新たな健康確保対策で、概ね 2005 年以降という区分で示しています。このスライドについて簡単に総括してみると、敗戦直後については、当時の死因第 1 位は結核が筆頭に挙げられており、復興と同時に広範囲な公衆衛生対策に迫られました。公衆衛生対策としては、現在の新型コロナウイルスと同様ですが治療薬の開発普及、定期検診、予防接種の実施など、様々な調査研究、啓発活動、治療が非常に積極的に行われた時代が続きます。その結果国民の栄養水準の向上と相まって結核の死亡率が大幅に低下したのは昭和 20 年代の話になります。結果 1951 年（昭和 26 年）は脳血管疾患が結核に変わって死因の第 1 位におどり出しました。1958 年（昭和 33 年）には現在の三大死因と言われている悪性新生物の癌や心疾患・脳血管疾患が上位に上がってきたという背景があります。その流れで生活習慣の改善が着目されてきました。

スライド 13



次にスライド 13 は、我が国の医療提供体制の温故知新というタイトルで、さらに細い年表で戦後の流れを振り返っていきたいと思います。医療提供体制だけではなく、医療に関連する事例を示しています。

スライド 14

医療提供体制温故知新（量的拡充の時代 1）		
1922年（大正11年）健康保険法 1938年（昭和13年）旧国民健康保険法 1946年（昭和21年）実地修練（インターン）制度 1947年（昭和22年）労働基準法 1948年（昭和23年）医療法、社会保険診療報酬支払基金、教育制度改革 1951年（昭和26年）准看護師制度 1958年（昭和33年）国民健康保険法、全国一律の診療報酬体系に 1959年（昭和34年）東京都特別区が国民健康保険を実施し他自治体が追随	1960年（昭和35年）岩手県沢内村高齢者の医療費を無料に 1961年（昭和36年）国民皆保険、皆年金の達成 【負担割合】被用者保険：本人は負担なし、家族は5割、国民健康保険：5割 1963年（昭和38年）老人福祉法（養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム） 1965年（昭和40年代）理学療法士、作業療法士、診療放射線技師、臨床検査技師などの新たな資格制度	

スライド 14 は、年表形式で示しています。最初に医療提供体制、量的拡充の時代 1 です。健康保険法、国民健康保険法は、いわゆる太平洋戦争以前にできた法律となっております。ただそれらの法律も含めて戦争で全てがリセットされ、まずは復興を優先していくという中で、様々な法律の成立や改正が行われていきました。ここでの一番の問題点は戦前からの仕組みを、まっさらな状態から作り直すのではなく、今ある仕組みを改良していったということが、制度を複雑にしまい今に至っても解決できていない問題となっています。例えば健康保険法、国民健康保険法は、戦前からあるものにマイナーチェンジを加えましたが、国民健康保険法に関しましては、加入者数の伸び悩みという大きな問題を抱えているため 1958 年（昭和 33 年）に大きな改正を行っています。また、今に繋がるものとして、1946 年（昭和 21 年）に始まった実地修練制度です。これは現在の臨床研修医制度につながる仕組みです。スライド 14 の中で注目していただきたいのは 1948 年（昭和 23 年）です。医療法をはじめとして様々な関連法規が整備された年であり、ここに様々な考えが集約されていると言えます。戦後 10 年ぐらいは戦争の影響で貧困の時代が長く続き、一部負担金の軽減であったり、高齢者に対する施策というのが非常に目につきます。

スライド 15

医療提供体制温故知新（量的拡充の時代 2）	
1968年（昭和43年） 臨床研修制度（努力義務） 【負担割合】国民健康保険：3割 1969年（昭和44年） 東京都と秋田県が老人医療費を無料化 1972年（昭和47年） 労働安全衛生法 1973年（昭和48年） 70歳以上の医療費無料に（老人医療費支給制度）、1県1医大構想 【負担割合】被用者保険の被扶養者：3割、入院負担割合：5割から3割へ、高額療養費制度（月額3万円以上）	1977年（昭和52年） 初診時一部負担金600円、入院時一部負担金200円 1980年（昭和55年） 初診時一部負担金800円、入院時一部負担金500円 - 被用者保険の被扶養者入院負担割合：3割から2割へ 1983年（昭和58年） 老人保健法 1984年（昭和59年） 職域保険（被用者保険）本人の自己負担1割、退職者医療制度、特定療養費制度 1985年（昭和60年） 医療計画の導入（第1次医療法改正）

スライド 15 は、量的拡充の時代 2 です。こちらも一部負担金の割合というようなものに付きます。後ほどのスライドで触れていきますが、戦前からある法律に手を加えてしまい、一部負担の格差が問題視されるようになりました。こういった細かい法改正が行われてきたという経緯があります。また医療を量的に拡大する中で、医師あるいは医療機関の不足というものを補うために 1 県 1 医大構想が 1973 年に打ち出されて、現在に至っています。そういった施策の結果、1980 年代に入り、日本の医療というのは一定程度の水準に達した時代と言われており、10 年ほどを安定した時代が続きます。この頃より高齢化の進展というのが問題になり、様々な法律の見直しが行われました。現在は当たり前前に医療計画が導入されており、それは 1985 年からスタートしました。

スライド 16

医療提供体制温故知新（医療提供体制見直しの時代 1）	
1984年（昭和59年） 介護老人保健施設（社会的入院解消のため） 1987年（昭和62年） 改正労働基準法（労働時間を週48時間から週40時間へ、変形労働時間制やフレックスタイム制の導入） 1989年（平成元年） ゴールドプラン（在宅福祉）、消費税（3%）	1992年（平成4年） 特定機能病院、療養型病床群、患者に対する情報提供の推進（第2次医療法改正） 1994年（平成6年） 新ゴールドプラン、「少子・高齢社会看護問題検討会」の報告書により看護系大学など高等教育の充実化始まる

スライド 16 から少し時代の区分が変わっていきます。医療提供体制の見直しの時代 1 ということです。先ほど示した通り 1980 年代に入り医療は一定程度の水準に達し、比較的安定した時代になったということが言えます。ただし高齢者への施策が充実した半面、社会的入院が増えたり、あるいは医療機関のサロン化という問題が起こる時代になってきました。社会的入院は、老人医療費が無料または非常に低額になったということで老人施設に入るよりも結果的に安く入院ができてしまったという事が原因の一つとして挙げられています。また医療機関のサロン化については、医療費負担が非常に安いまたは無料だということで、元気な高齢者が寄合のように利用するようになってしまったということが問題視された時代になります。その流れで、介護老人保健施設などが 1986 年（昭和 61 年）からスタートしています。介護老人保健施設や特別養護老人ホームは、今では介護保険の施設となっていますが、医療事務の仕事をしていてもこの施設の区別はなかなかつきにくいものです。特別養護老人ホームなどは戦後に遡りますが、お金を持たない高齢者などを収容するための施設という意味合いでスタートを切っており、介護老人保健施設は、スライド 16 にもある通り、社会的入院解消という目的があってスタートしているものです。それぞれの役割は、今の法改正の保険制度の中で示されています。そのように高齢者の医療提供というところが問題視される中で、ゴールドプランや新ゴールドプランを含めて、在宅福祉という概念が出てきました。

また、医療従事者の高等教育化というところで医療の質を上げていくというほか、特定機能病院制度や、様々な仕組みが動き始めた時代でもあります。この時代に医療提供体制とは関わりのありませんが、労働基準法の改正などがあ

り、週の労働時間が 48 時間から 40 時間へという流れが出始めています。ここから約 15 年の間で 200 時間ほど日本の労働時間は減っています。残念ながら医療機関は労働環境の見直しは、ここ数年でようやく動き始めたということです。

スライド 17

医療提供体制温故知新（機能分化と患者目線の時代 1）	
1996年（平成8年） 成人病から生活習慣病へ 1997年（平成9年） 総合病院制度廃止、地域医療支援病院、インフォームド・コンセント努力規定（第3次医療法改正） - 職域保険（被用者保険）本人の自己負担2割 - 労働時間週40時間へ完全適用、消費税引き上げ（5%） 2000年（平成12年） 療養病床と一般病床の分化、広告規制緩和（第4次医療法改正）、高齢者の負担が定額から定率1割に - 介護保険制度創設、「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）」	2001年（平成13年） 保健医療分野の情報化にむけてのグランドデザイン 2002年（平成14年） 初の診療報酬本体マイナス改定、健康増進法 - 職域保険（被用者保険）本人の自己負担3割、家族の入院負担割合：2割から3割へ - 高齢者の現役並み所得者を2割 2003年（平成15年） 保険料に総報酬制、個人情報保護法 2004年（平成16年） 新医師臨床研修制度（必修化）

スライド 17 からは機能分化と患者目線の時代という流れに変わってきます。この頃よりの先生方も馴染みのある流れの時代になります。まず大きなことは保険料の見直しです。患者さんの懐を直撃するような消費税の引き上げという細かい改定があったり、2000 年は高齢者の負担というのが定額から定率に変わっていったというような時代になります。同時に介護保険制度が創設され、健康寿命延伸の施策が増え始めた時代になります。当然介護保険制度が創設された背景としましては、医療費の増大ということがあります。それによって保険料の見直しというところにも影響があり、何より診療報酬改定も本体改定率が初めてマイナスになったのが 2002 年（平成 14 年）です。ある意味医療業界には色々衝撃的な時代でした。若干目線を変えていきますとスライドの右上 2001 年（平成 13 年）に「保健医療分野の情報化に向けてのグランドデザイン」というものが示されました。これについては初めて聞いた言葉という方もいらっしゃるかもしれませんが、レセプトの電子化

の発端になっていると考えていただければいいと思います。今はレセプトの電子請求というのは当たり前になっていますが、レセプトを例に取れば手書きの時代、レセコンの時代、電子カルテの時代という形で推移してきて、ここ 1、2 年でオンライン診療、いわゆるビデオチャットを使った診療が出てきていますので、だいたい 20 年たって、大きな波がきているということが言えます。

スライド 18

医療提供体制温故知新（機能分化と患者目線の時代 2）	
2006年（平成18年） レセプトオンライン請求、保険外併用療養費制度、政府管掌から協会けんぽへ、看護師確保対策の本格化 2008年（平成20年） 後期高齢者医療制度 2014年（平成26年） 消費税引き上げ（8%） 2015年（平成27年） 医療保険制度改革法 （国民健康保険への財政支援の拡充、入院時の食事代の段階的引き上げ、紹介状なしの大病院受診時の定額負担の導入などが盛り込まれた） - 新オレンジプラン	2016年（平成28年） 患者申出療養制度 2018年（平成30年） 国民健康保険の財政運営が、市町村から都道府県単位に変更 2019年（令和元年） 消費税引き上げ（10%）

スライド 18 は機能分化と患者目線の時代 2 ということです。どちらかという細かい制度の変更で、国民皆保険制度をはじめとして、日本の医療提供体制を維持していくための施策が繰り出された時代になります。疾病に対する施策として、新オレンジプランとか、認知症や癌といったような具体的な疾患に対しての施策が出始めた時期になります。2006 年（平成 18 年）と 2008 年（平成 20 年）は、今につながる大きな制度の転換点だったということが言えます。年は分かれています、それぞれ一つの改革の中で行われたことが、何年にわたっても行われました。この改革で言われたことは、生活習慣病の予防、平均在日数の短縮といった医療費の抑制策というものが本格的に動き出した時代です。その結果、後期高齢者医療制度というものが導入され、赤字が長く続いた政府管掌の健保

については、現在の協会けんぽへの移行が行われたというように大きな変革があった時代でした。

スライド 19

19 国民皆保険達成から積み残された問題点 1

- 現在でも問題になっている事象は皆保険達成時の社会情勢を知る必要がある。
- 制度間格差の問題
 - 戦前の名残りで制度が乱立
 - 各制度間での給付や拠出の格差
 - 被用者保険と国民健康保険の格差
 - 自己負担率
 - 被用者保険：本人0割、家族5割
 - 国民健康保険：世帯主・家族とも5割
- 保険料の格差
 - 被用者保険：労使折半かつ事業主の負担割合を高くすることが認められていた
 - 国民健康保険：全額自己負担
- 給付の格差
 - 健保組合では厚い付加給付のほか健康診断や保養施設等

スライド 19 からは今までの流れを踏まえて国民皆保険制度達成から積み残された問題点を見ていきたいと思います。国民皆保険制度が達成されたのは 1961 年ですが、その当時に問題とされていたことが実は今の時代まで尾を引いていることがあります。その理由を探るためには、当時の社会情勢などを知る必要があります。ここではいくつかポイントになる点を挙げています。

1 点目は制度間格差の問題です。これまでの話の中でも少し触れておりますが、現在の健康保険制度は、戦前のなごりがあるものに制度が乱立していった時代が長く続き、それを補うように細かい法律の改定が行われたというような背景があります。それが端的に表れているのが、自己負担率の差です。現在多くの方が 3 割負担ですが、当時の被用者保険は本人 0 割家族 5 割、国民健康保険は世帯主家族ともに 5 割でした。それと関連して、保険料にも格差がありました。今でも全く変わっておりませんが、被用者保険については労使折半、それに対して国民健康保険は全額自己負担ということになっておりますので、こういった制度の間の格差の解消という

ことがずっと言われています。また給付の格差というのもあり、これも今でもある話ですが、付加給付が手厚い保険者あるいは、健康診断が充実している所、それから多くの保養施設を持っているような保険者というのもあります。このような格差ということを解消するために様々な施策がなされてきたという時代背景があります。

スライド 20

20 国民皆保険達成から積み残された問題点 2

- 保険財政が不安定
 - 特に国民健康保険と政管健保（政府管掌）の財政基盤が脆弱
 - 国民健康保険は高齢者比率が高く、低所得の被保険者が多いなど構造的に高いリスクを抱えているのは現在も同じ
 - 政管健保は給付支出の拡大に保険料収入が追いつかず1962年以降は毎年のように赤字となり結果的に組織変更
- 保険給付水準の低さ
 - 前述の国民健康保険の給付率や被用者保険の家族給付率が低さに加え
 - 保険診療には多くの制限があった
 - 傷病手当金や出産手当金のような現金給付の水準も低かった
 - 現在は一定の解決を見ているか？

積み残された問題点として 2 つ目にあげられるのは保険財政が不安定であるということです。特に国民健康保険と被用者保険の間の政管健保の財政基盤が脆弱だったということが挙げられます。これはまさに今に繋がることですが国民健康保険では、高齢者の比率が高く、低所得者の被保険者の方が多いため、構造的に疾病のリスクが高い患者さんあるいは保険料が支払えなくなるリスクを抱えている方が非常に多いということです。政府管掌の健康保険に関しては 1962 年以降毎年赤字で、結果的に現在の協会けんぽに組織変更されました。保険料の問題ということはずっと同じく続いています。3 点目としてあげる問題点として保険給付水準の低さというものが当時問題視されていました。スライド 19 でも示した通り、患者さんの自己負担が高いのは、給付率が低いという話になりますが、それ以外に保険診療には多くの制限があったと

いう状態が非常に長く続きました。制限診療という言葉がネットで検索していただくと出てきますが、昭和35年の点数表を手にとったとき、現在の点数表と比較すると、驚くほど内容が薄いものでした。要するに保険診療で面倒を見ることができる項目が非常に少なかった時代が続いたということが言えます。また、傷病手当金や出産手当金といったような現金給付の水準も低かったのですが、今現在は一定の解決をしていると思います。しかし、様々な方が保険に加入しているという現状から、今後は様々な問題が生じるリスクをはらんでいると思います。

スライド 21

21

国民皆保険達成から積み残された問題点 3

- 国民皆保険体制の理想と現実の医療供給体制の落差
 - 全ての国民が医療の格差なく受診できることが国民皆保険の理念であるが見切り発車だった
 - 医療従事者や医療機関を含めた医療提供体制の充実の後進になった
 - 地域や診療科の偏在問題へと繋がっている
- 国民皆保険はしばしば「いつでもどこでもだれでも」という標語で示されるがそれは単に全国民が医療保険に加入しているということではなく必要な時にはいつでも適切な医療が受けられ産業・職業・所得・地域等によって医療内容に格差が生じないということを示している。
- したがって国民皆保険はそれに対応した医師医療機関等の医療供給体制が整っていなければならなかったがそこにはいっさい手をつけないままのスタートであった。

積み残された問題点3というスライドに移っていきます。国民皆保険体制の理想と現実の医療供給体制の落差ということが当時から問題視されていました。これは全ての国民が医療の格差なく受診できることが国民皆保険の理念であるが見切り発車だったということが言えます。つまり下半分にやや小さい字で書いたのですが、国民皆保険制度というのは、いつでもどこでもだれでもと言いますが、単純にすべての国民が医療保険に加入しているということではなく、必要な時にはいつでも適切な医療が受けられ産業・職業・所得・地域等によって医療内容に格差が生じないということが国民皆保険体制の理想・理念ということなのです。残念ながら1961

年（昭和36年）時点では医療体制はまだ未発達という状況であり、その充実については後追いになってしまったということが言えます。結果的にそれが医師や医療リソースの地域偏在という現在の問題につながってしまっているということです。

スライド 22

22

国民皆保険達成から積み残された問題点 4

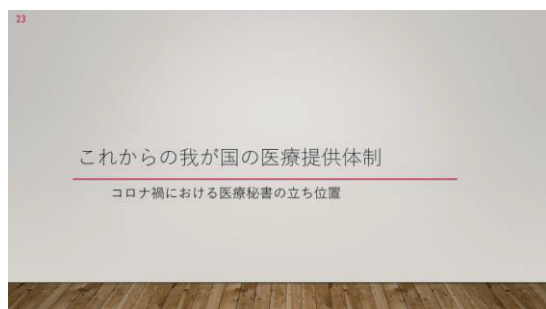
- 日本の社会保障の前提条件の変化
 - 被用者保険
 - 正規雇用・長期雇用・完全雇用の変化により体制からこぼれ落ちていく人の増加
- 国民健康保険
 - 低所得者や無収入者の増大による保険料収納率の低下や有病率の高さによる医療費の増大
 - 対応策としての広域化が行われているが効果は分かるのはまだ先か？
 - 地域ごとに異なる疾病構造に対応できる新たなシステムの構築が必要？
- 財政問題はまだまだ続く
 - 保険の種類ごとに財政基盤が異なる状況でどのような対策を打てるか
 - 保険料収納率の向上策、医療費の増大への対応、疾病予防対策の推進
 - 保険診療の対象拡大（予防医療だけでなく不妊治療への保険適用など）

積み残された問題点4は、国民皆保険制度達成当時の社会情勢というより現在の問題です。日本の社会保障制度の前提条件が変わってきています。具体的な例を挙げますと被用者保険においては、日本的な雇用の流れが崩れ始めていることが言えます。こういった社会保険を成り立たせるための仕組みからこぼれ落ちていく人が増加しているという中で、保険料収入あるいは保険料の収納率の低下が問題になってきています。続いて国民健康保険については、構造的な問題だと思いますが、低所得者あるいは無収入者の増大による保険料収納率の低下があります。それ以外には高齢者が多く平均年齢が高いというところから有病率が高いというところからです。医療費の支払いが大きくなる点が問題として挙げられます。

これに対しては当然対応策が練られていて、メジャーなところは国民健康保険の広域化ということで、後期高齢者医療制度で広域連合の仕組みが取り入れられたことが一定の効果を挙げ

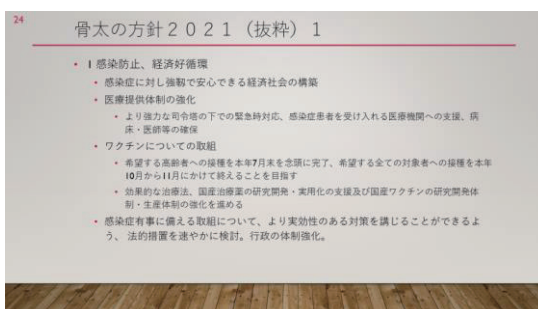
ています。ただ当然ですが、日本は細長い土地柄で、地域ごとの疾病構造が異なっています。このような対応ができるかどうか分かるのは、まだ先ではないかと考えます。そして財政問題は、まだまだ続き、上記に挙げたような保険収納率の低下以外にも保険の種類が、健康保険組合、市町村国保など様々ある中で財政基盤が異なる状況では、どんな対策を打っていけるのが非常に大きな問題になります。それらの事は今までの歴史の中での繰り返しでもあるのですが、近年の保険診療の対象拡大として具体的には令和4年度の改定では、おそらく不妊治療が保険適用されるがほぼ決まっておりますが、新しい概念が導入される中で医療費の拡大をどう防ぐか今後の課題と言えます。

スライド 23

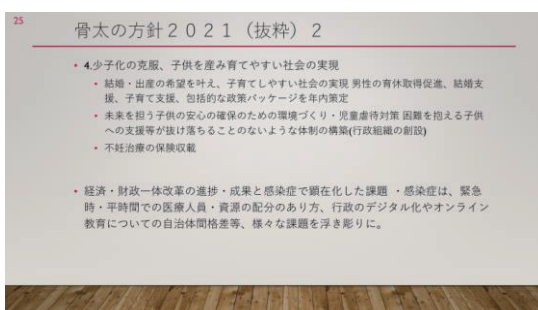


ではまとめになります。これからの我が国の医療提供体制について、サブタイトルとしてコロナ禍における医療秘書の立ち位置というように示してあります。

スライド 24



スライド 25



医療提供体制を見ていく上で、参考になりそうなのが骨太の方針と厚生労働白書があります。スライド24,25では、骨太の方針2021の中で、特に医療に関係しそうなものをピックアップして挙げています。新型コロナウイルスの影響で感染症対策というものが前面に出ているのが一つの特徴です。骨太の方針 2020 までは、全世代型の社会保障とも言われており、当然そういったことがベースにあって感染症対策をしていくという流れになっています。スライド 25 は、不妊治療を保険収載するというように、様々な少子化対策を挙げています。特に不妊治療の保険収載に関して言うと従来の保険診療の常識というものを捨てていかなければなかなか理解しづらい部分が出てくると危惧をしております。医療とは関係ない部分もあるのですが、感染症によって顕在化した課題というものが挙げられ

ており、医療人資源の配分の他に、デジタル化やオンライン化というような課題も浮き彫りになっていることが指摘されています。個人的な感想ではありますが、医療秘書の皆さんはデジタルの部分に弱い方も多いのではないかと思いますので、このようなデジタルデバイドの縮小ということも一つの課題と言えます。

スライド 26

スライド 26 は令和 3 年度の厚生労働白書の抜粋になります。令和 3 年度版厚生労働白書の全体像と書いてありますが、大きな流れとしては新型コロナウイルスに対しての対策です。新型コロナウイルス感染症自体は、今後の治療薬などが出来れば 2、3 年で収束する可能性というものもあるかと思いますが、感染症への備えというものは病院診療所関係なく体制の構築というものが進められていることは間違いないと思います。また、セーフティネットの重層化がうたわれており、セーフティネットが非常に増えてくるという時代になると、当たり前ですが医療秘書教育の中で覚えるべき知識あるいは教えるべき知識も当然増えてくる可能性があります。私が医療機関の窓口に立っていた時代と比べますと今の医療機関の窓口に必要な知識というのは非常に増えていると言えます。今後、このような新たな知識を教えていく中で、

どういう時代背景があって、これからこういったことが必要だから、こういう制度ができていることを、学生の皆さんに教えていくことが非常に大事なポイントだと思います。

スライド 27

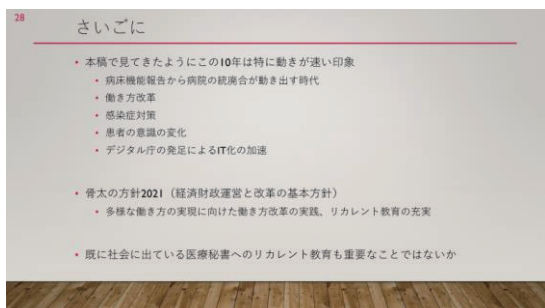
スライド 27 ではコロナ禍における医療提供体制と医療秘書と題していますが、新型コロナウイルス感染症の流行の中で、まず現在までの医療の現場とはかなり流れが変わってきている点について挙げています。具体的に医療秘書の仕事で言うと、現在は電子カルテあるいはオーダーリングシステムが当然の時代の中で、今後はオンライン診療、オンライン服薬指導、オンライン資格確認システム、こういったシステムに対応する力が必要であると言えます。

次に医療機関にとっては、患者さんが医療機関に足を運ぶのが当たり前というような意識があると思いますが、コロナ禍において在宅療養の方が急増している中で往診の重要性というのが増えています。もちろん入院自体は医療機関に来ていただくというのは大前提ですが、院内アメニティとして院内 wi-fi やオンラインを活用した面会というような仕組みの整備が必要になってきます。これらは、医師、看護師の仕事ではなく医療秘書をはじめとした事務職の仕事になると思いますが、なかなかこういうところまで手が回っていないことが現状だと思います。

その他診療の流れ自体も大きなパラダイムシフトが起こると思います。今後は AI とか RPA というシステムが身近になります。例えば AI は、お医者さんが患者さんの体をさわって病気を調べることに加え、コンピューターが診断の補助をする時代が、すぐそこに来ています。事務的な目線で言うと人力が必須とされていた医療秘書業務は、RPA というシステムを使っていくと飛躍的に業務が効率化されることがすぐ目の前まで来ています。オンライン資格確認システムなども含め、非接触の窓口対応も、もうすぐ目の前まで来ています。こういったところにも対応できるというような人材が必要だと思っています。

の方々は 2 年に 1 回の診療報酬が変わる中で、やはり卒業してしまうと知識が上書きできていないという方も、かなり多くいるのではないかと思います。そのようなところを踏まえて、大きな変化がある 10 年の中で、学校で学んだ事と今現実で起こっていることのギャップがあると思いますので、リカレント教育が非常に重要になってきます。そういった新たな知識を上書きできた医療秘書の方々が、今後の我が国の医療提供体制の縁の下の力持ちになれる日はそう遠くないと思います。

スライド 28



28 さいごに

- 本稿で見てきたようにこの10年は特に動きが速い印象
 - 病床機能報告から病院の統廃合が動き出す時代
 - 働き方改革
 - 感染症対策
 - 患者の意識の変化
 - デジタル庁の発足によるIT化の加速
- 骨太の方針2021（経済財政運営と改革の基本方針）
 - 多様な働き方の実現に向けた働き方改革の実践、リカレント教育の充実
- 既に社会に出ている医療秘書へのリカレント教育も重要なことではないか

最後のスライドになります。今まで見てきたように戦後 80 年弱の時代の中で、ここ 10 年は特に動きが早い印象があります。ここに挙げた病床機能報告をもとに病院の統廃合の話が出てきたり、あるいは働き方改革が現実味を帯びたり、感染症対策、患者さんの意識の変化、デジタル化、IT 化の加速など、急速に同時並行で進んでいます。骨太の方針を見ると、多様な働き方の実現に向けた働き方改革の実践やリカレント教育の充実が書かれています。特に医療秘書

「施設基準管理士」養成の必要性

田中 利男

2021年8月に医療秘書教育全国協議会が毎年開催する、教員研修会における講演内容の要約です。

キーワード 施設基準管理、認定試験、適時調査

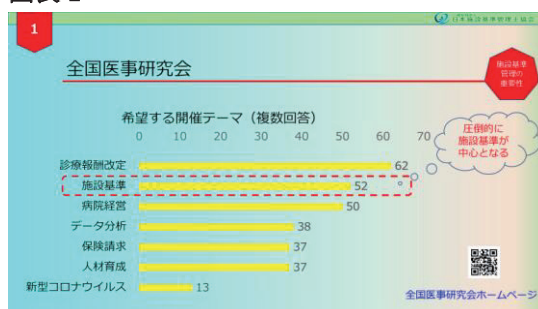
はじめに

現在、「施設基準管理士」の資格を目指す方は、施設基準を担当していない未経験者が大半となっており、第4回 資格認定試験（2021年11月27日（土）開催）の受験者数もコロナ前と同じくらいの人数まで増えてきています。なぜ、いま多くの方が施設基準を学ぼうとしているのでしょうか。それは施設基準の管理が病院経営に直結するからです。

実際に医療機関が施設基準の管理を怠り、厚生局が行う適時調査で不備が指摘されると多額の返還金が発生し、大きな損失となってしまいます。特に病院では施設基準を必ず届け出するため、1病院に最低でも一人は施設基準に詳しい人材が必要です。これから病院に就職する学生や転職をされる方も、事前に施設基準の基礎知識を知っておいて損はありませんので、ぜひこの機会に「施設基準管理士」養成の必要性を考えていただければ幸いです。

施設基準管理の重要性

図表 1

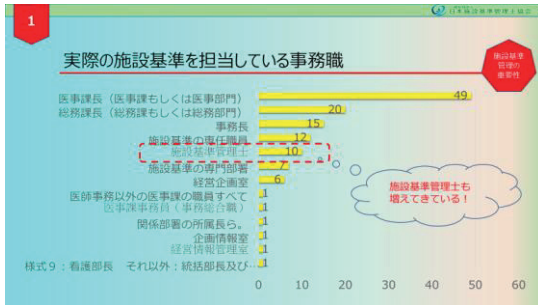


図表 1 は、今年に入って全国医事研究会が会員にアンケートを行った希望するイベントの開催テーマです。施設基準は、見事に第2位となっており、第1位の診療報酬改定と第3位の病院経営についても、施設基準が大きくかかわっているため、結果的に施設基準が、いかに重要かが分かります。

Profile

一般社団法人
日本施設基準管理士協会
代表理事

図表 2



また、施設基準を担当している「施設基準管理士」も増加傾向にあります（図表 2）。ではなぜ、医療機関では施設基準の管理が重要になるのでしょうか。まずは、「施設基準」を取り巻く背景に何があるのかを見ていきましょう。

昨今の医療機関の経営は大変厳しいものとなってきました。特に社会情勢を反映した医療制度改革により医療現場では大きな変化が求められています。社会の変化に伴い、浮き彫りとなった課題が診療報酬に反映され、さらに施設基準の細かい要件が定められます。

この施設基準には一定のルールがあり、医療機関ではそれに従って届出を行えば診療報酬を算定できます。しかし、複雑なルールが存在するため届出の内容に不備があったり、実際に届け出た内容と異なったりするケースが多発しています。施設基準の要件が満たされていないと後日、適時調査で不備が発覚し、返還金が発生する事態となるのです。

図表 3



これまで医療機関の中では「施設基準」を体系的に教育するという概念がありませんでした。多くの現場では、先輩や上司などから教わったり、市販の本などで自己学習したり、セミナーなどで情報を得るなど、それぞれ独自の方法で学んでいました（図表 3）。そこで日本施設基準管理士協会では「施設基準」を体系的に学ぶために資格制度を創設しました。それが「施設基準管理士」です。

施設基準管理士とは？

「施設基準管理士」は医療機関が行う施設基準の届出を総合的に管理・運用する専門知識とスキルを身につけた職種として定義できます。医療機関が安心・安全で高度な医療を広く提供する前提として、まずは安定した経営を維持していかなければなりません。

医療機関の経営は大部分が診療報酬で成り立っており、その診療報酬を算定するにあたり定められているルールが「施設基準」です。施設基準は診療報酬改定を重ねるごとに点数の項目が増加の一途をたどっています。内容も年々複雑さを増しているため、医療機関では施設基準を総合的に管理する専門の知識やスキルが必要となります。

例えば保険請求後に厚生局から届出内容の不備などを指摘されることがあります。その場合、施設基準に関する法令を「知らない」という理由だけでは行政処分をまぬがれることはできません。そのため、「施設基準管理士」が担う役割は極めて重要なものとなります。

「施設基準管理士」は医療現場で施設基準の適切な運用を調整する職種として、今後の活躍が期待されています。

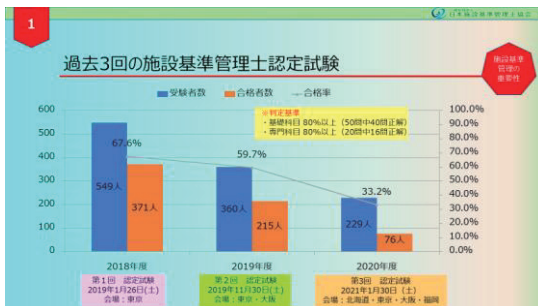
図表 4



また 2021 年時点での「施設基準管理士」の資格保持者は、1 期生から 3 期生までを合わせて 609 名（現在 617 名）となっており、全国の医療機関などで活躍されています（図表 4）。最近では「施設基準管理士」の資格者を採用される医療機関も出てきており、今後は実務でも生かせる資格としてさらに発展していくことが望まれています。

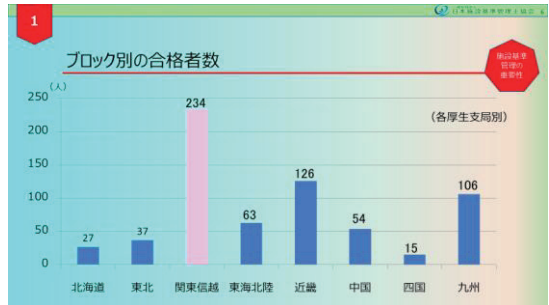
認定試験の実施状況

図表 5



これまでの認定試験は第 1 回から第 3 回まで実施されており、内訳は図表 5 のとおりです。認定試験の判定基準は基礎科目と専門科目ともに正解率 80%以上となっています。

図表 6



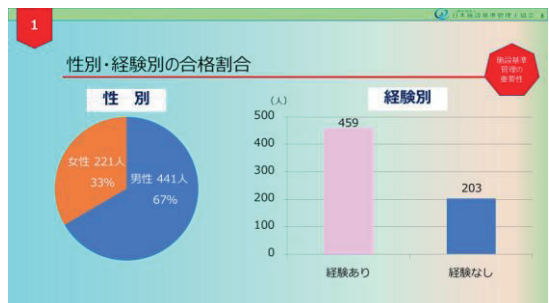
合格者の内訳として、全国の厚生局管轄ごとに分けたブロック別の合格者人数は図表 6 のとおりです。内訳は過去 3 回の認定試験で合格した、662 名です。関東が 234 名と最も多く、その次は近畿、九州と続きます。

図表 7



合格者の所属施設は、一般が大半を占めており、病床数の規模では 200 床以上が半数以上を占め、次いで 20 床以上～200 床以下となります（図表 7）。

図表 8

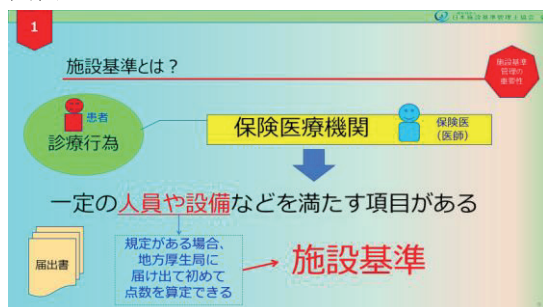


性別では男性が 67%、女性が 33%と、やや男性が多く取得しており、施設基準の業務経験については、約 7 割の方が経験者となっています（図表 8）。

施設基準の基礎知識

保険医が勤務する保険医療機関は患者に対して診療を行います。その後、保険医療機関では健康保険法など各種の関連法令に基づき「診療報酬」を請求します。その際、医療機関に勤務する人員や院内の設備などの要件を満たす項目があります。規定がある項目の場合には、厚生局に届出書を提出し点数を算定します。

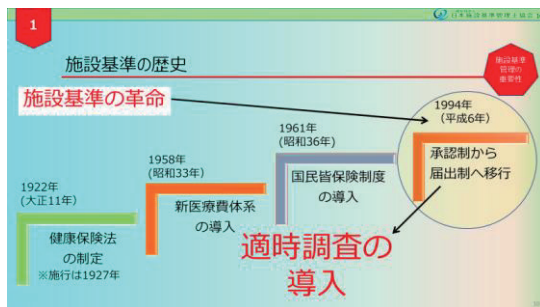
図表 9



この届出をするときに求められる要件が「施設基準」と呼ばれています（図表 9）。

日本の診療報酬体系は、健康保険法が 1922 年に制定され、1927 年に施行されてから約 100 年が経ちました。現在の診療報酬は 1958 年に導入された「新医療費体系」が基本となっています。そこでは物と技術を分離し、医療行為ごとに全国一律の点数を定め、1 点 10 円で評価されました。その後、1961 年に国民皆保険制度が導入され、誰もが医療機関を自由に受診できる日本独特の仕組みとなりました。

図表 10



そして 1994 年の 10 月に施設基準の革命と言われる「承認制」から「届出制」に変更されました（図表 10）。

変更前の施設基準は、書類や現地での確認などを行い、承認を受けてから診療報酬の算定が認められていました。そのため承認までに長い時間を要し、診療報酬の算定期間が遅くなるというデメリットが生じていました。しかし、変更後は施設基準の要件を満たしていたものに対して届出を行い、受理されれば診療報酬を算定することが可能となりました。

図表 11



届出制になってからは、事前にチェックをしてもらう時間がなくなり算定を開始できる日数が格段に速くなりましたが、後日、厚生局による適時調査が行われるようになりました（図表 11）。

施設基準の届出受理後、適時調査では運用面などの確認が行われるため、届出時の正確性、

信ぴょう性等を確保するなど、保険医療機関の責務がより重要になったともいえます。つまり、届出するのは簡単になりましたが、逆にその後の管理が重要となったのです。

適時調査の現状

施設基準にかかわる適時調査は、行政機関と医療機関の双方にとって大きな負担となっています。また医療機関側が施設基準の基礎を理解して、適切な運用を行っていれば、多額の返還金が発生するようなことはありません。

図表 12



図表 12 は 2021 年 1 月 12 日付で厚生労働省保険局医療課医療指導監査室が公表した「令和元年度（2019 年）における保険医療機関等の指導・監査等の実施状況について」です。過去 6 年間の調査件数は常に 3,000 件を超えており、返還金額は対前年度比で約 1 億 1 千万円増となっていますので、普段から施設基準の管理は重要だといえます。

保険医療機関では実際に届け出た施設基準の要件を満たさなくなったケースや、変更になったまま運用をしているケースなどがあります。もし、厚生局が行う「適時調査」などで不備が見つかり、診療報酬を返還しなければなりません。医療現場で働く職員が施設基準を知らなかったという言い訳は通用しませんので、普段の施設基準管理が重要となるわけです。

したがって、施設基準の管理は病院経営にとって非常に重要な業務といえるでしょう。このように「施設基準管理士」が担う役割は社会的にも大きな存在価値があります。

施設基準管理士に求められること

図表 13



「施設基準管理士」は医療機関で算定できる施設基準を調べて計画し実行するプランニングの能力が求められます。大きく分類すると、「作成」「管理」「調整」という3つのカテゴリに分類できます（図表 13）。

（1）作成

施設基準の管理業務として最も重要な仕事は「届出」です。診療報酬を算定するためには、施設基準の要件などを満たしていなければならないものもあります。この届出業務は、まさに「施設基準管理士」にとっては腕の見せどころです。

（2）管理

施設基準の要件は、人員配置などにより変動がありますので、定期的にチェックをしなければなりません。そこで自主点検を行う必要があります。さらに院内掲示物の管理やマニュアルなど、届出に必要な書類の整備を常日頃から管理しておく必要があります。また院内研修の要件がある施設基準もありますので、こちらも管理業務として気を付けなければなりません。

(3) 調整

「施設基準管理士」は、診療報酬改定などを踏まえ、院内調整を図りながら企画や提案を行い、最新の情報を発信することも重要です。特に施設基準を取得できるのに届出をしていない場合には、経営にも大きく影響を及ぼします。

このように「施設基準管理士」としての仕事は多岐にわたっていますので普段からしっかりとスキルアップを図っていく必要があります。

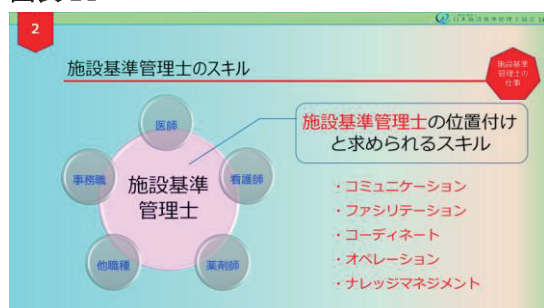
また、「施設基準管理士」は自院で届け出ている施設基準を適切に管理・運用することが求められます。そのため、医療機関では施設基準の届出数に関係なく、すべてを把握して総合的に管理できる人材の育成が必要です。また、「施設基準管理士」は施設基準の知識だけではなく、他部署との連携も非常に大切となります。院内の「医師」「看護師」「薬剤師」「他職種」「事務職」に対して施設基準の重要性を伝え、現場を動かす力が求められます。

これらの業務を担うため、柔軟な発想と行動力が「施設基準管理士」のスキルとしては重要となってきます。

終わりに

新型コロナウイルス感染症の流行拡大により、医療機関の経営はさらに厳しさを増してくると考えられます。特に病院経営の視点から施設基準にかかる比重は大きく、日々の管理が重要となるでしょう。実務者はもちろん、学生時代から施設基準の知識を深めておくと、病院経営者にとっては心強いパートナーとなり得ます。多くの方々に当協会が実施する「施設基準管理士」を目指していただくことで、今後の病院経営に寄与できればと思います。そして、医療機関が適切な施設基準管理を行える土壌が構築できれば幸いです。

図表 14



中でも「コミュニケーション」「ファシリテーション」「コーディネート」「オペレーション」「ナレッジマネジメント」などのスキルは「施設基準管理士」の資質としても欠かせないでしょう（図表 14）。

医事コンピュータ技能検定試験領域Ⅱ コンピュータ関連知識の指導法

野口 孝之

2021年8月、医療秘書教育全国協議会が毎年開催する、教員研修会における、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 ICT

I. はじめに

1. 新型コロナウイルス感染症による学習環境の变革

昨年4月の緊急事態宣言のなか、多くの教育機関では「教育を止めない」ため、ICTを活用した遠隔授業を導入・・・そして一年半が経過した。遠隔授業自体は文部科学省が society5.0 時代の学習環境として2018年頃に考案していたものであるが、「対面でなければ授業は難しい」「モニター越しのコミュニケーションでは学生の様子がつかめない」等、なかなか普及されなかった授業形態であった。しかし、皮肉なことにコロナ禍での「学校に登校できない」状況下においては「遠隔授業」のみが「教育を止めない」ための手段として認められ、未だ感染症が終息できない今日においてはほとんどの教育機関が遠隔授業の学習環境を整備し、その授業形態はハイブリット化にまで進化し、対面授業と遠隔授業が同時に受けられるまで進展した。

2. ICTを活用した分かりやすい授業

‘遠隔授業で分かりやすい授業をどう展開するか’は、コロナ禍ですべての教員が抱えている課題である。授業の際には、ZOOMやGoogle クラスルーム等の通信ソフトの操作に加え、パワーポイントやスライド等のプレゼンテーションソフトによる分かりやすい資料の作成が余儀なくされた。既にこれらを活用して授業を行う教員もいる一方、初めてこれらに触れる教員には過大な負担となったことは言うまでもない。また、モニターを通して一人ひとりの理解度を読み取り、双方向による授業を展開するためのコミュニケーションのとり方、さらにハイブリット化による対面授業と遠隔授業の2タイプの学生対応等、改めて「分かりやすい授業」について多くの学校で勉強会が行われた。そして現在、わずか一年半で教員の誰もが‘ICTを活用した分かりやすい授業’を展開できるまでにレベルアップしたのである。

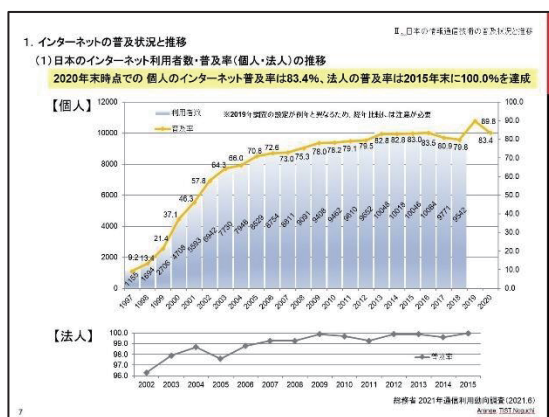
Profile

学校法人筑波研究学園 理事
筑波研究学園専門学校
学校長

II. 日本の情報通信技術の普及状況と推移

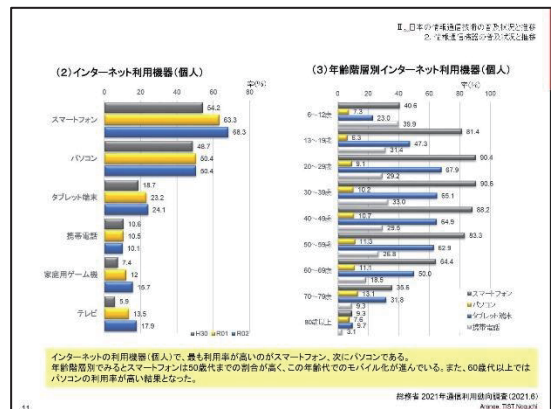
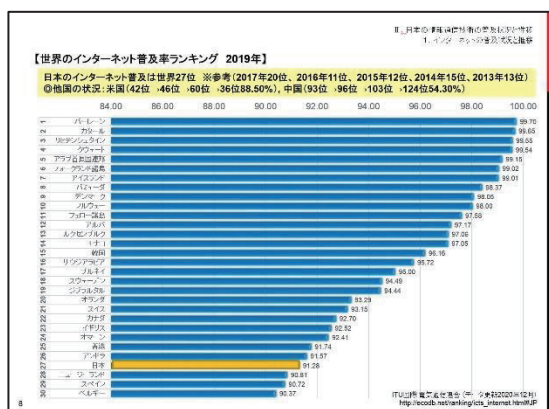
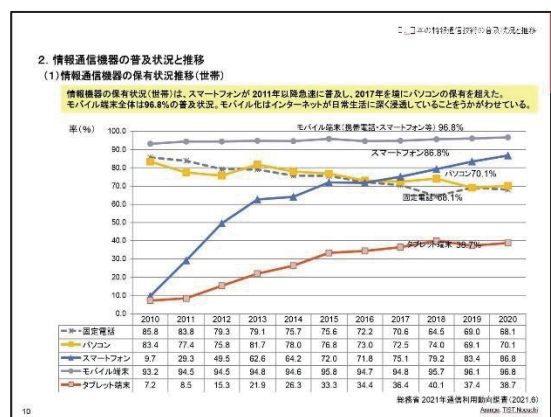
1. インターネットの普及状況と推移

総務省の2021年通信利用動向調査によると、2020年末時点における日本国内における個人のインターネット普及率は83.4%であった。5年単位で普及率を見ると、2000年37.1%、2010年78.2%、2015年83.0%と年々上昇しているが、世界ランキングでみると日本は27位(2019年)である。2015年の12位より大きく後退していることから、世界のIT化は日本よりもはるかに速い動きであることが伺える。



96.8%となっている。そのうち、2011年以降に急速に普及したスマートフォンは2017年を境にパソコンの保有を超え2020年末には86.8%、一方、パソコンについては年々緩やかな減少傾向にあり同年70.1%であった。

また、インターネット接続の利用機器については、最も多いのがスマートフォンで年々増加傾向にある。年齢階層別でみると50歳代までの年齢層でスマートフォンの利用率が高く、60歳代以上ではパソコンの利用率が高いという傾向が見られた。



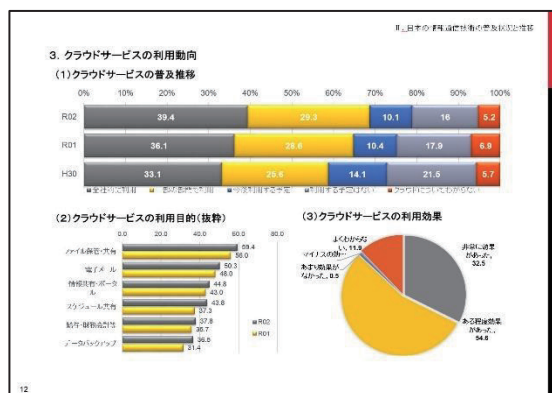
2. 情報通信機器の普及状況と推移

総務省の通信利用動向調査(2021.6)によると、家庭内における情報機器の普及状況は携帯電話やスマートフォン等のモバイル端末が

3. クラウドサービスの利用動向

近年、クラウドサービスを利用する企業の割合は上昇傾向にあり、調査対象企業の約70%を占めた。クラウドサービスはいつでもどこでも

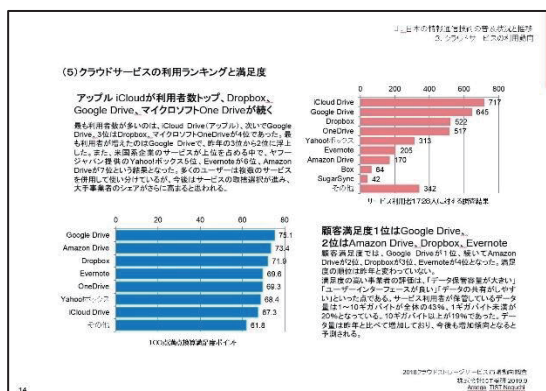
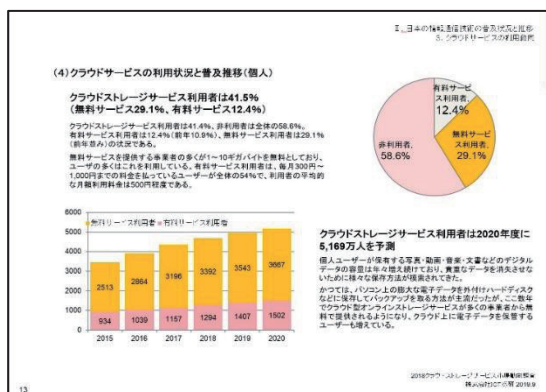
安心にインターネット上から自由にアクセスし、そのサーバは社外の安全な対策がとられた場所で管理されることから、危機管理の面からも国が力を入れているサービスである。これらの利用動向をみると、最も多かった利用目的はファイル保管・データ共有が59.4%、次いで電子メール50.3%、情報共有44.8%の他、スケジュール共有や給与・財務会計、データバックアップ等があげられる。



クラウドサービスは個人ユーザにも広く普及しており、特にクラウドストレージサービス(ファイル保管・データ共有、データバックアップ等)はスマートフォンの普及に伴い、無料サービスばかりでなく有料サービスの利用者も年々増加傾向にある。

個人ユーザが保有する写真・動画・音楽・文書などのデジタルデータの容量は年々増え続けており、貴重なデータを消失させないために様々な保存方法が模索されている。かつては、外付けハードディスクなどに保存してバックアップを取る方法が主流だったが、ここ数年の間にクラウドストレージサービスの需要が増え、多くの事業者が無料で提供している。その代表的なものを利用者数順であげると1位が iCloud Drive(アップル)、2位が Google Drive、3位が Dropbox、マイクロソフト OneDrive が4位であった。また、顧客満足度順では1位が

Google Drive、2位が Amazon Drive、3位が Dropbox であり、「データ保管容量が大きい」「ユーザーインターフェースが良い」「データの共有がしやすい」といった点が満足に繋がっている。

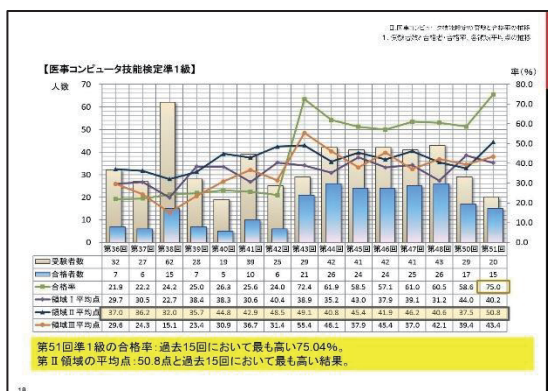
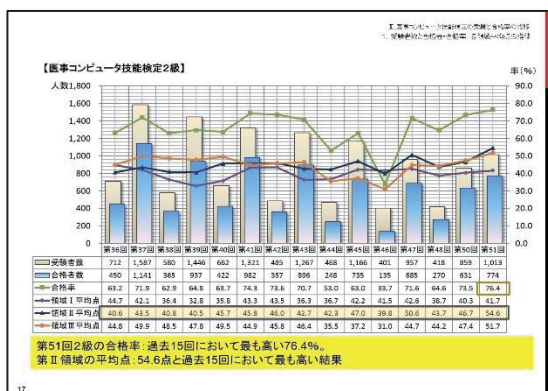
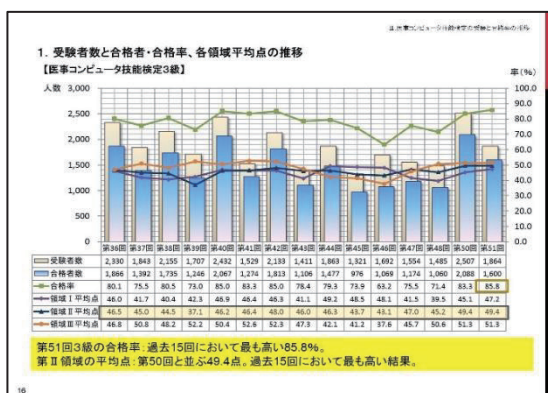


III. 医事コンピュータ技能検定の受験と合格率の推移

1. 受験者数と合格者・合格率、各領域の平均点

第51回検定(2021年6月)の受験者数と合格率は、3級1,864人で85.8%(前回83.3%)、2級1,013人で76.4%(前回73.5%)、準1級20人で75.0%(前回58.6%)であった。

今回の合格率は、3級、2級、準1級とも過去15回において最も高かった。また、第II領域の平均点は、3級が第50回と並ぶ49.4点、2級が76.4点、準1級が50.8点となり、いずれの級も過去15回において最高点であった。



2. 各級の審査基準（平成29年度改訂版）

医事コンピュータ技能検定第Ⅱ領域の審査基準は平成29年度に改訂した。改訂内容は、これまで3級で出題していた「表計算の基本操作」「ファイルの種類と保存形式」「医療情報システムの基礎知識(名称)」が2級に移動、2級の出題範囲である「ネットワーク」に関するもので「LANの規格、アクセス制御方式、接続

形態、構成機器」、医療情報に関する国の施策」が準1級に移動している。

準1級については、「データベースとSQL」のうち「データベース」が概要のみに絞られ2級に移動し「SQL」は審査基準から外れた。また、「システムの分析・開発・運用・管理」についても同様に審査基準から外れた。

3級：「コンピュータの内部処理（情報表現）」

「コンピュータの五大装置」「周辺装置の種類と特徴」「インターフェースの種類と特徴」「ソフトウェアの種類と特徴」「オペレーティングシステムの種類と特徴」「ワープロの基本操作」以上7項目

2級：「コンピュータの処理形態とネットワークの概要」「インターネットの概要と活用方法」「表計算の基本操作」「データベースの概要」「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」以上6項目

準1級：「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」

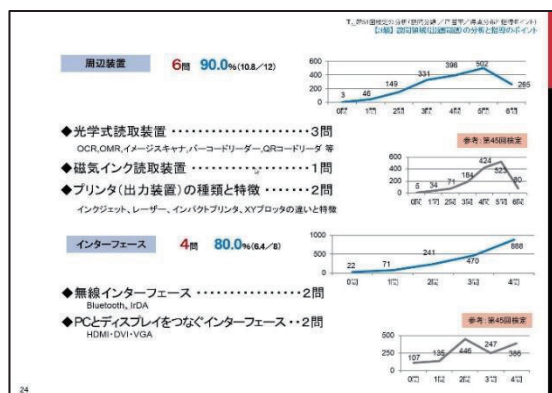
「個人情報と権利の保護」「医療情報に関する国の施策」「医療情報の標準化」「電子カルテシステムの法制度と基本操作」以上6項目

2. 各級の審査基準（改訂版：平成29年度～）	
級別	内容
3級	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。
2級	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。
準1級	①ネットワークとサーバの機能を理解している。 ②セキュリティに関するリスクと対策を理解している。 ③個人情報と権利の保護について概要を理解している。 ④医療情報に関する国の施策を理解している。 ⑤医療情報の標準化を理解している。 ⑥電子カルテシステムの法制度と基本操作を理解している。

‘ビットはコンピュータが扱う最小単位’であること、‘8ビットの集まりで1バイトを意味’し、その‘1バイトとは半角英数文字1文字を表現する’ものであること、そして‘全角1文字の表現には2バイト（16ビット＝8ビット×2バイト）が必要’であるという4つの理屈がわかっていれば解ける問題である。

「進数変換」の問題は2問、人間が使用する10進数がスイッチのON、OFFで表現される2進数ではどう表現されるのか、その仕組みに対する問題である。手計算でも可能であるが式を用いることで容易に答を導き出すことが可能である。

「五大装置」の設問5問は、‘制御・記憶・演算・入力・出力の5つの装置の機能’と‘データや制御の流れ’を理解することが大切である。また、‘制御装置と演算装置をあわせて中央処理装置（いわゆるCPU）という’ことがわかっていれば解ける問題である。

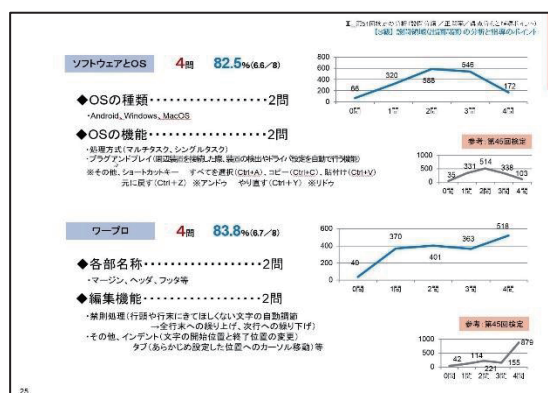


【周辺装置：6問、正答率90.0%】

出題は「光学式読取装置」「磁気インク読取装置」があわせて4問、「プリンタ(出力装置)の種類と特徴」が2問であった。「読取装置」でよく出題される‘OCR、OMR、イメージスキャナ、バーコードリーダー、QRコードリーダー、MICR (磁気インク読取装置) の特徴’、‘インクジェット、レーザー、インパクトプリンタ、XYプロッタ等の「プリンタ」の種類と特徴’を理解すること、時には装置の違いを示すことで機能的な面からより理解を深めることが可能となる。

「インターフェース」は4問、正答率は80.0%であった。

出題はBluetoothやIrDA等の「無線インターフェース」で2問、「PCとディスプレイをつなぐインターフェース」からHDMIやDVI、VGA等の2問であった。



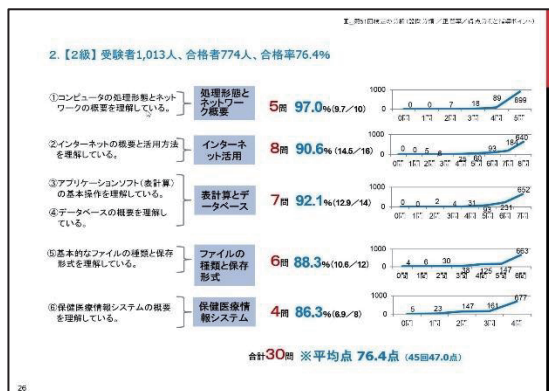
【ソフトウェアとOS：4問、正答率82.5%】

出題は「OSの種類」が2問、「OSの機能」が2問であった。「OSの種類」では定番OSであるWindows、MacOSに加え、初めて‘Android’が出題されたので少し戸惑ったように思える。

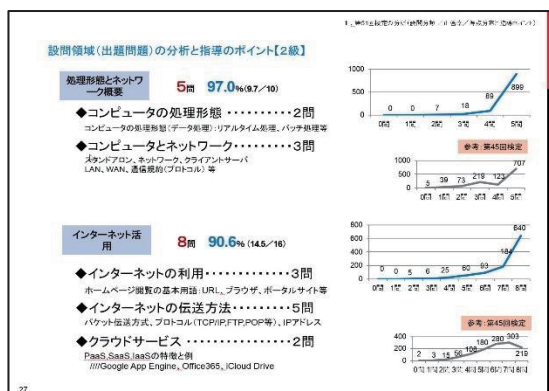
「ワープロ」の設問は4問、正答率は83.8%であった。

出題は、マージン、ヘッダ、フッタ等、ページ紙面の「各部名称」が2問、禁則処理等の編集機能が2問でいずれもたびたび出題されている問題である。この設問は正答率は83.8%と高いにもかかわらず、正解0が40人となった。

2. 【2級】受験者 1,013 人、合格者 774 人、合格率 76.4%



2 級の設問は「処理形態とネットワーク概要」「インターネット活用」「表計算とデータベース」「ファイルの種類と保存形式」「保健医療情報システム」の 5 項目に分類できる。そのうち、正答率が最も高いものは「処理形態とネットワーク概要」の 97.0%で、次いで「表計算とデータベース」90.6%、「インターネット活用」90.6%であった。また、各設問で正解 0 の人は「ファイルの種類と保存形式」4 人、「保健医療情報システム」5 人のみであった。



【処理形態とネットワーク概要：5問、正答率 97.0%】

「コンピュータの処理形態」の2問は、バッ

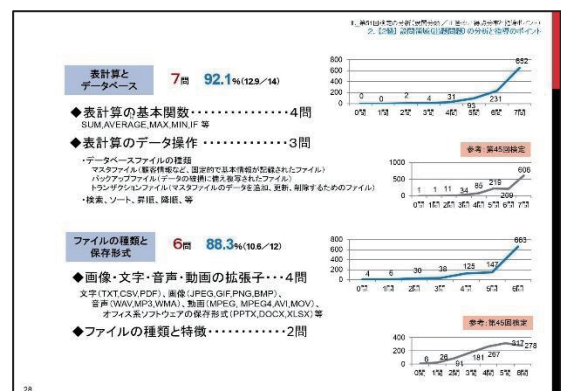
チ処理とリアルタイム処理を比較的に問うものであった。また、「コンピュータとネットワーク」の3問は、スタンドアロンとネットワークの概念、LAN・WAN・MANのエリアの違い、ネットワーク上で情報のやり取りを行う際の通信規約(プロトコル)を問うものであった。

【インターネット活用：8問、正答率 90.6%】

「インターネットの利用」の3問は、ホームページの閲覧に関する用語として、URLやブラウザ、ポータルサイトが出題された。「インターネットの伝送方法」の3問は、インターネットの標準プロトコル(TCP/IP)、データ送受信方式(パケット伝送方式)、通信機器に割り当てられる識別番号(IPアドレス)が出題された。「クラウドサービス」の2問では、サービス実例から名称(PaaS, SaaS, IaaS)を解答する問題が出題された。

【表計算とデータベース：7問、正答率 92.1%】

「表計算の基本関数」の4問は、平均点(AVERAGE)、最大値(MAX)・最小値(MIN)、SUM関数で得られる結果を選択する問題が出題された。「表計算のデータ操作」の3問は、

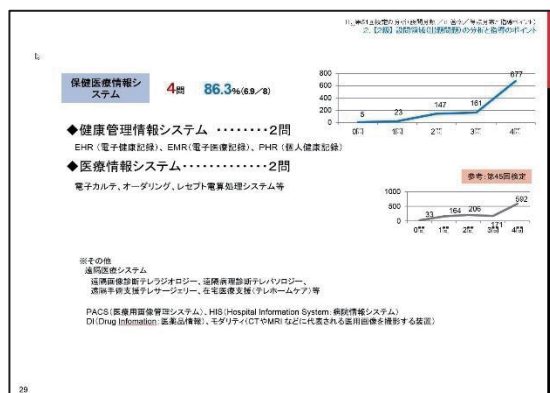


データベースファイルの種類として、顧客情報など固定的で基本情報が記録されたファイル(マスタファイル)が出題された。あわせて覚えてほしいファイルとしてバックアップファイ

ル（データの破損に備え複写されたファイル）等がある。その他、データを並べ替える行為（ソート）、小さい順から並べ替える（昇順）が出題された。

【ファイルの種類と保存形式：6問、正答率88.3%】

「画像・文字・音声・動画の拡張子」の4問、「ファイルの種類と特徴」の2問とも、文字（TXT, CSV, PDF）、画像（JPEG, GIF, PNG, BMP）、音声（WAV, MP3, WMA）、動画（MPEG, MPEG4, AVI, MOV）、オフィス系ソフトウェアの保存形式（PPTX, DOCX, XLSX）等を理解しているかを問うものだった。



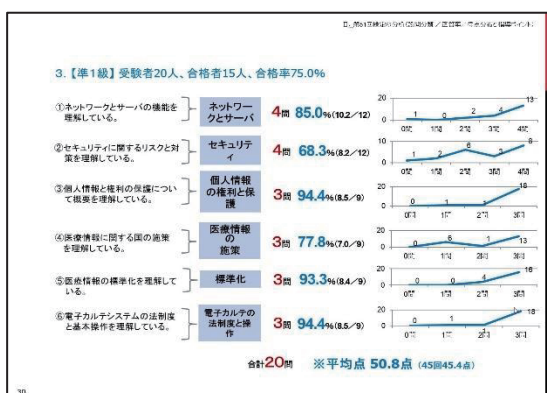
【保健医療情報システム：4問、正答率86.3%】

「健康管理情報システム」の2問は、EHR（電子健康記録）、EMR（電子医療記録）、PHR（個人健康記録）から出題した。また、「医療情報システム」の2問は、電子カルテ、オーダーリング、レセプト電算処理システム等の特徴を理解していれば解答できる問題であった。

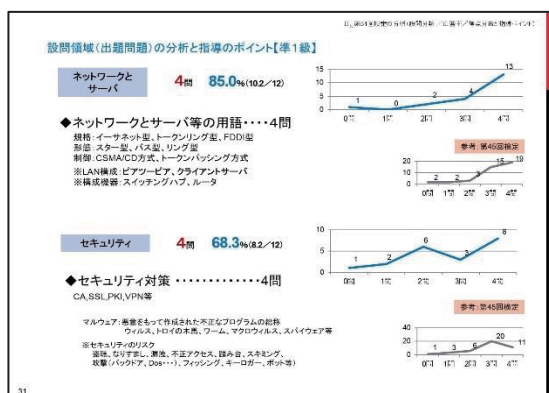
なお、この領域では、遠隔医療システムとして、遠隔画像診断テレラジオロジー、遠隔病理診断テレパソロジー、遠隔手術支援テレサージェリー、在宅医療支援等が出題されたり、PA

CS（医療用画像管理システム）、HIS（Hospital Information System：病院情報システム）、DI（Drug Information：医薬品情報）、モダリティ（CTやMRIなどに代表される医用画像を撮影する装置）などの用語が出題されることがあるので広範囲な学習が必要である。

3. 【準1級】受験者20人、合格者15人、合格率75.0%



準1級の設問は、「ネットワークとサーバ」「セキュリティ」「個人情報の権利と保護」「医療情報の施策」「標準化」「電子カルテの法制度と操作」に分類される。このなかで最も正答率が最も高い設問は「個人情報の権利と保護」と「電子カルテの法制度と操作」の94.4%、次いで「標準化」93.3%であった。一方で「セキュリティ」に関しては68.3%と他の設問と比較して低い正答率であった。また、受験者も20人という少ないこともあり、各設問で正解0の人は「ネットワークとサーバ」1人、「セキュリティ」1人のみであった。

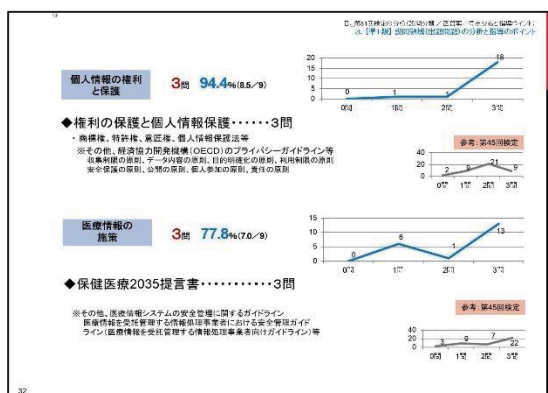


【ネットワークとサーバ: 4問、正答率 85.0%】

「ネットワークとサーバ等の用語」の4問は、ピアツーピア、バス型ネットワーク、ルータ、スイッチングハブの特徴と機能に関する問題であった。これらの領域は、審査基準改定前までは2級で出題されていた問題であるが、J検3級やITパスポート等の出題範囲でもあるので、これらを目標としている学生には解きやすかったのかもしれない。

【セキュリティ: 4問、正答率 68.3%】

「セキュリティ対策」の4問は、デジタル証明書(CA)、認証や暗号化機能を用いたデータの送受信(SSL)、認証や電子署名を行うための技術(PKI)、公衆網上の仮想的な専用線等(VPN)等セキュリティ対策としては最も基本的な用語である。また、これらの問題には、マルウェアという悪意をもって作成された不正なプログラムの総称やウィルス、トロイの木馬、ワーム、マクロウィルス、スパイウェア等が出題されることがある。そして、セキュリティのリスクでは、盗聴、なりすまし、漏洩、不正アクセス、踏み台、スキミング、攻撃(バックドア、DoS……)、フィッシング、キーロガー、ボット等)も学習で触れていただきたい。

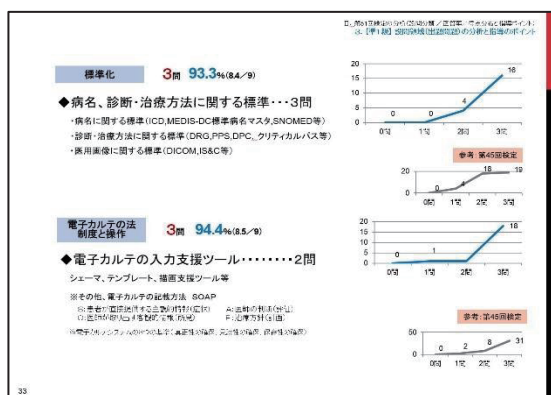


【個人情報の権利と保護: 3問、正答率 94.4%】

今回、この領域では、実用新案権(物品の形状や構造、組み合わせに係る考案)、商標権(文字や記号、図、ロゴ、記号、色彩などの結合体を独占的に使用できる権利)、意匠権(物品の形状や模様、色彩、デザインまたはこれらの結合であって、物品の外観を保護する)等を出題した。これらは、医療に直接的に関係するものではないと思われるが、ネット時代においては社会常識として押さえておく必要がある。また、この領域では、個人情報保護法その他、経済協力開発機構(OECD)のプライバシーガイドライン等も学んでおいてほしい。

【医療情報の施策: 3問、正答率 77.8%】

この領域では、これまで出題したことのない「保健医療 2035 提言書」から抜粋したものを出題した。また、これらはテキストにも記載されていない内容であるが、文章を読むことで文脈より解ける問題としているので比較的解きやすい問題ではあった。例えば、ベンチマーキングやエビデンスなどの言葉はこれまでも耳にしたことがあると思われるが、「保健医療 2035 提言書」を読むことで理解を深めていただきたいという意図を込めての出題である。医療情報をはじめとした国の施策は常に新しく変化しているため、省庁データなどからの学びも必要であることを理解しておいていただきたい。



【標準化：3問、正答率93.3%】

標準化については、病名に関する標準（ICD、MED、IS-DC標準病名マスタ、SNOMED等）、診断・治療方法に関する標準（DRG、PPS、DPC、クリティカルパス等）、医用画像に関する標準（DICOM、IS&C等）等から出題されているので過去問題とあわせてテキストから体系的に学んでいただきたい。

【電子カルテの法制度と操作：3問、正答率94.4%】

「電子カルテの入力支援ツール」として、目的別に応じた使用ツールの名称（シェーマ、テンプレート、描画支援ツール等）について問う問題であった。また、この領域では、電子カルテの記載方法SOAPや電子カルテシステムの3つの基準なども理解を深めておいていただきたい。

5. おわりに（医療情報をどう学び伝えるか）

医事コンピュータ技能検定試験のコンピュータ関連知識は、どうしても暗記科目になりがちであるが、ぜひ情報活用能力の向上に繋げることを意識していただきたい。また、医療秘書系の学科においては、コンピュータ関連知識に関する授業時間の確保が難しい。さらに「医療情報システム」は年々更新され、国の施策など新

しいものが発表されていくことから、最新の情報を短時間で学べる都合の良いテキストがないのが現状である。このようなことから「何をどう学び伝えるのか」が指導上の課題となる。

では、「何から学ぶのか」・・・例えば、厚生労働省ではホームページ上で「医療情報の情報化の推進について」を公開しており、そこでは、「電子カルテシステム等の普及状況の推移」「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、医療情報に関する施策等を分かりやすく解説している（電子カルテ等の普及状況は4年に1回更新。最新は平成29年更新）。また、首相官邸では「医療現場におけるICT利用の状況について」として、「電子カルテ」、「地域医療情報連携ネットワーク」、「電子処方せん」などのこれまでの取り組みと今後の対応・目標等が公開されており、その他、各省庁からは白書や各種施策が公開されている。

これらの省庁データに目を通し、学生に「どう伝えるのか」・・・資料そのままではなく、できるだけ、かみ砕いて教えられる授業の準備、これが必要である。医療秘書系で育成する人材は、システム設計や開発を行うエンジニアではないので、夢が広がるシナリオ創りこそが学生の学ぶ意欲を高めるものと考え

る。

医療が抱える2025年問題、少子高齢化の進展が見込まれるなか、更に人口減、医療人材不足等、医療従事者の働き方改革といった課題が押し寄せてきている。今後の医療提供体制を見据えた展望を教員である私たちがよく学び学生に伝えることが医療秘書教育に関わる私たちの使命ではないだろうか。

「医療情報」-医療情報システムの普及状況等

1. 医療情報システムの普及状況等の理解(電子カルテ、オーダーリング、レセプト電子化等)

電子カルテシステム等の普及状況の推移

項目	一般病院	診療科別	一般診療科
2015年度	34.2%	22.7%	8.9%
2014年度	30.8%	15.1%	5.1%
2013年度	27.5%	10.4%	3.6%
2012年度	24.1%	7.9%	2.2%
2011年度	20.1%	5.1%	1.1%
2010年度	17.2%	3.6%	0.6%
2009年度	14.3%	2.2%	0.3%
2008年度	11.4%	1.1%	0.1%
2007年度	8.9%	0.6%	0.0%
2006年度	6.4%	0.3%	0.0%
2005年度	4.0%	0.1%	0.0%
2004年度	2.2%	0.0%	0.0%
2003年度	1.1%	0.0%	0.0%
2002年度	0.6%	0.0%	0.0%
2001年度	0.3%	0.0%	0.0%
2000年度	0.1%	0.0%	0.0%
1999年度	0.0%	0.0%	0.0%
1998年度	0.0%	0.0%	0.0%
1997年度	0.0%	0.0%	0.0%
1996年度	0.0%	0.0%	0.0%
1995年度	0.0%	0.0%	0.0%
1994年度	0.0%	0.0%	0.0%
1993年度	0.0%	0.0%	0.0%
1992年度	0.0%	0.0%	0.0%
1991年度	0.0%	0.0%	0.0%
1990年度	0.0%	0.0%	0.0%
1989年度	0.0%	0.0%	0.0%
1988年度	0.0%	0.0%	0.0%
1987年度	0.0%	0.0%	0.0%
1986年度	0.0%	0.0%	0.0%
1985年度	0.0%	0.0%	0.0%
1984年度	0.0%	0.0%	0.0%
1983年度	0.0%	0.0%	0.0%
1982年度	0.0%	0.0%	0.0%
1981年度	0.0%	0.0%	0.0%
1980年度	0.0%	0.0%	0.0%
1979年度	0.0%	0.0%	0.0%
1978年度	0.0%	0.0%	0.0%
1977年度	0.0%	0.0%	0.0%
1976年度	0.0%	0.0%	0.0%
1975年度	0.0%	0.0%	0.0%
1974年度	0.0%	0.0%	0.0%
1973年度	0.0%	0.0%	0.0%
1972年度	0.0%	0.0%	0.0%
1971年度	0.0%	0.0%	0.0%
1970年度	0.0%	0.0%	0.0%
1969年度	0.0%	0.0%	0.0%
1968年度	0.0%	0.0%	0.0%
1967年度	0.0%	0.0%	0.0%
1966年度	0.0%	0.0%	0.0%
1965年度	0.0%	0.0%	0.0%
1964年度	0.0%	0.0%	0.0%
1963年度	0.0%	0.0%	0.0%
1962年度	0.0%	0.0%	0.0%
1961年度	0.0%	0.0%	0.0%
1960年度	0.0%	0.0%	0.0%
1959年度	0.0%	0.0%	0.0%
1958年度	0.0%	0.0%	0.0%
1957年度	0.0%	0.0%	0.0%
1956年度	0.0%	0.0%	0.0%
1955年度	0.0%	0.0%	0.0%
1954年度	0.0%	0.0%	0.0%
1953年度	0.0%	0.0%	0.0%
1952年度	0.0%	0.0%	0.0%
1951年度	0.0%	0.0%	0.0%
1950年度	0.0%	0.0%	0.0%
1949年度	0.0%	0.0%	0.0%
1948年度	0.0%	0.0%	0.0%
1947年度	0.0%	0.0%	0.0%
1946年度	0.0%	0.0%	0.0%
1945年度	0.0%	0.0%	0.0%
1944年度	0.0%	0.0%	0.0%
1943年度	0.0%	0.0%	0.0%
1942年度	0.0%	0.0%	0.0%
1941年度	0.0%	0.0%	0.0%
1940年度	0.0%	0.0%	0.0%
1939年度	0.0%	0.0%	0.0%
1938年度	0.0%	0.0%	0.0%
1937年度	0.0%	0.0%	0.0%
1936年度	0.0%	0.0%	0.0%
1935年度	0.0%	0.0%	0.0%
1934年度	0.0%	0.0%	0.0%
1933年度	0.0%	0.0%	0.0%
1932年度	0.0%	0.0%	0.0%
1931年度	0.0%	0.0%	0.0%
1930年度	0.0%	0.0%	0.0%
1929年度	0.0%	0.0%	0.0%
1928年度	0.0%	0.0%	0.0%
1927年度	0.0%	0.0%	0.0%
1926年度	0.0%	0.0%	0.0%
1925年度	0.0%	0.0%	0.0%
1924年度	0.0%	0.0%	0.0%
1923年度	0.0%	0.0%	0.0%
1922年度	0.0%	0.0%	0.0%
1921年度	0.0%	0.0%	0.0%
1920年度	0.0%	0.0%	0.0%
1919年度	0.0%	0.0%	0.0%
1918年度	0.0%	0.0%	0.0%
1917年度	0.0%	0.0%	0.0%
1916年度	0.0%	0.0%	0.0%
1915年度	0.0%	0.0%	0.0%
1914年度	0.0%	0.0%	0.0%
1913年度	0.0%	0.0%	0.0%
1912年度	0.0%	0.0%	0.0%
1911年度	0.0%	0.0%	0.0%
1910年度	0.0%	0.0%	0.0%
1909年度	0.0%	0.0%	0.0%
1908年度	0.0%	0.0%	0.0%
1907年度	0.0%	0.0%	0.0%
1906年度	0.0%	0.0%	0.0%
1905年度	0.0%	0.0%	0.0%
1904年度	0.0%	0.0%	0.0%
1903年度	0.0%	0.0%	0.0%
1902年度	0.0%	0.0%	0.0%
1901年度	0.0%	0.0%	0.0%
1900年度	0.0%	0.0%	0.0%
1899年度	0.0%	0.0%	0.0%
1898年度	0.0%	0.0%	0.0%
1897年度	0.0%	0.0%	0.0%
1896年度	0.0%	0.0%	0.0%
1895年度	0.0%	0.0%	0.0%
1894年度	0.0%	0.0%	0.0%
1893年度	0.0%	0.0%	0.0%
1892年度	0.0%	0.0%	0.0%
1891年度	0.0%	0.0%	0.0%
1890年度	0.0%	0.0%	0.0%
1889年度	0.0%	0.0%	0.0%
1888年度	0.0%	0.0%	0.0%
1887年度	0.0%	0.0%	0.0%
1886年度	0.0%	0.0%	0.0%
1885年度	0.0%	0.0%	0.0%
1884年度	0.0%	0.0%	0.0%
1883年度	0.0%	0.0%	0.0%
1882年度	0.0%	0.0%	0.0%
1881年度	0.0%	0.0%	0.0%
1880年度	0.0%	0.0%	0.0%
1879年度	0.0%	0.0%	0.0%
1878年度	0.0%	0.0%	0.0%
1877年度	0.0%	0.0%	0.0%
1876年度	0.0%	0.0%	0.0%
1875年度	0.0%	0.0%	0.0%
1874年度	0.0%	0.0%	0.0%
1873年度	0.0%	0.0%	0.0%
1872年度	0.0%	0.0%	0.0%
1871年度	0.0%	0.0%	0.0%
1870年度	0.0%	0.0%	0.0%
1869年度	0.0%	0.0%	0.0%
1868年度	0.0%	0.0%	0.0%
1867年度	0.0%	0.0%	0.0%
1866年度	0.0%	0.0%	0.0%
1865年度	0.0%	0.0%	0.0%
1864年度	0.0%	0.0%	0.0%
1863年度	0.0%	0.0%	0.0%
1862年度	0.0%	0.0%	0.0%
1861年度	0.0%	0.0%	0.0%
1860年度	0.0%	0.0%	0.0%
1859年度	0.0%	0.0%	0.0%
1858年度	0.0%	0.0%	0.0%
1857年度	0.0%	0.0%	0.0%
1856年度	0.0%	0.0%	0.0%
1855年度	0.0%	0.0%	0.0%
1854年度	0.0%	0.0%	0.0%
1853年度	0.0%	0.0%	0.0%
1852年度	0.0%	0.0%	0.0%
1851年度	0.0%	0.0%	0.0%
1850年度	0.0%	0.0%	0.0%
1849年度	0.0%	0.0%	0.0%
1848年度	0.0%	0.0%	0.0%
1847年度	0.0%	0.0%	0.0%
1846年度	0.0%	0.0%	0.0%
1845年度	0.0%	0.0%	0.0%
1844年度	0.0%	0.0%	0.0%
1843年度	0.0%	0.0%	0.0%
1842年度	0.0%	0.0%	0.0%
1841年度	0.0%	0.0%	0.0%
1840年度	0.0%	0.0%	0.0%
1839年度	0.0%	0.0%	0.0%
1838年度	0.0%	0.0%	0.0%
1837年度	0.0%	0.0%	0.0%
1836年度	0.0%	0.0%	0.0%
1835年度	0.0%	0.0%	0.0%
1834年度	0.0%	0.0%	0.0%
1833年度	0.0%	0.0%	0.0%
1832年度	0.0%	0.0%	0.0%
1831年度	0.0%	0.0%	0.0%
1830年度	0.0%	0.0%	0.0%
1829年度	0.0%	0.0%	0.0%
1828年度	0.0%	0.0%	0.0%
1827年度	0.0%	0.0%	0.0%
1826年度	0.0%	0.0%	0.0%
1825年度	0.0%	0.0%	0.0%
1824年度	0.0%	0.0%	0.0%
1823年度	0.0%	0.0%	0.0%
1822年度	0.0%	0.0%	0.0%
1821年度	0.0%	0.0%	0.0%
1820年度	0.0%	0.0%	0.0%
1819年度	0.0%	0.0%	0.0%
1818年度	0.0%	0.0%	0.0%
1817年度	0.0%	0.0%	0.0%
1816年度	0.0%	0.0%	0.0%
1815年度	0.0%	0.0%	0.0%
1814年度	0.0%	0.0%	0.0%
1813年度	0.0%	0.0%	0.0%
1812年度	0.0%	0.0%	0.0%
1811年度	0.0%	0.0%	0.0%
1810年度	0.0%	0.0%	0.0%
1809年度	0.0%	0.0%	0.0%
1808年度	0.0%	0.0%	0.0%
1807年度	0.0%	0.0%	0.0%
1806年度	0.0%	0.0%	0.0%
1805年度	0.0%	0.0%	0.0%
1804年度	0.0%	0.0%	0.0%
1803年度	0.0%	0.0%	0.0%
1802年度	0.0%	0.0%	0.0%
1801年度	0.0%	0.0%	0.0%
1800年度	0.0%	0.0%	0.0%
1799年度	0.0%	0.0%	0.0%
1798年度	0.0%	0.0%	0.0%
1797年度	0.0%	0.0%	0.0%
1796年度	0.0%	0.0%	0.0%
1795年度	0.0%	0.0%	0.0%
1794年度	0.0%	0.0%	0.0%
1793年度	0.0%	0.0%	0.0%
1792年度	0.0%	0.0%	0.0%
1791年度	0.0%	0.0%	0.0%
1790年度	0.0%	0.0%	0.0%
1789年度	0.0%	0.0%	0.0%
1788年度	0.0%	0.0%	0.0%
1787年度	0.0%	0.0%	0.0%
1786年度	0.0%	0.0%	0.0%
1785年度	0.0%	0.0%	0.0%
1784年度	0.0%	0.0%	0.0%
1783年度	0.0%	0.0%	0.0%
1782年度	0.0%	0.0%	0.0%
1781年度	0.0%	0.0%	0.0%
1780年度	0.0%	0.0%	0.0%
1779年度	0.0%	0.0%	0.0%
1778年度	0.0%	0.0%	0.0%
1777年度	0.0%	0.0%	0.0%
1776年度	0.0%	0.0%	0.0%
1775年度	0.0%	0.0%	0.0%
1774年度	0.0%	0.0%	0.0%
1773年度	0.0%	0.0%	0.0%
1772年度	0.0%	0.0%	0.0%
1771年度	0.0%	0.0%	0.0%
1770年度	0.0%	0.0%	0.0%
1769年度	0.0%	0.0%	0.0%
1768年度	0.0%	0.0%	0.0%
1767年度	0.0%	0.0%	0.0%
1766年度	0.0%	0.0%	0.0%
1765年度	0.0%	0.0%	0.0%
1764年度	0.0%	0.0%	0.0%
1763年度	0.0%	0.0%	0.0%
1762年度	0.0%	0.0%	0.0%
1761年度	0.0%	0.0%	0.0%
1760年度	0.0%	0.0%	0.0%
1759年度	0.0%	0.0%	0.0%
1758年度	0.0%	0.0%	0.0%
1757年度	0.0%	0.0%	0.0%
1756年度	0.0%	0.0%	0.0%
1755年度	0.0%	0.0%	0.0%
1754年度	0.0%	0.0%	0.0%
1753年度	0.0%	0.0%	0.0%
1752年度	0.0%	0.0%	0.0%
1751年度	0.0%	0.0%	0.0%
1750年度	0.0%	0.0%	0.0%
1749年度	0.0%	0.0%	0.0%
1748年度	0.0%	0.0%	0.0%
1747年度	0.0%	0.0%	0.0%
1746年度	0.0%	0.0%	0.0%
1745年度	0.0%	0.0%	0.0%
1744年度	0.0%	0.0%	0.0%
1743年度	0.0%	0.0%	0.0%
1742年度	0.0%	0.0%	0.0%
1741年度	0.0%	0.0%	0.0%
1740年度	0.0%	0.0%	0.0%
1739年度	0.0%	0.0%	0.0%
1738年度	0.0%	0.0%	0.0%
1737年度	0.0%	0.0%	0.0%
1736年度	0.0%	0.0%	0.0%
1735年度	0.0%	0.0%	0.0%
1734年度	0.0%	0.0%	0.0%
1733年度	0.0%	0.0%	0.0%
1732年度	0.0%	0.0%	0.0%
1731年度	0.0%	0.0%	0.0%
1730年度	0.0%	0.0%	0.0%
1729年度	0.0%	0.0%	0.0%
1728年度	0.0%	0.0%	0.0%
1727年度	0.0%	0.0%	0.0%
1726年度	0.0%	0.0%	0.0%
1725年度	0.0%	0.0%	0.0%
1724年度	0.0%	0.0%	0.0%
1723年度	0.0%	0.0%	0.0%
1722年度	0.0%	0.0%	0.0%
1721年度	0.0%	0.0%	0.0%
1720年度	0.0%	0.0%	0.0%
1719年度	0.0%	0.0%	0.0%
1718年度	0.0%	0.0%	0.0%
1717年度	0.0%	0.0%	0.0%
1716年度	0.0%	0.0%	0.0%
1715年度	0.0%	0.0%	0.0%
1714年度	0.0%	0.0%	0.0%
1713年度	0.0%	0.0%	0.0%
1712年度	0.0%	0.0%</	

2. 国の施策と進行状況、ガイドライン、手帳等の活用

【医療分野の情報化の推進について(2015厚生労働省)】
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/johoka/index.html

(1) 医療分野の情報化の現状
 (2) 医療分野の情報化に関するガイドライン・通知等
 (3) 医療情報の標準化
 (4) 保健医療福祉分野 PKI (HPKI) 認証局
 (5) 医療情報連携に関する実証事業
 (6) 遠隔医療

【医療分野のサイバーセキュリティ対策について(厚生労働省)】
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/johoka/cyber-security.html

【医療情報システムの安全管理に関するガイドライン第5.1版(2021.1厚生労働省)】
<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000516275.html>

【医療情報を受託管理する情報処理事業における安全管理ガイドライン】
<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000516275.html>

【未来投資戦略2018(2018.6首相官邸) Society5.0】
https://www.kantei.go.jp/jp/singi/keizaisa/isei/pdf/miraitousi2018_zentai.pdf

【医療・介護・健康分野におけるICT利用の推進(2017情報通信白書、総務省)】
<http://www.soumu.go.jp/johotsusintokei/whitepaper/ja/h29/html/nc275120.html>

【保健医療2035(2015厚生労働省)】
<https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/shakaihoshou/hokeniryou2035/>

【医療分野の情報化の推進について(2015厚生労働省)】

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryou/johoka/index.html

- (1) 医療分野の情報化の現状
- (2) 医療分野の情報化に関するガイドライン・通知等
- (3) 医療情報の標準化
- (4) 保健医療福祉分野 PKI (HPKI) 認証局
- (5) 医療情報連携に関する実証事業
- (6) 遠隔医療

【医療分野のサイバーセキュリティ対策について(厚生労働省)】

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryou/johoka/cyber-security.html

【医療情報システムの安全管理に関するガイドライン第5.1版(2021.1厚生労働省)】

<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000516275.html>

【医療情報を受託管理する情報処理事業における安全管理ガイドライン】

<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000516275.html>

【未来投資戦略2018(2018.6首相官邸) Society5.0】

https://www.kantei.go.jp/jp/singi/keizaisa/isei/pdf/miraitousi2018_zentai.pdf

【医療・介護・健康分野におけるICT利用の推進(2017情報通信白書、総務省)】

<http://www.soumu.go.jp/johotsusintokei/whitepaper/ja/h29/html/nc275120.html>

【保健医療2035(2015厚生労働省)】

<https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/shakaihoshou/hokeniryou2035/>

医療・福祉関連法規の指導法

安部 正美

2021年8月に医療秘書教育全国協議会が毎年開催する、教員研修会における講演内容の要約です。

キーワード 医療法規、指導方法

学生の医療法規に対するイメージは、「難しい」。この一言に尽きると思います。特に高校を卒業したばかりの1年生は、科目名を見て「医療法規って何？医療事務の勉強に法律は必要なの？絶対難しい！」と思っています。そんな学生に対して、教員の教育到達目標は、「難しいけどわかってきた。理解できてきた。授業を受けていて勉強になる」という授業にすることです。そしてもうひとつ。学生と教員双方の最大の目標である資格試験合格という結果を残すことです。そのために私が行っている指導方法を紹介させていただきます。今回のテーマは、以下の2つです。

I. 学生に何を伝えるか

II. 日々の指導方法

I. 学生に何を伝えるか

はじめに法律とは何かを考えます。法律とは、社会のルールを定めたものです。私たちが生活する上で必要と思うルール、社会背景や国民の民意（私たちの思い）などを条文化したものが法律です。

学生に説明するとき、たとえば医療とは直接関係ありませんが、飲酒運転の法律について話をするとします。かつて、飲酒運転の罰則は今より厳しくありませんでした。しかし近年、飲酒が原因の痛ましい事故が多くなり、二度とこのようなことが起きないよう、国は道路交通法を厳罰化しました。これが「法律」です。教科書に書いてある条文を説明するとき、どうしてこのような法律ができたのか、今、何が問題になっているのかを考えます。「皆さんは常にアンテナを立て、最新の情報をキャッチすることが大切です。」と伝えます。更にその「情報＝予備知識」を得ることにより、法律を身近なものに感じると伝えます。しかし、いきなり授業でそのことを述べても、学生は予備知識を付ける方法やアンテナの立て方がわかりません。そこで、教員自らその予備知識を提供し、伝え、そして学生自身が主体的に考える機会を授業に取り入

Profile

埼玉女子短期大学 講師

医療秘書検定領域 I 検定委員

れることを試行しています。

学生への伝え方は次の2点です。

①医療現場で、今何が起き、どんなことが問題になっているのか。

②現代社会の様相を知る。

医療法規を学ぶにあたり、社会の課題を自分の視点として捉えることが大切です。マクロからミクロ、という捉え方を前提とすれば、医療法規の勉強だけでなく、どのような勉強にも役に立つはずであることを伝えます。そして身近な相談者である教員は、そのための介助者であることも伝えます。

次に、私が実践している授業内容の一部をご紹介します。

1. 介護保険法について

①高齢化の推移と将来推計についてグラフを用いて説明します。社会状況の変化をつかむ方法です。

②介護保険制度が成立する以前の介護の状況について説明します。成立前に生じていた様々な問題点を学生に伝え、一緒に考えます。

③介護保険制度の目的を説明します。増え続けている高齢者の数、介護保険制度ができる前の介護の状況や問題点を踏まえた上で今の介護保険制度がつけられたことなどを説明します。

上記の流れを理解することがこの後の教科書を使った勉強に役立ちます。

2. 予防接種法について

このテーマは毎年2年生の後期に行いますが、今年は新型コロナワクチンの接種が始まり、前期の7月、2年生対象に実施しました。伝えるときはリアルタイムの情報が最も有効です。普段、新聞やニュースを見ない学生でもこの話題は別です。授業を進めていく中で、学生からも

色々な意見を聴くことができました。

①予防接種の目的です。感染症が原因で重篤な状態になった、又、後遺症が残ったという人が一定数います。しかしワクチンを接種することで、そのような最悪の状態を防ぐことができ、ワクチンを接種する人が増えるほど感染症に罹る人や重症になる人が減少します。ワクチン接種とは、個人を守るだけでなく、社会全体を守ることにつながるといわれています。医療人にとってワクチン接種とは何かを考えます。

②次は時代背景です。終戦から3年後の1948年、日本はまだ戦後の混乱期で、公衆衛生も整っておらず、様々な感染症で命を落とす人が大勢いました。その時期にできた予防接種法は12疾病が対象で、ワクチン接種は国民の義務であり接種を拒む場合、罰則がありました。それから約30年後の1976年頃には・・・というように、現在の予防接種がどうしてできたのか、どのように変化したのか。時代の推移とともに説明します。

③ワクチンの基礎知識です。私は医学や薬学の専門家ではありません。話す内容は一般的な情報です。ワクチンの種類や接種の方法など、医療を勉強している学生にとって極めて必要な知識を学びます。その他、定期接種と任意接種について、ワクチン接種の時期を説明します。特にワクチン接種の年齢や時期については、医療機関窓口で働く職員に直接患者さんから問い合わせがありますので必須の知識といえるでしょう。

そしてこれらのテーマについて私が一番伝えたいことは、正しい情報を得る大切さです。ワクチンを打つことで社会を守ることにつながるけれど、ワクチンを打ったために副作用に苦しんでいる人もいます。また、ワクチンを打たないと感染症に罹りやすく、重篤な状態に陥る場合もあります。ワクチンに対して臆病になるの

ではなく、大切な自分の体や大切な人を守るために、皆が打つから私も打つではなく、正しい情報を見極めて家族で考えることが大切という視点の有無を養います。

④新型コロナワクチンの情報も紹介しました。情報がいつ公開されたのか、日付がポイントです。情報は常に変化していくことを理解します。そして最後にこの授業の振り返りを行います。形式はアンケートです。予防接種の質問はデリケートな部分が多くあり、無記名で行います。アンケートの中には、生まれてから現在までに自身が受けた予防接種についてどの位把握しているのかという質問も入れました。その結果は予想していましたが、ほとんどの学生が「知らない」と答えています。「皆さんは医療人になるのですから、自分の受けたワクチンの名前は覚えておきましょう。」と話しました。

社会状況を説明する際、特に気をつけていることは、事実だけを客観的に話すことです。稀に、授業の中で熱が入り、つい自らの意見・気持ちを言葉にしたいときもありますが、個人的意見は言いません。問いかけても答えないようにしています。学生は純粹であり、教員の話がすべて正しいことであると判断しかねません。偏った見方にならないようにする配慮が必要です。

講義以外の授業形態はアクティブラーニングを念頭においています。情報を提供するのには教員だけではなくありません。学生がキャッチした情報や考えも発表してもらうことで緊張感が生まれ、授業そのものが進化し、INPUTをOUTPUTに変換することが、アクティブラーニングと認識しています。学生の顔を見ると、講義だけの時より楽しそうな表情をしているように思えます。

「Ⅰ．学生に何を伝えるか」のまとめです。授業では、医療現場の話や教科書を説明する以外に、社会状況を提示すると学生が興味を持つ

てくれます。例えば、国民皆保険を達成する前後から現在に至るまでの間に人口の変動や雇用をめぐる情勢、経済状況、家族形態、社会生活は大きく変化しています。その時代に特有の社会的・文化的な変容の要因を探ります。広い視野の必要性を訴え、医療現場で今何が起きているのか、リアルタイムの情報提供を心がけています。

Ⅱ．日々の指導方法

「難しい」「わからない」と言われる医療法規を理解できると思える授業にするためには、1. レディネス学習の導入、2. 教科書中心の授業、3. 反復学習、この3点が重要と考え実行しています。

レディネス (Readiness) とは、学習のために必要な準備状態を意味する心理学用語のことです。学習の前提となる知識や経験、環境などが整っている状態を示しており、心身の準備性といわれる場合もあります。そのためには第1回目の授業が特に大切です。授業についていけない心配という学生の不安を安心に変えるための説明を行います。

まず初めに話すことは、「覚えようと思わなくてよい」ということです。授業で説明する教科書の内容や難しい言葉などは教員が指示するまでは覚えなくてよいと説明します。「覚えるのではなく資料作りをしましょう。」と話します。「練習問題を解くときは必ず教科書から探して答える。そのためには教科書の大切なところに線を引く。授業の中で大切なところを言葉で説明し、板書します。すべて教科書に書きこんでください。」と話します。これは医療事務の勉強方法と同じです。学生は医療事務の勉強をメインと考え必死に勉強しています。医療事務の勉強はカルテから正確な答えを導き出すために常に点数表を開き読まなくてはなりません。それを繰り返

返すうちに点数表の構成や何が書かれているのか自然と覚えていくのです。

医療法規の勉強でもその方法を踏襲することが可能です。無論、医療秘書技能検定や学内の定期試験は教科書持ち込み不可ですから最終的には覚える作業をしなければならないことも伝えます。医療法規は同じような言葉が多く解りづらく、覚えてもすぐに忘れてしまいます。従って、第1回目の授業では、覚えようと思わなくてよい、授業内の小テストで教科書を見られないときは、「あらかじめこの部分に目を通してきてください」と伝えます。この説明を聞いた学生たちが、「覚えなくていい。覚えなくてはならないときは先生が教えてくれる。資料作りを頑張ろう。」と思って安心してくれたら、レディネス学習の成果が得られたのではないかと思います。

そして、授業を受けるために必要な付箋やファイル、マーカーなど道具のスライドをみせると、それを見た学生は医療事務の授業と同じであることに気づき、更に安心します。医療事務の学習プロセスが医療法規のレディネスを形成する一助となります。

次に、教科書中心の授業について説明します。私の授業では教科書の内容を徹底的に理解することに重点を置いています。そのために授業を始める前に教科書の目次にインデックスを貼ってきてもらいます。その他付箋やファイルの購入等の準備は授業2回目までに必ず行うよう指示すると、少数の約束を守らない学生はいますがほとんどの学生は皆実行します。2回目の授業に行くと、個々の机の上にインデックスを貼った教科書やファイルなどがおいてあります。

「綺麗に貼れましたね。」「この方法で貼ると見やすくて良いですね。」「このファイルは使いやすいそうですね。」「皆さんしっかり約束を守り、素晴らしいですね。」等と褒めると、準備をして

こなかった少数の学生も大抵は次の授業までにはしっかりと実行します。

次に配布物について説明します。配布する資料は最小限（年に10枚位）です。その他のプリントは授業の振り返りに使用する練習問題だけです。かつては学生が少しでも理解できるようにと、色々な資料を作成したときもありました。勿論、教科書に書いてあることをわかりやすくまとめることはとても良いことだと思います。しかし、資料が多くなると学生が勉強するとき、どの資料を見れば良いのかわかりづらくなります。教科書と資料、どちらを見れば良いのか迷う学生もいます。また、資料が多いほど勉強量も多くなると勘違いし、学習へのモチベーションが下がる学生もいます。勉強道具（教科書やプリント）は極力少なくし、心の負担を軽くしてあげたい。そんな思いからノートは使わず、板書をした内容も教科書に書き込むようにしています。書くスペースがなければ付箋に書いて教科書に貼るよう指導しています。教科書に載っていない範囲（例えば病院管理や医療機関の会計、歴史上の人物等）については、資料を配布してファイルに入れます。練習問題も一緒に入れます。ファイリングの仕方も細かく指導します。例えば、資料は順番どおりに入れ、見開きのときにすぐ見つけられるようにする、他教科の資料は絶対入れない等告知します。ファイリングは事務の基本であり、今から慣れておくことも指摘します。

問題を解くときは、教科書を繰り返し読むことを意識させます。「百読おのずからその意味を解す」といいますが、「読む」という行為の大切さを実感した時に学びに対する姿勢が変わることを実感しています。その実感をより深めていきたいと考えます。

最後に日々の授業の流れと反復学習の話です。ある日の授業スケジュールを用いて説明します。

授業のはじめに行うことは前回の復習問題を解くことです。教科書は見ても見なくても自由。たまに、「見ないで行いましょう」という時もあります。問題に合わせて変えています。次に新しい講義です。「さあ資料作りを始めましょう」と言って始めます。講義を行うポイントは、学生が資料作りをするとき、制限時間を設けていることです。いつもではありませんが、この「時間」は集中力がなくなる時間です。板書を書き写すときなど、「あと3分で書きましょう」と小さな刺激を与えると眠気防止や集中力回復につながります。また、普段から早く綺麗に書くよう指導しています。「早く綺麗になんて書けない!」と学生は思っているでしょうが、「これも社会人になるための訓練のひとつですよ。」と言って実践してもらおうようにしています。その後、振り返りでスライドを見せます。時には動画もあります。内容は、本日の前半で説明したその時のテーマに沿った社会状況、社会問題などです。この時に、グループワークで意見交換をすることもあります。最後に、練習問題を行います。

学習記憶と復習のタイミングについてカナダ・ウオータールー大学が行った研究結果を見ると、勉強した後復習しなかった場合、時間が経つごとに記憶が低下していく（忘れていく）という結果を示しています。次に、勉強してから一定時間が経ち記憶が少し薄れたところで1回目の復習を24時間以内に10分程度行くと記憶は100%近くに帰っていて、更に2回目の復習を勉強してから1週間以内に5分程度するとまた記憶が100%近くに回復し、3回目は1カ月以内に2分～4分程度復習すると記憶が帰っていくというように、復習を繰り返すことで記憶を維持することができるそうです。

この方法を活用して、医療法規の復習の仕方は、同じ問題のプリントを2枚配布し、そのプ

リントを講義のあと授業内で1枚解き、次の日に残りの1枚を解くよう指導しています。

学生に配布する練習プリントを作成するにあたり注意していることは2点あります。文章形式で穴あき問題にすること、記号で答える問題ではなくすべて答えを書く形式にすることです。その理由は、文章問題に答えることでその問題のテーマ全体を把握・理解できるからです。そして医療秘書技能検定試験にも文章形式が多く出題されているからです。記号でなく言葉で答を書く問題にする理由は、手書き記憶がより定着しやすく脳の活性化にも繋がると考えるからです。その他、字は大きく丁寧に、漢字の間違い等に気をつけるよう指導しています。「皆さんは事務の仕事をするのです。癖字のある人は今のうちに直しましょう。」と話しています。答え方は、はじめは教科書を見ながら、その後徐々に教科書を見ないで解けるよう段階を踏んでいます。

日々の指導方法で最も大切なポイントは、第1回目の導入部分の丁寧な説明です。そして学生自身が勉強し、理解できるようになるために、教材は極力少なく、メモの取り方やファイリング方法、資料の見方などを細かく丁寧に指導することも求められ、更に毎回、講義の終了後の反復学習も効力があると思います。

「医療関連の法律を何故勉強するの?」という学生の声に対して教員は、「それは、患者さんの命は法律で守られ治療されているからです。」と答えます。また、医療従事者も法律で守られながら医療を提供していることも訴えます。従って検定試験にも法律が出題されます。そして、医療法規を知することは、医療人はもとより、医療人以外の社会人にとっても生きていく上で大切な要件なのではないか、と考えます。知識があると、自分自身を守ることにつながります。そして、自分の大切な人を守ることでもできるの

です。

この言葉の意味は、医療法や健康保険法など、
さまざまな勉強をしていくうちに、学生自身が
感じ取ってくれると、そう信じています。

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。
	1. 医療秘書実務	
	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類・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。

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 67 回（ 2021 年 11 月 7 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、答案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。
- ・ 携帯電話等の電源は OFF にしてください。時計代わりの使用もできません。
- ・ 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。

一般社団法人

医療秘書教育全国協議会

【医療秘書実務】

1. 次は、「医療秘書のコミュニケーション能力」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語群から選び、その番号のマーク欄を塗りつぶしなさい。

医療秘書にとって、コミュニケーション能力は非常に重要である。医療現場では一見小さく見えるミスやクレームも、放置すると大きな（ 1 ）に繋がる可能性がある。例えば、患者や患者の家族からのクレームを自分で対処できた場合などでも、（ 2 ）できたからといって、自分だけで留めず、必ず上司に（ 3 ）する必要がある。部署全体で（ 4 ）を検討し、今後の患者対応に活かすこともできるため、マイナスに捉えずミスを隠さずに職務に臨みたい。

また、業務の締め切り等がある長期間の業務では、締め切りに間に合わない事態を防ぐため、（ 5 ）報告を意識的に行い、他者とのコミュニケーションをとりながら進めていくことも必要である。

〔語 群〕

- ① ヒューマンエラー ② 医療事故 ③ 電話 ④ 伝言 ⑤ 報告
⑥ 解決 ⑦ 改善策 ⑧ 新規提案 ⑨ 定時 ⑩ 中間

2. 次は、「院外文書等」について述べたものである。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 相手に文書を速く届けたかったため、郵便物表面の右上部に赤字で「至急」と書きポストに投函した。
- 7 院長宛の封筒に「親展」と書かれていたら、院長本人が開封してくださいという意味である。
- 8 「秘」扱いの文書を院外へ送る際は、封筒表面に「極秘」と記入し、第三者に開封されることのないように十分気を付ける。
- 9 病院で作成したアンケートを郵便で回収したい場合は、郵便局の承認を受けて、「料金受取人払い」を利用する。
- 10 院長宛のパーティーや学会など、往復はがきで出欠の意思表示をする場合、院長に出欠の確認をとったうえで、秘書が院長の代筆をして返信しても良い。

【医療機関の組織・運営、医療関連法規】

1. 日本の医学・医療の発展に貢献した人物〔A群〕とその業績〔B群〕を組み合わせ、該当する番号のマーク欄を塗りつぶしなさい。

〔A 群〕

☐ 11	パスツール	☐ 16	華岡青洲
☐ 12	山脇東洋	☐ 17	ポンペ
☐ 13	丹波康頼	☐ 18	貝原益軒
☐ 14	アルメイダ	☐ 19	シーボルト
☐ 15	野口英世	☐ 20	小川箏船

〔B 群〕

- ① ロックフェラー医学研究所で梅毒スピロヘータの純粋培養を行い、学士院恩賜賞受賞。その後、黄熱病の病原菌発見のために生涯を捧げた。
- ② キリスト教の宣教師であり外科医でもある。現、大分市に府内（慈恵）病院を創設。西洋医学が初めて導入された。
- ③ 江戸時代の学者。看護の方向を示した「養生訓」を著した。
- ④ 江戸時代中期の医学者。わが国初の人体解剖の所見をまとめて「臓志」を著し、当時の医学界に大きな衝撃と影響を与えた。
- ⑤ オランダの軍医。江戸幕府が招いた医学教官。日本で初めの西洋医学の講義を行った。幕府へ病院の必要性を訴え、日本の近代的病院の原型でもある「長崎養生所」が設立された。
- ⑥ 徳川吉宗時代の町医者。幕府へ施薬院の設立を申し立て、官立初の「小石川養生所」が設立された。
- ⑦ 日本最古の医書である「医心方」を著した。
- ⑧ 長崎出島のオランダ商館医師として来日。鳴滝塾で西洋医学を教え、日本に西洋医学を広めた。
- ⑨ フランスの細菌学者。微生物やウイルスの存在を予見し、炭疽菌や狂犬病の予防接種を創始した。
- ⑩ 江戸時代の外科医。全身麻酔薬を考案し、1805年に乳がんの手術を行った。世界における全身麻酔による手術の先駆者である。

2. 次の設問を読み、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）。

- 21 公的医療機関とは、都道府県、市町村及び厚生労働大臣の定める者が開設する病院のみをいう。
- 22 診察・治療の申し出を受けた医師は、正当な理由があれば申し出を拒むことができる。
- 23 診察・治療の申し出を受けた医師は、前回診療時の一部負担金未払いの者の診療は拒否することができる。
- 24 介護老人保健施設とは、高齢者の診療を専門に行う病院の一種である。
- 25 医療に求められることは「患者第一」であり、これが医療サービスの基本である。
- 26 医療機関の経営も、企業と同様に経営方針を立て、計画的な経営を行わなければならない。
- 27 保険医療機関は厚生労働大臣の指定を受ける。
- 28 船員保険は船員保険組合が運営している。
- 29 臨床研修等修了医師等が無床診療所を開設する場合は、都道府県知事の許可を必要とする。
- 30 国民に対して医療に関する適切な情報提供を行うために、医療機関の広告は自由に行つてよいことになっている。

3. 次は、退職後の公的医療保険について述べたものである。文中の（ ）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。

健康保険組合の適用事業所に40年間勤めていたAさんは、65歳になって定年退職。3月31日まで勤務した。Aさんは協会けんぽの適用事業所に勤務している娘のBさん（33歳）と同居している。

Aさんの被保険者資格は（ 31 ）に喪失する。Aさんが再就職等をせずに働かない場合、原則として以下の3つのいずれかの方法で公的医療保険に加入する。

第一の方法は、Bさんが加入する（ 32 ）になることである。この場合、Aさんの保険料は不要である。ただし、この条件を満たすには身分要件と収入要件を満たすことが必要である。前者については親子であるため、問題はない。しかし、後者については一定の収入（180万円）以下であることが必要である。この収入には、雇用保険の失業等給付、公的年金、（ 33 ）や出産手当金が含まれる。

第二の方法は、（ 34 ）になることである。この場合、退職後（ 35 ）以内に在職時の健康保険組合にて手続きをする必要がある。一部負担金の割合は在職時と同様だが、保険料については在職時に（ 36 ）が負担していたものもAさんが負担しなければならない。また、加入期間は最大（ 37 ）間である。

最後の方法は、（ 38 ）として加入する方法である。第一、第二の方法で手続きをしない場合、基本的にはこの方法になるが、自動的に手続きされるわけではなく、（ 39 ）までに在住の市区町村役場において加入手続きを行う。

なお、上記3つの他にAさんが加入していた健康保険組合に（ 40 ）の制度があればそれに加入する方法もある。

〔語 群〕

- ① 4月1日 ② 4月14日 ③ 20日 ④ 2年 ⑤ 傷病手当金
⑥ 国民健康保険の被保険者 ⑦ 事業主 ⑧ 特例退職被保険者
⑨ 任意継続被保険者 ⑩ 協会けんぽの被扶養者

4. 次は医療機関の組織運営に関する設問である。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. 医療提供理念として規定されているものをすべて指摘しているものはどれか。
a. 医療従事者と医療を受ける者との信頼関係の構築 b. 包括医療の実施
c. 生命の尊重と個人の尊厳の保持
{ ① aのみ ② a, b ③ b, c ④ a, b, c ⑤ cのみ }
42. 医療法で規定されていない病床はどれか。
{ ① 回復期リハビリテーション病床 ② 感染症病床 ③ 結核病床 ④ 精神病床
⑤ 療養病床 }
43. プライマリケアを主に担当する医療機関はどれか。
{ ① 診療所 ② 地域医療支援病院 ③ 特定機能病院 ④ 臨床研究中核病院
⑤ 救命救急センター }
44. 一般病床の床面積で施設基準に定めている床面積はどれか（経過措置基準は除く）。
{ ① 5.4㎡ ② 6.3㎡ ③ 5.7㎡ ④ 6.4㎡ ⑤ 7㎡ }
45. 事務部門として「経理課」「総務課」「医事課」をもつ病院で「総務課」が行う業務はどれか。
{ ① 決算処理 ② 現金出納業務 ③ 人事・労務管理 ④ 入退院手続き ⑤ 保険請求業務 }
46. 医師事務作業補助者として行えないものはどれか。
{ ① 電子カルテ入力補助 ② 診断書等の文書作成補助 ③ 診断に関するデータ整理
④ 検査オーダー業務 ⑤ 医療機関の経営資料作成 }
47. 医療相談全般を行う職種として最も適切なものはどれか。
{ ① 医療情報技師 ② 介護福祉士 ③ 社会福祉士 ④ 診療情報管理士 ⑤ 保健師 }
48. 一般的にロアマネジメント層に分類されるものはどれか。
{ ① 医員 ② 医事課主任 ③ 看護部長 ④ 事務長 ⑤ 病院長 }
49. 権限の委譲の効果として考えられるものをすべて指摘しているものはどれか。
a. 現場の判断によるスピーディーな解決 b. 上司が戦略・マネジメントに専念できる
c. 部下の成長に寄与
{ ① a, b ② a, c ③ bのみ ④ b, c ⑤ a, b, c }
50. 特定機能病院の承認要件でない事項はどれか。
{ ① 無菌病室 ② 救急医療の提供 ③ 集中治療室 ④ 医薬品情報管理室
⑤ 通常の病院の2倍程度の医師の配置 }

【医学的基礎知識・医療関連知識】

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

右上腹部にある（ 1 ）は、（ 2 ）を介して運ばれた3大栄養素を用いて、代表的な血中タンパク質の（ 3 ）、糖質の一種である（ 4 ）、脂質などを合成している。また食物中の脂肪の消化や、（ 5 ）からの吸収を助ける（ 6 ）も合成している。

肝炎を引き起こす（ 7 ）が肝臓に感染すると、感冒様症状に加え（ 8 ）などの症状が起こり、肝機能検査値が異常値となる。B型肝炎（ 7 ）によるB型肝炎は、慢性化率は低いのに（ 9 ）を引き起こし致命的となる。一方、C型肝炎（ 7 ）によるC型肝炎は、慢性化することにより高率に（ 10 ）を引き起こすことが知られている。

〔語 群〕

- ① グリコーゲン ② 肝臓 ③ アルブミン ④ 小腸 ⑤ 胆汁
⑥ 門脈 ⑦ 黄疸 ⑧ 肝臓 ⑨ ウイルス ⑩ 急性肝炎

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

- 11 2型糖尿病は、インスリン投与が治療の基本である。
12 A型肝炎は経口感染する。
13 高血圧症は未治療であっても、心血管系疾患のリスクは低い。
14 心不全は、尿量が減少し浮腫を生じやすい。
15 肝硬変の原因には、ウイルス感染が有る。
16 子宮筋腫は、悪性腫瘍である。
17 腰椎椎間板ヘルニアでは、腰痛や下肢のしびれが起こる。
18 ネフローゼ症候群では、高度なタンパク尿がみられる。
19 褐色細胞腫は、副腎皮質の疾患である。
20 花粉症による鼻炎はアレルギーとは関係がない。

3. 次の英語又はひらがなを、漢字に直しなさい。

- 21 あくえきしつ：がんの末期にみられる状態
22 ちんがいやく：呼吸器症状を止めるくすり
23 こうてんせいめんえき：特定の異物を認識して攻撃する
24 がいはんぼし：ハイヒールや先の尖った靴で悪化する
25 しゅよう：組織が過剰に増殖して塊となったもの
26 coronary angiography：循環器疾患の検査の一つ
27 gout：尿酸が増加して起こる疾患
28 jaundice：血液中のビリルビンが増加することで出現する症状
29 myocardial infarction：虚血性心疾患の一つ
30 osteoporosis：圧迫骨折の原因となる

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 P I	① 筋萎縮性側索硬化症
32 C P R	② 関節可動域
33 A L S	③ 新生児呼吸窮迫症候群
34 I R D S	④ 経皮的冠動脈形成術
35 E S W L	⑤ 全血球計算
36 S A S	⑥ 現病歴
37 R O M	⑦ 内視鏡的逆行性膵胆管造影
38 P T C A	⑧ 睡眠時無呼吸症候群
39 E R C P	⑨ 心肺蘇生術
40 C B C	⑩ 体外衝撃波碎石術

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 便ヘモグロビン検査で陽性になる可能性のあるものはどれか。

a. 膵炎 b. 大腸癌 c. 胃潰瘍 d. 糖尿病

① a, b ② a, c ③ b, c ④ b, d ⑤ aのみ

42 肝硬変の症状はどれか。

a. 門脈圧亢進 b. 痔核形成 c. 食道静脈瘤 d. 意識障害

① a, b, c ② a, c, d ③ b, c ④ b, d ⑤ a～dの全て

43 尿タンパク陽性となる疾患はどれか。

a. 糸球体腎炎 b. ネフローゼ症候群 c. 糖尿病性腎症 d. 肝炎

① a, b, c ② a, c, d ③ b, c, d ④ a, b, d ⑤ bのみ

44 肝臓の機能検査はどれか。

a. AST b. AMY (アミラーゼ) c. ALT d. ビリルビン

① a, b, c ② a, c, d ③ b, c, d ④ a, b, d ⑤ a～dの全て

45 心電図に異常の出る疾患はどれか。

a. 心筋梗塞 b. 狭心症発作時 c. 不整脈 d. 房室ブロック

① a, b ② a, c ③ b, c ④ b, d ⑤ a～dの全て

46 血圧を上昇させる要因・疾患はどれか。

a. 動脈硬化症 b. 腎不全 c. 原発性アルドステロン症 d. 橋本病

① a, b, c ② a, c, d ③ b, c, d ④ a, b, d ⑤ a～dの全て

47 胆石症の症状はどれか。

a. 激しい上腹部痛 b. 頭痛 c. 嘔吐 d. 黄疸

① a, b, c ② a, c, d ③ b, c ④ b, d ⑤ a～dの全て

48 炎症の徴候はどれか。

a. 出血 b. 腫脹 c. 熱感 d. 疼痛

① a, b, c ② a, b, d ③ a, c, d ④ b, c, d ⑤ a～dの全て

49 脳を覆っている膜はどれか。

a. クモ膜 b. 角膜 c. 脈絡膜 d. 軟膜

① a, b ② a, c ③ a, d ④ b, c ⑤ b, d

50 随意筋はどれか。

a. 心筋 b. 横紋筋 c. 骨格筋 d. 平滑筋

① a, b ② a, c ③ a, d ④ b, c ⑤ c, d

第 67 回（ 2021 年 11 月 7 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（2020 年 4 月版以降）をご用意ください。ノート・参考書・電卓の持ち込みは自由です。点数の算定については、2021 年 10 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。
- ・ 携帯電話等の電源は OFF にしてください。時計代わりの使用もできません。
- ・ 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 の鉛筆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 ② 305 ③ 325 ④ 335 ⑤ その他	11 ① 630 ② 631 ③ 605 ④ 616 ⑤ その他
2 ① 310 ② 355 ③ 30 ④ 305 ⑤ その他	12 ① 46 ② 36 ③ 42 ④ 70 ⑤ その他
3 ① 296 ② 2,958 ③ 295 ④ 148 ⑤ その他	13 ① 32 ② 16 ③ 20 ④ 2 ⑤ その他
4 ① 1 ② 2 ③ 4 ④ 3 ⑤ その他	14 ① 109 ② 99 ③ 129 ④ 119 ⑤ その他
5 ① 215 ② 22 ③ 21 ④ 214 ⑤ その他	15 ① 140 ② 139 ③ 189 ④ 136 ⑤ その他
6 ① 1 ② 3 ③ 2 ④ 4 ⑤ その他	16 ① 35 ② 45 ③ 50 ④ 60 ⑤ その他
7 ① 37, 240 ② 55, 860 ③ 66, 590 ④ 74, 480 ⑤ その他	17 ① 413 ② 447 ③ 269 ④ 513 ⑤ その他
8 ① 2, 500 ② 4, 000 ③ 3, 000 ④ 2, 000 ⑤ その他	18 ① 224 ② 230 ③ 287 ④ 275 ⑤ その他
9 ① 6, 750 ② 8, 300 ③ 9, 050 ④ 6, 000 ⑤ その他	19 ① 1, 720 ② 1, 330 ③ 1, 120 ④ 1, 450 ⑤ その他
10 ① 104 ② 103 ③ 10 ④ 11 ⑤ その他	20 ① 180 ② 70 ③ 120 ④ 250 ⑤ その他

(2) A～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 I 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、小児科、脳神経外科、循環器科、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 290 床の東京都町田市の一般病院（救急指定病院）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、月曜日から土曜日まで毎日午前 9 時から午後 5 時まで診療、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。

急性期一般入院料 4 【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、診療録管理体制加算 2、急性期看護補助体制加算 3、医師事務作業補助体制加算 2（40 対 1）、医療安全対策加算 1、感染防止対策加算 2、救急医療管理加算、データ提出加算 1 イ、地域医療体制確保加算、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 MR I 撮影（1.5 テスラ以上 3 テスラ未満）、麻酔管理料 I、病理診断管理加算 1、薬剤管理指導料、検体検査管理加算（Ⅱ）、入院時食事療養（Ⅰ）、食堂加算

(7) 手術前医学管理料・手術後医学管理料は算定しないものとする。

(8) 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

202保険者番号		34130019	氏名 渋谷 亮 (男)・女	公費負担者番号①							
被保険者証 被保険者手帳	記号・番号	13K0054・327(枝番)00		受給者番号①							
	有効期限	令和 年 月 日			公費負担者番号②						
資格取得		令和 年 月 日		受給者番号②							
被保険者氏名		渋谷 亮			住所	省 略		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		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) 頸椎症性神経根症(主)			上外	3年9月2日	年 月 日	治ゆ・死亡・中止	年 月 日				
(2) 2型糖尿病			上外	3年3月19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								
令和3年10月28日(木) 10:00 入院 糖尿病治療通院中。9月、右上肢しびれと脱力 で当院外科を受診。保存的治療を行ったが症 状が改善せず、本日手術目的で入院。 入院診療計画書作成、本人に対し、入院期 間、手術等の説明と同意書をもらう。 放射線科医によるMRIの読影結果文書(別紙) 第5・6頸椎間と第6・7頸椎間の神経根への 圧迫を認める。 常勤麻酔医による診察 糖尿病検査値、HbA1c 9.0 空腹時血糖 250mg/dl 薬剤師から糖尿病用剤について薬剤管理指 導を行う(安全管理が必要な医薬品) 昼より糖尿病食、夜より指示があるまで禁食 夜より指示があるまでグリメピリド錠投薬中止 10/29(金) 弾性ストッキング着用 常勤麻酔医による全身管理(麻酔困難患者) 10:00 手術開始 経皮的動脈血酸素飽和度測定 呼吸心拍監視(10:00～19:00) 帰室後酸素吸入(11:45～19:00) 液化酸素 CE 2L/分 10/30(土) 常勤麻酔医による術後診察 経過良好 10/31(日) 本日夜より糖尿病食 本日夜より投薬再開 明日からリハビリ開始 (以下省略)			10/28 検血—末梢血液一般、HbA1c、CRP TP、AST、ALT、LD、T-Bil、ALP、Amy、γ-GT、CK、 BUN、グルコース、T-cho、ナトリウム・クロール、K 血液ガス分析 頸椎単純X-P(デジタル)2方向 電子画像管理 頸椎MRI(1.5 テスラ以上3テスラ未満)電子画像管理 Rp)レンドルミン錠 0.25 mg 1T 1P(Ⓢ)1T=21.3 円) グリメピリド錠 3T(1T=9.80 円) 分3×3TD 10/29 プレメデ 硫アト 0.05%1mL 1A(1A=95 円) アタラックス-P注 2.5%1mL 1A(1A=57 円) 硬膜外麻酔(頸部)併施(10:00～11:45) カルボカイン注 0.5%10mL (1mL=10.9 円) 閉鎖循環式全身麻酔(10:00～11:45) 笑気ガス 450g(1g=2.7 円) セボフレン吸入麻酔液 50mL(1mL=45.9 円) ラボナール注射用 0.5g500mg 1A(1A=1,002 円) ワゴスチグミン注 0.5mg005%1mL 1A(1A=96 円) フルマリン静注用 1g 1V(1V=1,286 円) 生理食塩液「NP」250mL 1袋(1袋=159 円) 液化酸素(CE) 420L(1L=0.19 円) 脊椎固定術(前方椎体固定)(2椎間) 画像等手術支援加算(ナビゲーション) 点滴 ラクテックG輸液 500mL 2袋(1袋=193 円) フルマリン静注用 1g 2V 10/30 創傷処置 90 cm² イソジン液 10% 10mL(1mL=2.52 円) 頸椎単純X-P(デジタル)2方向 電子画像管理 点滴 do 10/31 創傷処置 do 点滴 do 検血—CRP								

診療報酬明細書

(医科入院)

都道府
県番号

医療機関コード

令和 年 月 分

省略

省略

1	1 社・国	3 後 期	1 単 独	1 本 入	7 高入-
医 科	2 公 費	4 退 職	2 2 併	3 六 入	9 高入7
			3 3 併	5 家 入	
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

(枝番)

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 5 令 . . . 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
医療機
関の所
在
地及
び
名 称

省略

傷 病 名	(1) (2) (3)	診 療 開 始 日	(1) 年 月 日 (2) 年 月 日 (3) 年 月 日 (4) 年 月 日	転 帰	治 癒	死 亡	中 止	診 療 実 日 数	保 険 公 費 ① 公 費 ②	日
(11) 初 診	時間外・休日・深夜	回	点	公費分点数	(13) 医学管理					
(12) 在宅					(20) 投 薬	(21) 内 服 単 位 (22) 外 服 単 位 (23) 調 剤 日 (24) 麻 毒 日 (25) 調 基 日				
(30) 注 射	(31) 皮 下 筋 肉 内 (32) 静 脈 内 (33) そ の 他	回	点		(40) 処 置	薬 剤	回			
(50) 手 術	麻 酔	回	点		(60) 検 査	薬 剤	回			
(70) 画 像 診 断	薬 剤	回	点		(80) そ の 他	薬 剤	回			
(90) 入 院	入院年月日	年 月 日	点		90 入院基本料・加算	× 日間 × 日間 × 日間 × 日間				
92 特定入院料・その他										
療 養 給 付 費 ① 公 費 ②	請 求 点	※ 決 定 点	負 担 金 額 円	減 額 割 (円) 免除・支払猶予	保 険 公 費 ① 公 費 ②	回	円	※ 決 定 点	円	(標準負担額) 円

① 肺 予	E	1	×	1	
② グリスピリド錠0.5mg 3T		2	×	1	
③ レンドルミン錠0.25mg 1T		3	×	3	
④ 点滴注射		2	×	1	
⑤ ラクテックG輸液 500mL 2袋		98	×	2	
⑥ フルマリン静注用1g 2瓶		3	×	4	
⑦ 酸素加算(液化酸素CE)870L(0.19円×870L×1.3)÷10		5	×	1	
⑧ 創傷処置 1		52	×	2	
⑨ イソジン液10% 10mL		3	×	6	
⑩ F(手術)		7	×	1	
⑪ 画像等手術支援加算(ナビゲーション)		8	×	1	
⑫ G(麻酔)		9	×	1	
⑬ 酸素加算(液化酸素CE)420L(0.19円×420L×1.3)÷10		10	×	1	
⑭ アトロピン硫酸塩注射液005%1mL 1A					
⑮ アタラックス-P注2.5%1mL 1A					
⑯ カルボカイン注0.5% 10mL					
⑰ 笑気ガス450g、セボフレン吸入麻酔液 50mL					
⑱ フボナル注射用0.5g 500mg 1A					
⑲ ワグスチグミン注0.5mg 0.05%1mL 1A					
⑳ フルマリン静注用1g 1瓶					
㉑ 生理食塩液「NP」250mL 1袋		11	×	1	
㉒ 尿管 I		1,050	×	1	
㉓ B-末梢血液一般、HbA1c		12	×	1	
㉔ B-CRP		13	×	2	
㉕ B-TP、AST、ALT、LD、T-Bil、ALP、Amy、γ-GT、BUN					
㉖ CK、グルコース、ナトリウム・クロール、K、T-cho、入院初回		14	×	1	
㉗ 血液ガス分析		15	×	1	
㉘ H		16	×	1	
㉙ I		17	×	1	
㉚ 尿管 II		100	×	1	
㉛ 頸椎単純X-P(デジタル)2方向 (電画)		18	×	2	
㉜ J		19	×	1	
㉝ コンピューター断層診断		450	×	1	
㉞ 三画 ②		20	×	1	
㉟ 省略					
※高額療養費	※公費負担点数	点			
97 基準	円×	回	基準(生)	円×	回
食事・特別	円×	回	基準(生)	円×	回
生活・食堂	円×	日	特別(生)	円×	回
環境	円×	日	減・免・猶・I・II・3月起		

D

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回答は、該当する全ての設問を0点とする）。

- 21 救急医療管理加算1の対象となる患者は、入院時において当該重症患者の状態であれば算定できるものであり、当該加算の算定期間中に、当該状態を継続していなくなっても算定可能である。
- 22 退院後訪問指導料を算定した日においては、在宅患者訪問褥瘡管理指導料は算定できない。
- 23 調剤技術基本料の院内製剤加算は、散剤を調剤した場合においても要件を満たしていれば算定できる。
- 24 退院前在宅療養指導管理料は、外泊後帰院することなく、他の医療機関に転院した場合には算定できない。
- 25 人工腎臓の回路により注射を行った場合は当該注射にかかる費用は、手技料及び薬剤料も算定できない。
- 26 輸血と補液を同時に行った場合は、輸血の量と補液の量は別々のものとして算定する。
- 27 マルチスライスCTの届け出を行っていない保険医療機関でマルチスライス撮影を行った場合はCT撮影の所定点数は撮影できない。
- 28 外来で診療表示時間外の午後7時に爪甲除去術を右手指第1～3を2歳の患者に施行した場合の手術料は時間外加算2と乳幼児加算を合計して5,544点となる。
- 29 精神科在宅患者支援管理料の対象となる精神科標榜医療機関への通院が困難な患者には、精神症状により単独での通院が困難な者は含まれない。
- 30 リハビリテーション料は使用薬剤料も含め、DPC包括算定対象となる。

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
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	北見市常磐町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
008	旭川医療秘書専門学校	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
174	柴田学園短期大学部	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
013	東北保健医療専門学校	980-0013	仙台市青葉区花京院1-3-1 TEL.022-745-0002 FAX.022-745-0003
147	岩手公務員・医療・ビジネス専門学校	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.022-217-8877 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

【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
025	群馬医療福祉大学 短期大学部	371-0823	前橋市川曲町191-1 TEL.027-253-0294 FAX.027-254-0294
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
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
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
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
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
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

コード	学校名	〒	住所・電話番号・FAX番号
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	横浜医療秘書専門学校	231-0033	横浜市中区長者町4-9-10 TEL.050-5491-5046 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
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
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
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
063	新潟医療福祉大学	950-3198	新潟市北区島見町1398 TEL.025-257-4484 FAX.025-257-4484
064	三条看護・医療・歯科衛生専門学校	955-0091	三条市上須頃1273番地(3街区) TEL.0256-47-1755 FAX.0256-47-1775
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
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	浜松未来総合専門学校	430-0929	浜松市中央3-10-31 TEL.053-450-6550 FAX.053-450-6580

コード	学校名	〒	住所・電話番号・FAX番号
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	中部コンピュータ・パティエ・保育専門学校	440-0895	豊橋市花園町75 TEL.0532-52-2000 FAX.0532-54-2316
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	藤田医科大学	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
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.059-370-0311 FAX.059-370-4720

【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
083	香ヶ丘リベルテ高等学校	590-0012	堺市堺区浅香山町1-2-20 TEL.072-227-4191 FAX.072-238-7882
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.06-6399-2941 FAX.06-6397-1868
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
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

コード	学校名	〒	住所・電話番号・FAX番号
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
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	京都米養医療専門学校	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
095	鳥取市医療看護専門学校	680-0835	鳥取市東品治町103-2 TEL.0857-30-7066 FAX.0857-30-7061
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	専門学校岡山ビジネスカレッジ 田町キャンパス	700-0825	岡山市北区田町1-1-9 TEL.086-230-0350 FAX.086-235-1450
099	穴吹ビジネス専門学校	720-0052	福山市東町2-3-6 TEL.084-931-3325 FAX.084-922-5924
102	広島会計学院ビジネス専門学校	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	730-0012	広島市中区上八丁堀7-15 TEL.082-502-0789 FAX.082-502-0787
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
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180 TEL.088-602-8518 FAX.088-602-8781
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

【九州】

コード	学校名	〒	住所・電話番号・FAX番号
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	河原医療大学校 新居浜校	792-0812	新居浜市坂井町1-9-23 TEL.0897-34-9555 FAX.0897-34-6009
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・スポーツ専門学校	812-0032	福岡市博多区石城町7-30 TEL.092-262-2119 FAX.092-262-8615
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.095-893-8939
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	熊本市東区健軍3-50-21 TEL.096-331-3301 FAX.096-331-3302
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
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&医療スポーツ専門学校	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	南九州医療事務医療秘書専門学校	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

【九州・沖縄】

コード	学校名	〒	住所・電話番号・FAX番号
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
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	パーソルワークスデザイン株式会社	171-0014	豊島区池袋2-65-18 池袋WESTビル TEL.03-5960-7304 FAX.03-5960-7308
223	ケアアンドコミュニケーション株式会社	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68番地 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3-3-1 クラックス仙台3F TEL.022-726-7075 FAX.022-215-3105
230	株式会社つちや書店	113-0023	東京都文京区向丘1-8-13 2F TEL.03-3816-2071 FAX.03-3816-2072
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

第19回学術大会 日本医療秘書学会

2022年2月20日(日)

会場 **東京証券会館** WEB配信あり
〒103-0025 東京都中央区日本橋茅場町1-5-8
URL: <http://www.ts-kaikan.co.jp/hall/>

1. 特別講演

『医療秘書に求められるもの -コロナ禍と医療秘書教育-』

東京医科歯科大学 歯学部 非常勤講師

東京医業専門学校 学校長

日本医歯薬専門学校 学校長

須田 英明

2. 教育講演

『病院施設基準管理士養成の必要性』

株式会社 産労総合研究所 医事グループ局長

一般社団法人 日本施設基準管理士協会 代表理事

田中 利男

3. シンポジウム

『今後の働き方改革に貢献する医療スタッフとは』

～タスクシフティングによる生産性向上～

座長: 四谷メディカルキューブ クラーク科 科長

小野田 真理子

4. 一般演題

※12月21日(火)学会ホームページにて演題内容を掲載いたしますので

詳細につきましてはこちらをご覧ください。

<http://society.mts-jp.org/> (一般財団法人日本医療秘書学会ホームページ)

学 会 長 佐藤 秀次
医療法人美脳 札幌美しが丘脳神経外科 顧問
NPO法人 日本医師事務作業補助研究会 顧問

主催 一般財団法人 日本医療秘書学会

学術大会長 浮舟 邦彦
一般財団法人 日本医療秘書学会 理事長
学校法人 大阪滋慶学園 理事長

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

「激動の医療情勢を支える医療秘書」
コロナ下で示す医療秘書の存在感



一般社団法人日本医療秘書学会 事務局

お問い合わせ

〒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@mts-jp.org



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、修正を求められる場合がある。

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、C G S 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) 別刷は 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

第21号の編集後記を書いている現在、日本の新型コロナウイルスのワクチン接種完了者が77.10% (Our World Data, Nov28, 2021) となり、全協誌の本部のある東京も感染者数が劇的に少なくなっている状況です。通常の生活に戻れるのではと期待をしていましたが、オミクロン株という新しい変異株が検出され、完全な終息にはまだ程遠いのではと暗澹たる状況が続いております。

今号も前号に引き続き、「ウィズコロナ時代における医療秘書の使命と役割」というテーマで、新型コロナウイルス感染症に対する医療現場からの報告及び医療秘書教育についての有益な情報となっております。

巻頭言は、当協議会新会長の佐藤秀次先生から賜っております。「会長職を拝命して医療秘書の未来を想う」と題して、「医師の働き方改革関連法」における医療秘書の未来への期待、そして医療秘書の磐石な雇用の安定が、私ども教育者も含めた使命であるといった今後の教育の方向性も示されております。

酒井一由先生は、日本医療秘書学会第18回学術大会の大会長講演「コロナ時代の医療秘書の未来像」と題した要約となります。感染症の歴史及び現在の新型コロナ感染症により状況が変わる医療現場で、医療秘書は何が求められているのか、未来の展望も含めたご提案がなされています。

石井仁先生は「新型コロナウイルス感染症と医療現場」と題して、医療現場の事例報告となります。新型コロナウイルス感染症の発生から第5波まで、世の中の流れと並行して医療機関がどのように対応してきたのか、患者対応のみならず職員対応も経緯を追ってご紹介

してくださっています。院内一丸となってコロナへ立ち向かう状況がわかり、敬服いたします。

次に、当協議会で開催されました研修会の報告となります。鈴木隆一郎先生は「新型コロナウイルス感染症とその対策について」と題し、医師の視点ならではのウィルスの基礎から治療まで、わかりやすく具体的にご解説くださっています。さらにはこの全協誌のために、ワクチンから治療薬までの最新の情報も加筆くださいました。

細谷邦夫先生は、「我が国の医療提供体制」と題し、医療保険制度を中心に、医療提供体制の変遷や課題を時系列に整理し、まとめてくださっています。

田中利男先生は「施設基準管理士養成の必要性」と題し、何故、施設基準管理士とその養成が重要なのかを調査結果のエビデンスを通して解説してくださっております。

野口孝之先生は「医事コン検定領域Ⅱ コンピュータ関連知識の指導法」と題して、今後中心になるであろう医療情報分野について、医事コン検定の内容や結果から指導のポイントをご提供くださいました。ICT利活用型教育への示唆となっています。

安部正美先生は「医療・福祉関連法規の指導法」と題し、医療秘書教育の中で学生が苦手意識を持つ法規について、先生の具体的な指導法を交えて公開してくださっています。

いずれも論理的にまとめた医療秘書教育に欠かせない内容となりました。あらためまして、皆様のご協力に感謝し、今後とも引き続きご指導を賜りたいと存じます。

丹野 清美

医療秘書

教育全協誌

National Association
of Medical Secretary Education

第21巻 第1号 (Vol. 21 No. 1 2021. 12)

2021年12月1日発行

発行責任者 浮舟 邦彦

編集委員長 丹野 清美

編集委員 野田 雅司、澄川 良一、横瀬 和子、石本 良之
手塚 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

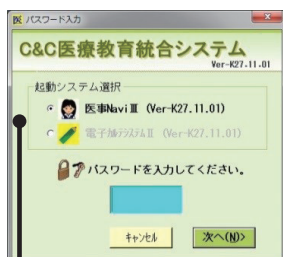
TEL : 03-5675-7077 FAX : 03-5675-7078

E-Mail : info@medical-secretary.jp

「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！



起動時に使用するシステム
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 Navi III 入院入力済みデータとの連動使用



【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、検査等のオーダーリング
 - ・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/>

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。
- 新刊2点を含み、シリーズ全点刷新！



1 三訂 医療秘書 B5判/144頁
定価 2,310円

2 改訂 病院のマネジメント B5判/200頁
定価 2,750円

3 三訂 医療情報管理 B5判/128頁
定価 2,310円

4 三訂 医療関連法規 B5判/232頁
定価 2,860円

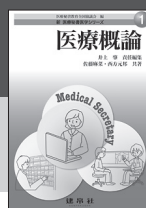
5 社会福祉関連法規 B5判/168頁
定価 2,530円

6 D P C の 実 際 B5判/144頁
定価 2,310円

新 医療秘書医学シリーズ (全7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！
- 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 2,200円

2 基 礎 医 学 B5判/128頁
定価 2,090円

3 臨床医学Ⅰ-内科 B5判/128頁
定価 2,090円

4 臨床医学Ⅱ-外科 B5判/136頁
定価 2,200円

5 検 査 ・ 薬 理 学 B5判/168頁
定価 2,420円

6 患 者 ・ 看 護 論 B5判/144頁
定価 2,200円

7 三訂 医 療 用 語 B5判/136頁
定価 2,310円

医事コンピュータ技能検定テキスト

改訂 医事コンピュータ関連知識

医療秘書教育全国協議会 編

B5判/168頁 定価 2,750円

- 医事コンピュータ技能検定試験の領域Ⅱに対応するテキスト。
- 医療現場での業務実践に向け、押さえるべきポイントをわかりやすく整理。



病院経営のイノベーション

堺 常雄・高橋淑郎 編著 B5判/240頁 定価 5,280円

- ▶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、バランススコアカードを利用し、病院経営の「見える化」をはかる。



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

<https://www.kenpakusha.co.jp/>

価格税10%込

なりたい夢へチカラを与える

検定受験対策唯一の問題集

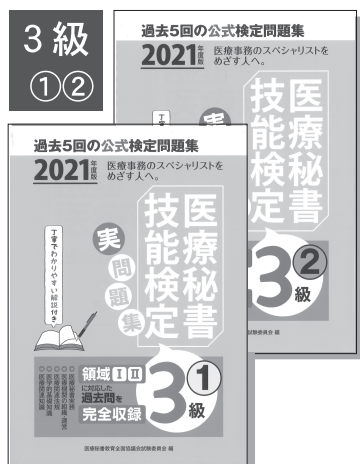
医療秘書 技能検定 実問題集 2022年度版

医療秘書教育全国協議会 編

2022年 3月下旬 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2021年11月試験分まで

過去問 5回分
+

解答・解説

※表紙ビジュアルは2021年度版。
2022年度版はデザイン変更予定。

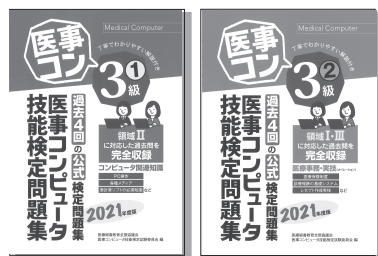
B5判・1色刷り

医 事 コンピュータ 技能検定 問題集 2022年度版

医療秘書教育全国協議会 編

2022年 3月下旬 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2021年11月試験分まで

過去問 4回分 +

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2021年度版。
2022年度版はデザイン変更予定。

B5判・1色刷り

つちや書店
<http://tsuchiashoten.co.jp/>

お問合せ先

〒113-0023

東京都文京区向丘 1-8-13

☎03-3816-2071

FAX 03-3816-2072

E-mail: info@tsuchiashoten.co.jp

病院に重要な施設基準の 管理はできていますか？

施設基準のプロフェッショナルを目指す！

施設基準管理士 -Facility Standard Manager-

医療機関における施設基準の管理や運用の失敗は、病院運営で多大な損失を招く恐れがあり、大変重要な経営課題の1つとなっています。

しかし、施設基準には複雑なルールが定められており、医療機関が遵守するためには担当する職員が体系的に知識を身に付ける必要があります。

そこで新たに誕生したのが「施設基準管理士®」です。

病院が行う施設基準の届出を総合的に管理・運用する専門知識とスキルを獲得するための、日本で唯一の資格制度です。



施設基準管理士
登録人数 617 名
(2021 年 10 月現在)

第 5 回 施設基準管理士認定試験

2022年11月26日実施予定

申込受付：2022 年 8 月～

開催地：北海道、東京、大阪、福岡など

【認定試験に向けた教材】

教材1 施設基準パーフェクトブック 2022年度版

教材2 施設基準管理士認定試験に向けたeラーニング講習

詳しくは日本施設基準管理士協会ホームページへ！ <https://www.shisetsukijun.org>



教材1

施設基準パーフェクトブック 2022年版 実務で使える届出と管理



予価 13,200 円（税込）

発行日：2022年6月中旬発刊予定

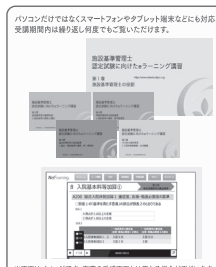
教材2

施設基準管理士認定試験に向けた eラーニング講習

施設基準の知識を体系的に習慣でき、認定試験に合格するための試験勉強のポイントを学べます。

総講習時間：約 8 時間

受講開始：2022年8月中旬予定



※画面はイメージです。実際の受講画面とは異なる場合がございます。



一般社団法人

日本施設基準管理士協会

〒100-0014 東京都千代田永田町1-11-1 三宅坂ビル

TEL:03-5860-9821 FAX:03-5860-9868

E-mail:info@shisetsukijun.org

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

当協会のホームページでご確認ください。

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。

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.

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。

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



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>