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

Vol.22
No.1 2022.12

CONTENTS

巻頭言
若い人たちに日野原先生の「医療秘書」への想いをつなぐ・・・1
一般社団法人医療秘書教育全国協議会　理事長
学校法人大阪滋慶学園　理事長
浮舟　邦彦

総説
「コロナ診療における医療者の役割」・・・・・・・・・・・・・・3
社会医療法人社団　健生会　立川相互病院　院長
高橋　雅哉

原著
「医療秘書病院実習におけるルーブリックを用いた評価と
自己評価についての一考察」・・・・・・・13
関西女子短期大学　医療秘書学科
山本　まりこ　西山　良子　竹重　文雄

総説
「医療関連法規・福祉関連法規の指導法に関する試論」・・・・・23
埼玉コンピュータ＆医療事務専門学校
医療事務科専任教員
清水　祥友

総説
「コロナ禍における医療機関の在り方、
そして医師事務作業補助者の関わり方」・・33
東京都済生会中央病院
診療支援課係長※1
救急診療科部長・救命救急センター長※2事務次長代理※3
坂田　智代※1　関根　和彦※2　町田　洋治※3

事例報告
「コロナ禍における病院の在り方」
～中小病院の外来の例～・・・・・・・・・・・・・・・・・・37
社会福祉法人聖母会　聖母病院　事務次長
杉山　勝志

事例報告
「コロナ禍における介護サービスの在り方」・・・・・・・・・・41
学校法人大阪滋慶学園　大阪医療福祉専門学校
澄川　良一

研修会報告
「2022 年度診療報酬改定と医療機関の動向」・・・・・・・・・・・ 45
(有)メディカル・サポート・システムズ
代表取締役社長
細谷　邦夫

研修会報告
「中小病院における医事課の生産性向上とは」・・・・・・・・・・61
社会福祉法人聖母会　聖母病院　事務次長
杉山　勝志

研修会報告
「医療秘書教育に望むこと」・・・・・・・・・・・・・・・・・・・67
戸田中央メディカルケアグループ　TMG 本部
総局長室　室長　兼総務部次長
(一社)医療秘書教育全国協議会　理事
橋本　敦

研修会報告
「専門学校における教職員の研修」・・・・・・・・・・・・・・・・71
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

検定試験案内
各検定の審査基準２．３級・・・・・・・・・・・・・・・・・・・77
一般社団法人医療秘書教育全国協議会

第６９回医療秘書技能検定試験問題２級・・・・・・・・・・・・81
一般社団法人医療秘書教育全国協議会

会員校名簿・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・94

学会案内
日本医療秘書学会第２０回学術大会開催概要・・・・・・・・・101
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・・・・・・・・・・・・・・・・・102

編集後記・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・103
編集委員長　丹野　清美

巻頭言

若い人たちに日野原先生の「医療秘書」への想いをつなぐ

浮舟　邦彦

Profile

一般社団法人
医療秘書教育全国協議会
理事長
学校法人大阪滋慶学園
理事長

オミクロン株が猛威を振るった新型コロナウイルス感染症の第７波は、ようやく鎮静化し、ｗｉｔｈコロナの日常が始まりました。この間、「医療秘書」の皆さんはコロナと戦い、患者さんを受け入れるフロントとして、医療事務のプロフェッショナルとして、チーム医療を廻す要として活躍し、存在感を高めてこられました。

その実相は、本年２月に開催された日本医療秘書学会第19回学術大会での報告にある通りです。学術大会長を務めさせていただいた私は、今回の学術大会を通して日野原重明先生が説かれてきた「医療秘書の仕事の重要性」、「すべては患者さんのために」などの教えがしっかりと根付きつつあることを確信し、嬉しく思ったものです。そしてここに医療秘書教育に資する全協誌第22巻が刊行されました。

思えば34年前の1988年、チーム医療が主流となりつつある中、医療秘書教育全国協議会が産声を上げ、その年の暮れに第１回医療秘書技能検定３級試験がスタート。1996年には医事コンピュータ技能検定試験、2009年には電子カルテ実技検定試験が実施されました。

この10月、岸田内閣総理大臣を本部長とする「医療ＤＸ推進本部」がようやく発足し、手始めに2024年度からの診療報酬改定作業の円滑化のためのシステム作りや電子カルテの標準化などに取り組むということです。

日野原先生が永眠されてはや５年になろうとしています。多くの方々に助けられながらですが、日野原先生とは全国協議会の会長と理事長の立場で30年近くに亘り、「医療秘書」の発展と教育のために共に歩んでまいりました。コンピューター導入も含め、その先見性や柔軟性、年齢を感じさせない行動力に多くのことを学ばせていただきました。来年２月には、節目になる日本医療秘書学会第20回学術大会が開催されます。学術大会に参加される若い人たちに、日野原先生の想いを今一度かみしめていただけたらと願っています。

総説

コロナ診療における医療者の役割

高橋　雅哉

現在医療に携わっている方、また、これから医療に従事しようと努力されている方々に、二次救急病院の職員がどのように新型コロナ感染症（以下、コロナ）に取り組んでいるか、概要を述べたいと思います。

キーワード　新型コロナ感染症

2021 年 8 月、デルタ株が猛威をふるいました。病院の中は嵐でしたが、世間はどこ吹く風。街は賑わい、政府もオリンピック大事で、感染を抑制する気など毛頭なく、なりゆき任せ。20 代の娘さんが宴会に出て感染し、本人は軽く済んだが、50 代のお父さんに感染して搬入され、重症化。危篤となって ECMO（体外式膜型人工肺）を大学病院に依頼しても満杯で受けてもらえず、不幸な転帰を覚悟しながら、人工呼吸で全力を尽くして崖っぷちで救命した事例がありました。あのままお父さんが亡くなっていたら、娘さんの人生はどうなっていたことでしょう。

誰も経験したことのない、パンデミック・感染爆発。感染力や病気の振る舞いがわからなかったので手探りで診療のシステムを構築してきました。手探りですが、試行錯誤は許されないのです。「錯誤」は、院内感染、クラスター形成を意味するからです。

Profile
社会医療法人社団　健生会
立川相互病院　院長
〒190-8578
東京都立川市緑町 4-1
TEL：0570-052585

病院全景

私たちの立川相互病院は、平時 287 床の 2 次救急病院です。2022 年 8 月までに 955 名のコロナ患者さんの入院治療を行ってきました。（図 1）

ICT（感染管理チーム）は、ICD（医師）3 名、ICN（看護師）1 名で構成されており、コロナ診療に関する指令を担っています。2 年半に及ぶ長期戦に耐えて、奮闘してくれている ICT とすべての職員に感謝しております。

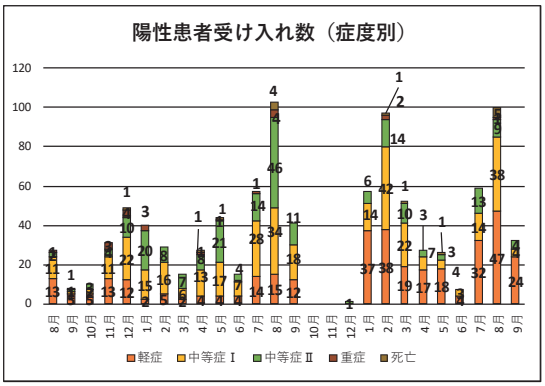


図１　コロナ患者入院数
2020 年 8 月～2022 年 9 月

写真１　発熱外来プレハブ

写真２　プレハブ内部

①外来システム

発熱患者さんは、一般外来とは別に「発熱外来」で診察します。他の患者さんと混合すると、待合室で感染する危険があるからです。また、発熱患者さんそれぞれも、コロナであるか・ないか、わかっていないので、互いに同席することがあってはなりません。

発熱患者さんが病院内に足を踏み入れることが無いよう、病院の外に陰圧テントを張って発熱外来を開始しました。ところがテントの中で PPE（防護衣）が暑くてどうにもならない。急遽、エアコン付きのプレハブを建てました。しばらくすると、あろうことか、プレハブが病院本体の建物に近すぎて消防法に抵触すると市役所建築指導課から指摘が。そんなことを言われても敷地が狭くて他に建てる場所がないし、「じゃあ発熱外来やめますよ」と言ってごねたのですが、6 か月後とうとう「懲罰委員会に通報する」と言い出しました。仕方なく、患者さんには雨風が当たるし動線も長くなって不便なのですが、駐輪場をつぶし、植え込みの木を切って、プレハブを移動しました（写真 1）。発熱外来フル稼働で市役所の福祉保健部にはとても感謝されていたのですが、お役所仕事ですから、融通はききません。

発熱外来は、完全予約制としています。予約なく患者さんが来院して混雑すると互いに感染の危険が高まるからです。あらかじめ電話で予約をとっていただき、その際に、事務担当者が、既往歴、ワクチン接種歴、濃厚接触歴などの情報を聞き取ります。この聴取に 10 分以上かかり、回線を増やしましたが、「何度、病院に電話してもつながらない」ということになってしまいました。病院としても大変な手間ですが、とても大切な仕事なのです。

来院されたら、待合い用のプレハブで受付のあと、診察プレハブで防護服を着た医師がアクリル板越しに診察、アクリル板に空いた穴（写真 2）から手を出して、鼻腔咽頭に綿棒を挿入、PCR や、抗原検査の検体を採取します。

大部分の患者さんにはアセトアミノフェンなどの対症薬を持たせて帰します。重症化リスクのある患者さんには抗ウイルス薬を処方します。とくに具合の悪い患者さんや他疾患を疑う患者さんは、ER（救急部）に誘導して陰圧室で精査します。

検査結果は、のちほど、電話でお知らせします。患者さんも不安でいろいろ質問が出るので、この電話にも一件 10 分以上かかります。

さらに、保健所への届け出をオンライン「ハーシス」で入力します。これも、海外渡航歴などなど入力項目が多く一件 10 分以上かかっていました。感染担当看護師と事務担当者が手分けして行います。2022 年 8 月政府は「医療機関の負担を軽減するため、全数把握を中止する」と言い出しました。本当は入力の項目を思い切って削って、名前と連絡先だけにすればよいだけのことなのに、医療機関の負担を口実に、感染実態の把握を放棄したのです。

発熱外来については、病院ごとにいろいろなやり方を工夫しています。予約制はとらず来院した患者さんが終了するまで検査し続ける病院、PCR は行わず迅速に結果が出る抗原検査に特化して患者数をこなす病院などなど。いずれも一理ありますが、当院では、患者さん同士の感染をおこさないこと、偽陰性（本当は感染しているが検査がまちがって陰性に出る）を出さないことを重視して、今述べたとおり完全予約制・PCR 検査の方法をとっています。一日の患者数は、50 名が限界です。多い病院では 300〜500 名をこなしており、頭が下がります。

自宅療養の患者さんには、隔離期間中に、各患者さんに、2 度、様子をうかがうための電話をします。事務職員が手分けして行います。

②検査システム

コロナの検査には、抗原検査と、PCR 検査があります。検体は、綿棒で鼻の奥をこするか、唾液を採取するか、などです。抗原検査は、インフルエンザと同様の検査キットを用いて、簡単に結果が出ますが、偽陰性が 30%あると言われます。これに対して、PCR は専用の機器が必要であり、手間がかかりますが、正確です。

写真 3　院内緊急 PCR 機器

2020 年流行当初、まだ、抗原検査は、一般には実用化されていませんでした。国は、37.5℃以上の発熱が 4 日続いたら PCR 検査という基準を設けました。のちに、PCR 抑制だと非難されましたが、当時の検査のキャパシティーでは発熱患者さんすべての PCR をおこなうことは不可能であり、一定程度検査対象を絞り込む必要があったと思います。PCR 検査は高嶺の花で、一般病院で PCR 機器を持つなど考えられなかったのです。正直に言うと、外科医である私などは PCR というのは研究者が手作業で DNA を転写・転写させて増幅するものだと思っており、世の中に全自動の測定機器が存在することさえ知りませんでした。この 2 年余りで PCR 測定機器は大量に開発、増産されて、当院でさえ 2021 年 2 月には緊急の PCR 機器を購入でき 1 時間ほどで結果が出るようになりました（写真 3）。

しかしながら、処理数が 1 日 30 検体ほどと

写真 4　コロナ専用病棟のパーテイション

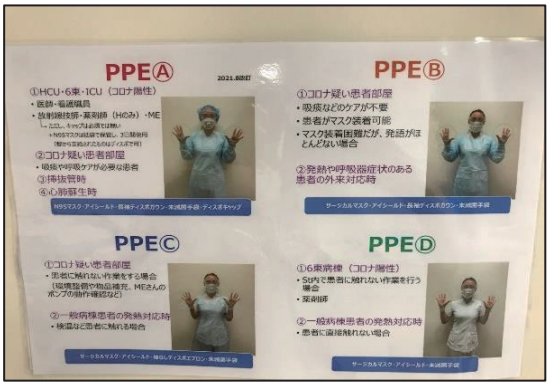


写真 5　PPE（防護衣）基準

限界があるため、使用は緊急の患者さんに限られており、大部分の患者さんの PCR は、検査会社に外注して、翌日に結果が戻ってきます。

③入院治療

病院内で他の患者さんへの感染をおこすことが絶対あってはなりません。そのため、工事をおこなって、一つの病棟をまるごとコロナ専用に転用しました。コロナ専用病棟 30 床です。患者さんの居住するスペースがレッドゾーン、非感染区域がグリーンゾーン、その間をパーテイションで区切りました（写真 4）。さらに、第 5 波、第 7 波の感染急増期には、HCU（ハイケアユニット）10 床も、コロナ専用病棟に転用しました。最重症用の ICU（集中治療室）2 床も加えて、42 床が最大です。2021 年 8 月、2022 年 8 月には 40 床までベッドが埋まりました。2022 年 8 月までに計 955 人の入院患者さんを受け入れてきました（図 1）。

レッドゾーンに入って患者さんと接触するときは、N95 マスク、ゴーグル、防護衣、手袋、キャップが必要です。とくに夏季は防護衣のなかが蒸し、ゴーグルがくもって重労働となります。一日のすべてをレッドゾーンで過ごす病棟看護師の勤務は過酷です。また、リハビリ療法士は、患者さんの体を支えるなど、とくに強く

写真 6　人工呼吸患者さんの体位交換

接触するので、非常にストレスがかかります。一方、レッドゾーンに入るときでも、患者さんにさわらない作業であれば、通常のサージカルマスクと手袋だけで大丈夫です（写真 5）。

入院する患者さんは、東京都の調整本部から依頼されるか、自院や他院の外来で具合が悪く速やかに入院が必要だと判断された方です。2021 年夏の第 5 波では、ワクチン接種が間に合わなかったため 50 代の中年の患者さんが次々に重症化して、生死のふちをさまよいました。一時は人工呼吸器が 4 台、ネーザルハイフロー（高流量酸素）が 6 台稼働となりました。人工呼吸中の患者さんは、一日に 2 度体を裏返して、腹臥位（腹ばい）・背臥位（仰向け）に転換せねばなりません。肥満の方が特に重症と

なることが多く、100kg 超の患者さんの体位変換は 8 人がかりでした（写真 6）。2021 年 8 月は 103 名の患者さんが入院され、残念なことに 4 名の高齢患者さんを失いました。今年夏の第 7 波オミクロン株は、確かに重症化率は低いものの、感染力が強く、家族からの感染で看護職員の 1 割が病休という事態に至りました。

また、発熱患者さんが入院するときには、完全にコロナが否定できるまで、（コロナ病棟以外の）一般病棟の個室で隔離します。薬一つ届けるにもスタッフはその都度防護衣を着て対応します。非常に手間がかかるので、代わりにいくつかのベッドを休床として力を集中せざるを得ません。結果として、現時点で当院のベッド 287 床中、46 床が休床となっています。

したがって、コロナ以外の患者さんの入院も大幅に制限することになります。救急の受け入れが難しくなっているほか、急を要しない手術は見合わせとしています。

ともかく、一番恐れているのは病棟内でのクラスター発生です。気が付かない間にコロナ感染者が一般病棟に入院すると高確率で職員、他の患者さんに感染をおこし、クラスターとなってしまいます。予定入院の患者さんには入院 2 日前に PCR を実施します。緊急入院の患者さんには、院内緊急 PCR をおこないます。職員からの感染にも注意していたのですが、とうとう当院でも 2022 年 7 月に一病棟でクラスターを経験することとなりました。患者さん 7 名、職員 4 名が感染しましたが、幸いにも全員回復しました。

④救急医療

コロナ患者の診療と並行して一般のさまざまな救急患者さんにも対応しなくてはなりません。発熱している患者さんは、ER（救急部）内に設

写真 7　救急部の陰圧室

けられた 4 つの陰圧室で診療します（写真 7）。入院となる患者さんは、疾患によらず全例緊急 PCR を行います。PCR 陰性でも肺炎像のある患者さんは偽陰性の危険を考えて、確実にコロナが否定できるまで、病棟の個室で PPE 対応とします。転倒して擦過傷で搬入された患者さんが有熱のため PCR をおこなったらコロナ陽性だったこともあります。油断すると容易に院内感染を起こします。

2021 夏の第五波、2022 夏の第七波では、救急車受け入れの要請が殺到、平時の 5 倍に達しました。しかし、すでに病棟は満杯で、ほとんどを断らざるを得ませんでした。忸怩たる思いです。

⑤職員の行動制限

職員が感染して院内にウイルスを持ち込むと、患者さん達はもともと疾患のある方々ですから容易にクラスターが発生します。これを防ぐために、いずれの病院でも職員に行動制限を課しています。医療関係者は感染してはならない、もし感染しても、患者さん、同僚にうつしてはならないのです。

当院でも 2020 年春から、私生活の自由に抵触するような厳重なルールを、職種にかかわらず、実行してきました。

表 1　職員の行動規制カテゴリー表（立川相互病院コロナ対策会議 2022/10/4 現在）

	カテゴリー1	カテゴリー2	カテゴリー3	カテゴリー4
保健所週報人数	蔓延防止発令期間	501 人以上	500 人から 50 人 （減少傾向）	49 人以下 （ほぼいない）
職員の罹患	6 人以上	1 人～5 人	1 人が 1 週間以上 続いている	1 人が 1 週間以上 続いている

※上記２項目がクリアされている上で、下記行動規則が適応

		カテゴリー1	カテゴリー2	カテゴリー3	カテゴリー4
会食 カテゴリー3・4 は マスク会食（注） となる		同居の家族・ パートナーのみ可	家族・ パートナーのみ可	1)病院外の友人・ 知人も可 人数：3 人まで （自分を除く） 2)院内の同僚可 人数：1 人まで 1)2)ともに週 1 回まで	1)病院外の友人・ 知人も可 人数：都の基準に 準ずる 2)院内の同僚可 人数：1 人まで 1)2)ともに週 1 回まで
旅行		禁止	低リスクのみ可	中リスク・低リスク可	中リスク・低リスク可
会議や研修の制限		あり	あり	あり	なし
濃厚接触者となった場合	罹患者が 高校生以上	7 日間抗原検査(自己) して原則勤務	7 日間抗原検査(自己) して原則勤務	7 日間抗原検査(自己) して原則勤務	7 日間抗原検査(自己) して原則勤務可
	罹患者が 中学生以下	濃厚接触者として休み	濃厚接触者として休み	濃厚接触者として休み	濃厚接触者として休み

感染状況によってフェーズを分け、規制内容は変動します（表 1)。大雑把に言うと

① 院内でのマスク、ゴーグルの着用。頻繁な手指消毒。
② 家族以外との会食の制限。職員同士の会食の禁止。
③ 職場での食事中の会話の禁止、距離確保。
④ 旅行、帰省の制限。

などです。

とくに若い職員には本当に気の毒です。2020 年以降の新卒職員は一度も職場での宴会、食事会を経験していません。研修医たちが秘密裏に宴会を開いたことが露見して、立場上仕方ないので叱りましたが、ほんとうはこっちが謝りたい気持ちでした。

ともかくも、こうして、クラスター発生を防いできました。世の人々がコロナに倦んで街で浮かれ騒いでも、病院の職員はじっと耐えています。

2021 年夏、外科病棟の看護師さんが私にくれたメールです。

「コロナが始まってもう一年以上、緊急事態宣言は 4 度目というのに、世の中は何も変わっていない。外でお酒を飲む人もいれば、病院の前の商業施設は賑わいをみせ、モノレールに乗れば、ららぽーとに行く人の多さ」

「医療従事者は、あれからずっと私生活にも制限を強いられ、心おきなく楽しむことなどできません。医療従事者は感染してはいけないという使命感が強いからです。医療従事者と世の中の思いがあまりにも違う。7/25 仕事帰り、駅で路上ライブに 30 人以上の人が集まっているのを見て苛立ちが爆発しました」

「感染者数は増えているのに、オリンピック期間だからか、人数の結果報告のみで何の対策もしない国は頭が悪いとしか思えません」

「私は実家が岐阜です。いつも高速バスを使用して帰省していますが、今は高速バスでの移動は（感染防止のため）就業規則で制限されており、コロナが始まってから一度も実家へ帰省していません」

「今私がみんなにしてほしいのは、応援してもらうことでも支援金をくれることでもありません。感染拡大を防ぐための対応を一人一人がしてほしいだけです。政府には、本当に命を守るために、医療が必要な患者に医療を提供できるための対応をしてほしいだけです」

「どうやったらこの思いが伝わるのでしょうか。病院はもっともっと声を上げるべきです、動くべきです」

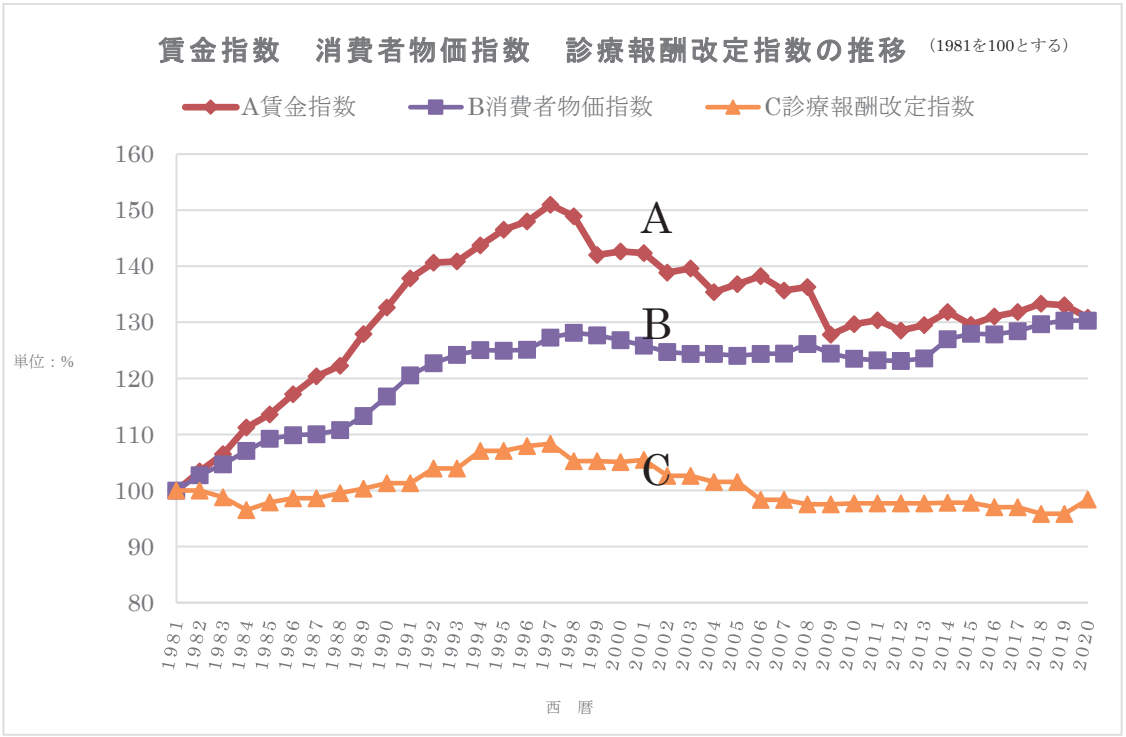
⑥医療費問題

2020 年、流行開始当初、コロナを診療する病院からは患者さんが遠ざかり、大幅な赤字を生みました。テレビで取り上げられ、国会等でも議論となって、国の補填が出ることとなり、とりあえず倒産の心配なくコロナ診療にあたることができるようになりました。

しかし、先述した通り、コロナ診療に取り組むと、通常診療を大幅に制限せざるを得ません。もともと、どの病院も人員体制に余裕がなく、少ない人手で日常業務を回しているからです。診療報酬が低く抑えられているため、基準ギリギリの人員配置で、ベッドを可能な限り稼働させないと赤字になってしまう構造なのです。当院で言えば、コロナ前、ベッドの目標稼働率は 94%でした。94%というのはほとんど全日満床に近い状態を求められているということです。これを下回ると赤字になります。病気は予測できない経過をたどるものであり、入退院をすべて計画通りに行うことはできません。

「一人退院が出たから次の方どうぞ」というわけにはいかないのです。実際、当院の入院の半分以上は緊急入院です。もちろん時期による患者の増減もあります。その中で 94%の稼働率を維持するのは並大抵の努力ではありません。ちなみに、観光庁によると日本の旅館・ホテルの平均客室稼働率は 34%だそうです。94%稼働させないと赤字になるってとんでもない話ですよね。

その根底にあるのは、国の低医療費政策です。1983 年、「医療費が増大すると国の活力がなくなる」という「医療費亡国論」を厚生省が唱え出し、以来 40 年間、2 年ごとに国が改訂する診療報酬は全くアップしていません。グラフ（図 2）に示す通り、40 年前に比べて、物価指数、平均給与は 130%に増えているのに、診療報酬は逆に 98%に減っています。ですから、日本の病院の 7 割は赤字だともいわれています。ヒマで赤字なら仕方ないのですが、忙しくてへとへとなのに赤字で、職員の給料は安い



出典
A 賃金指数：厚生労働省「毎月勤労統計調査」賃金指数（現金給与総額、事業所得規模 30 人以上）
B 消費者物価指数：総務省統計局「消費者物価指数年報」
C 診療報酬改定指数：厚生労働省発表全体改定率

図 2　賃金指数　消費者物価指数　診療報酬改定率の推移

のです。（正確にいうと、新しく導入された医療技術には高い点数がつけられ、その件数が次の 2 年間で増加していくので、正味の改定率は、2 年後に前回の点数を当てはめて振り返って比較せねばわかりませんがそのような統計は私のさがした限りではみつかりませんでした）

ともかく、このように、いつも全力疾走を強いられている病院に、「コロナだからもうひと頑張りせよ」と言われても頑張れないのです。平時、70–80%の稼働率で医療をおこなっていれば、非常時に力を集中することができますが、現状ではその余力はありません。いうまでもなく、医療は、消防や警察と同じく、国民の生活を支える重要なインフラです。想定できないパンデミックや災害に対処できるよう、十分な余裕を持った人員、設備の構築と、それを支える診療報酬の増額が不可欠です。

⑦これから

感染症対策の基本は、①検査　②隔離　といわれます。

第 5 波や第 7 波の感染爆発時には、発熱して医療機関にかかりたくても電話もつながらない事態が生じました。このような感染爆発時には各医療機関の努力に任せていては、施設、人員の限界があって追い付きません。必要な患者さんが診断されず、結果としてさらに感染を広げてしまうことになります。広い建物を使って診

療を行う臨時の診療所を開くなど、行政の対処が必要です。

ウイルスが変異していく以上、世界からコロナを完全に駆逐するには相当の時間がかかると思われます。その間、社会生活をなるべく平常に近づけるためにも、感染者を敏感にピックアップし隔離して、感染を広げない対策が必要です。

2021 年夏のオリンピックでは、市中では感染が爆発しましたが、不思議なことに選手村では奔放な集団生活を送っているにもかかわらず、大規模なクラスターが発生しませんでした。その理由は、検査数です。2021 年 7 月 1 日から 9 月 8 日までのオリンピック・パラリンピック期間中、五輪関係者に対して実施された検査数は 101 万件。同期間に東京都内で実施された検査数は 94 万件でした。

無症状者に対して毎日のように検査をおこなって、感染者を検知し隔離すれば感染は広がらないのです。政府が全国民に対して、五輪関係者に対して行ったのと同様の熱意をもって検査を広げてくれれば（例えば全国民に対して週 1 回 PCR を実施してくれれば）、私たちの生活はすぐに平常に近いものに復することができることでしょう。

原著

医療秘書病院実習におけるルーブリックを用いた評価と自己評価についての一考察

山本　まりこ　西山　良子　竹重　文雄

医療秘書は医師など、他の医療従事者とともにチーム医療を担う医療専門職である。また、医療機関の評価にも大きく関わる受付業務に従事し、対患者、そして、医療従事者間におけるコミュニケーターをも担っている。本学医療秘書学科では、医療秘書病院実習をコミュニケーション力養成の重要な科目と位置づけている。今回、客観的評価が求められる医療秘書病院実習において、ルーブリックを用いた評価を学生による自己評価とともに実施し、その一考察を行なった。

キーワード　病院実習　ルーブリック　評価

1．背景と目的

医療秘書は医療機関における受付業務をはじめとして、コミュニケーション力が強く求められる医療従事者であるといえる[1]。さらには、医療機関における患者満足度調査においては、その調査結果ポートフォリオにおける重要ゾーンに位置するのが医療秘書による受付業務での患者応対である事例もあることから[2]、医療秘書が医療機関の評価にも大きく関わる重要な職種といえる。一方では、医療秘書は国家資格を必要とせず、医師や看護師のような業務独占や名称独占といった性質を有しないことから［3,4]、医師など、他の医療従事者養成教育と異なり、共通のモデル・コア・カリキュラムを有していない。よって、医療秘書養成機関の約7割は学外実習をカリキュラムに導入しているものの、実習期間も1日間から21日間と養成機関によって異なっているのが現状である[5,6]。一方、医学教育などの医療分野教育では学習成果基盤型教育(Outcome-based education: OBE)を柱としたモデル・コア・カリキュラムに準拠した実務実習が検討実施されている[7-12]。

本学医療秘書学科では、2020年度入学者の教育目的を建学の精神「感恩」に則り、思いやりの心と豊かな人間性を築き、医学知識と一般教養を身につけ、患者さんの立場に立った考えや行動ができる優秀な医療秘書の育成としている。そして、ディプロマ・ポリシーとして、1.感性豊かで向上心を持った医療秘書を養成する。2. 基礎医学と医療の基本的な知識と技能

Profile
関西女子短期大学
医療秘書学科

を修得する。3. 医療秘書に関する基本的な知識と技能を修得している。4. 医療の現場で必要なコミュニケーション能力を持っている。5. 医療の現場で直面する問題を解決する方法を理解している。という5項目を設けている。さらに、医療秘書として必要な能力を修得するためのカリキュラム・ポリシーを5項目掲げている。その中で、1. 医療秘書という職業を通じて社会に貢献できる能力を養成するため、医療秘書総合実習と医療秘書病院実習などの実習科目を設置する。4. 医療の現場で必要なコミュニケーション能力を養うため病院実習と特別講義を設置するとともに、「関女技能オリンピック」などの体験的・参加型の行事の場を提供する。5. 医療現場で直面する問題を解決する能力を養成するため、少人数で行うゼミ形式の基礎演習と研究演習、病院実習を設置する。の3項目のカリキュラム・ポリシーで病院実習が必須のカリキュラムとなっている。そして、本学医療秘書学科における2020年度入学者を対象とした教育評価については、以下の4項目に基づいている。1. GPA制度を導入し、教育の質保証に向けて点検・評価・改善を行う。2. 各科目のシラバスに定める評価方法に基づき、厳格な評価を行う。3. 学生は「夢ノート」を利用して自己の学修を振り返り、教員は学生の自己評価に基づいて指導し、評価する。4. ディプロマ・ポリシーの達成に向けて、学生の学習成果の全体を評価する。つまり、各科目の評価については、科目担当者によって定められた評価方法をシラバスに提示し、これに基づいて評価することとなる。

上述のように、本学医療秘書学科の教育課程(カリキュラム)において、重要な位置づけとなっている科目が医療秘書病院実習であるといえる。本科目の目的は、医療秘書としての実務を4週間、実際の医療現場で体験し学修すること、本実習で、実際の医療現場を体験することで、医療秘書となるために必要な事項を再確認し、卒業までの学修へと繋げていくことである。実習の概要は2年次夏期休暇中の4週間、医療機関（病院）において医療秘書病院実習を行い、医療秘書実務を学修する。なお、本学より提示する実習内容の中から、病院側が各自に実習プランを提供する。実習期間中は実習日誌に当日の実習内容や反省等を記載し、病院での担当者が実習日誌を確認、指導する。実習終了時に、担当者に4段階の評価を実施とシラバスに記載されている［13]。具体的な実習内容については、実習受け入れ病院側が実習プランを提供することから、医療機関が異なることで実習内容が異なり、評価の公平性が担保されるかどうかの問題が生じる可能性が考えられる。また、コミュニケーション能力の評価など、客観的な判断が困難な場合も考えられる。そこで、医療秘書病院実習の評価の公平性と客観性をより明確にするための1つの方法として、ルーブリックを用いた評価の導入を試みた[13]。

ルーブリックとは、成功の度合いを示す数段階程度の尺度と、尺度に示されたレベルのそれぞれに対応するパフォーマンスの特徴を示した記述語からなる評価基準表である。[13, 14]。医療秘書病院実習におけるルーブリックを用いた評価の導入に際しては、薬学教育における実務実習でのルーブリック評価の導入が医学、歯学、看護学教育に先行して実施されたことから、薬学教育におけるルーブリック[15]を参考に評価表を作成した[13]。

今回、客観的評価が求められる医療秘書病院実習において、ルーブリックを用いた評価を学生による自己評価とともに実施し、ルーブリック評価における実習指導者と学生との評価の相違についての解析を行い、ルーブリックを用いた医療秘書病院実習の評価システムの改善に繋

げることを目的とする。

２．対象および方法

1)ルーブリック評価の作成

本学医療秘書学科の５つの学習成果項目をもとに、医療秘書病院実習での学習成果４項目ごとにアウトカム(具体的事項)を設定し、ルーブリック(概略評価)を４段階の尺度として作成した[13]（表 1)。

2) ルーブリック評価の実施

2021 年８月２日から９月５日の期間にて、4 週間の医療秘書病院実習を履修した学生のうち、リモート等による非対面実習を除いて、医療機関において対面での実習に取り組んだ 21 名について、表１のルーブリックによる実習指導者(評価者)による評価と実習に取り組んだ学生による自己評価を実施した。(本稿末)

3) ルーブリック評価における実習指導者と学生との評価の相違についての解析

今回、実習指導者(評価者)と学生が同じルーブリックを用いて評価を実施したことから、各項目についての４段階の尺度のうち、指導者(評価者)と学生が同じ評価をした場合を０とし、実習指導者による評価が学生の自己評価尺度より高い場合をプラスとし、その差をプラス 1，プラス 2、プラス 3 とした。一方、学生の自己評価尺度が実習指導者の評価より高い場合をマイナスとし、マイナス 1、マイナス 2、マイナス 3 とした。これらを学習成果、アウトカム(具体的事項)の項目毎に数値化した。

3. 倫理的な配慮

本研究の目的、方法、結果の公表については、対象者に文書で説明し、同意を得た。研究結果を公表する際も個人や勤務先が特定されることがないよう配慮した。実施記録は施錠できる場所にて保管した。

4. 結果

ルーブリック評価における実習指導者(評価者)と学生との評価の相違について

学習成果ごとに実習指導者と学生との評価の相違について数値化し、グラフ化したものを図１に示す。学習成果４項目、いずれも実習指導者と学生との評価の差がない０が最頻値を示した。なお、「医療秘書として社会に貢献できる」は他３項目の学習成果毎のグラフと比較し、やや左寄りのグラフとなった。一方、「医療秘書という職業の使命や役割を説明できる」、「患者やその家族、あるいは医師や同僚などの様々な職種の人々と状況に応じた適切なコミュニケーションをとることができる」と「医療現場で患者一人ひとりに応じた援助ができる」についてはやや右寄りのグラフを示した。

アウトカム(具体的事項)について、さらに詳しい評価項目毎に実習指導者と学生との評価の相違について、同様に数値化し、グラフ化した結果を図 2，3，4，5 にそれぞれ示す。学習成果「医療秘書として社会に貢献できる」のアウトカム(具体的事項)として、設定した「①生命の尊厳ならびに人権の尊重を自覚した倫理的行動をとる」では、評価の相違がない 0 点が最頻値を示したが、学生の自己評価が指導者の評価より１度数高いケースが次に多く認められたが、全体的には学生の自己評価が実習指導者による評価よりも低い傾向が見られるやや右寄りのグラフとなった(図 2)。また、「② 医療関連法規を遵守し、医療秘書としての責任を自覚する」はともに指導者と学生の評価に相違がないケースが最頻値となったが、全体的には学生による評価が指導者による評価よりも高い傾向となる左寄りのグラフとなった(図 2)。次に学習成果「医療秘書という職業の使命や役割を説明できる」について、アウトカム事項とさらに具体的な評価事項毎に指導者と学生の評価の相違

について数値化した結果を図 3 に示す。「①医療秘書として必要な医学知識を身につける」については、指導者と学生との評価に相違がないケースと指導者が学生よりも高い評価をしたケースが同数で最頻値となったが、全体的なグラフはやや左寄りとなった(図 3)。一方、「②医療秘書として必要な医療制度の知識を身につける」というアウトカムについては指導者と学生との評価に相違がないケースと指導者が学生よりも低い評価をしたケースが同数で最頻値となった(図 3)。また、「③医療現場で医療従事者として適切な行動をとる」というアウトカム事項では、さらに 3 つの具体的評価項目毎に指導者と学生との評価の相違についてグラフ化した結果(図 3)、「医療従事者として感染対策などの基本的事項を理解し、行動できている」という項目に関して、指導者が学生よりも低く評価したケースが最頻値となった。次に、「医療従事者として適切な身だしなみとふるまいで実習に取り組むことができている」という評価事項に関しては、指導者と学生との評価に相違がないケースが最頻値となり、指導者が学生よりも高く評価したケースが２番目に多くなった(図 3)。３番目のアウトカム項目として、「実習病院の理念を理解し、理念に沿った行動ができている」という評価項目では指導者と学生との評価に相違がないケースが最頻値となった(図 3)。

学習成果「患者やその家族、あるいは医師や同僚などの様々な職種の人々と状況に応じた適切なコミュニケーションをとることができる」については、5 項目の具体的評価事項のアウトカムを設定した。「①適切な目線や表情でコミュニケーションをとる」というアウトカム事項では、指導者と学生との評価に相違がないケースが最頻値を示し、「②聞き取りやすい声の大きさ、音調、スピードで話ができる」のアウトカム事項では、同じく相違がないケースが最頻値を示した（図 4)。また、「③解りやすい、丁寧な言葉使いで話ができる」と「⑤共感の言葉がけ、または共感の態度が示せる」のアウトカム事項では、同じく最頻値は相違がないケースとなったが、学生よりも指導者が高く評価したケースが次に多い結果となった(図 4)。一方、「④相手の言葉に耳を傾けることができる」のアウトカム事項では同じく最頻値は相違がないケースであったが、指導者が学生よりも低く評価しているケースが次に多い結果となった(図 4)。

学習成果「医療現場で患者一人ひとりに応じた援助ができる」では、2 項目のアウトカムを設定した。「①問題を抱える患者さんに気づくことができる」では最頻値は指導者と学生との評価の相違がないケースであったが、全体的にはグラフはやや右寄りとなった(図 5)。また、「②患者さん個々の問題に適切に対応できる」では、同じく最頻値は相違がないケースであったが、グラフとしてはほぼ左右対称のものとなった(図 5)。

5. 考察

ルーブリックを用いた実習指導者(評価者)と学生との評価の相違について

学習成果項目毎での評価の相違はいずれの評価項目においても相違がない“0“が最頻値となったことから、実習指導者(評価者)と学生間でのルーブリックを用いた評価での相違は少ないと考えられた。しかし、アウトカム項目ごとでの結果では、「医療従事者として感染対策などの基本的事項を理解し、行動できている」の項目では実習指導者(評価者)と学生との評価の相違がマイナスに偏った結果(図 3)となったことから、感染対策についての学生と医療機関での意識の違いが存在する可能性が示唆された。

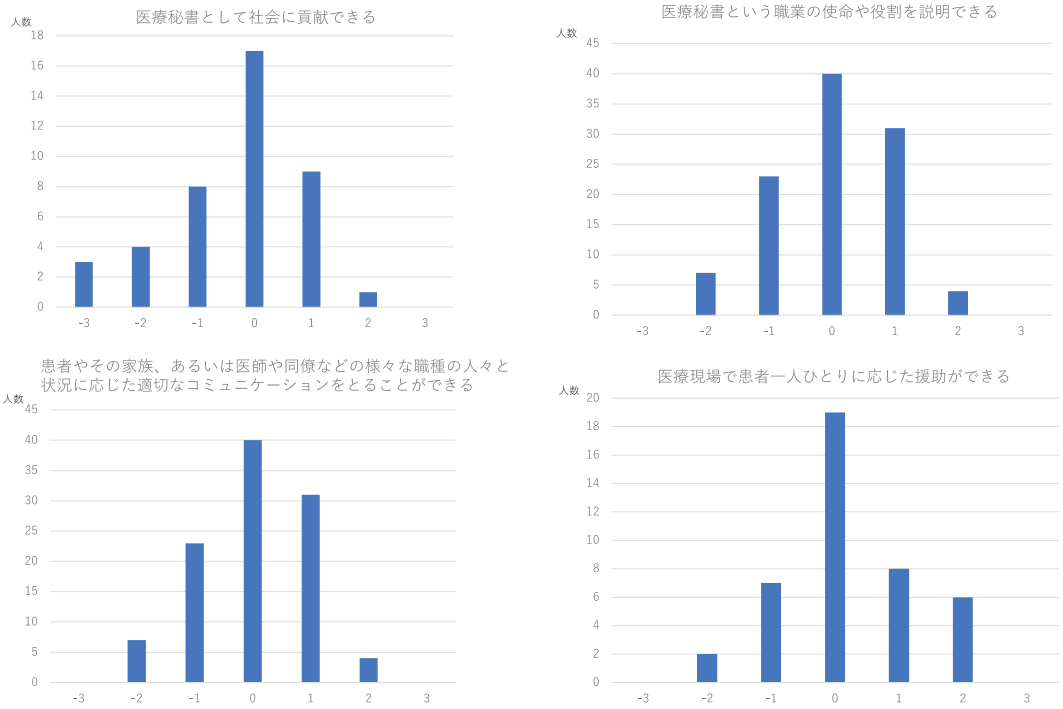


図１　ルーブリックを用いた評価における学習成果の項目別実習指導者と学生との評価相違の度合い

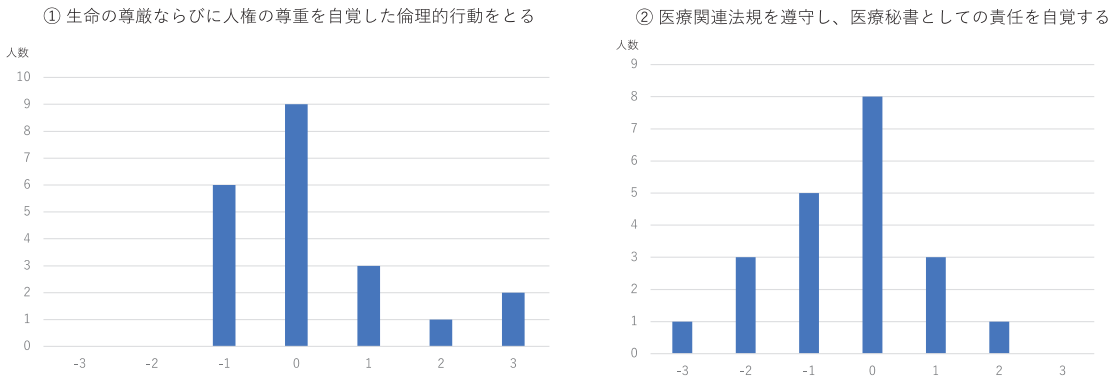


図２　学習成果「医療秘書として社会に貢献できる」についてのアウトカム事項毎の評価の相違について

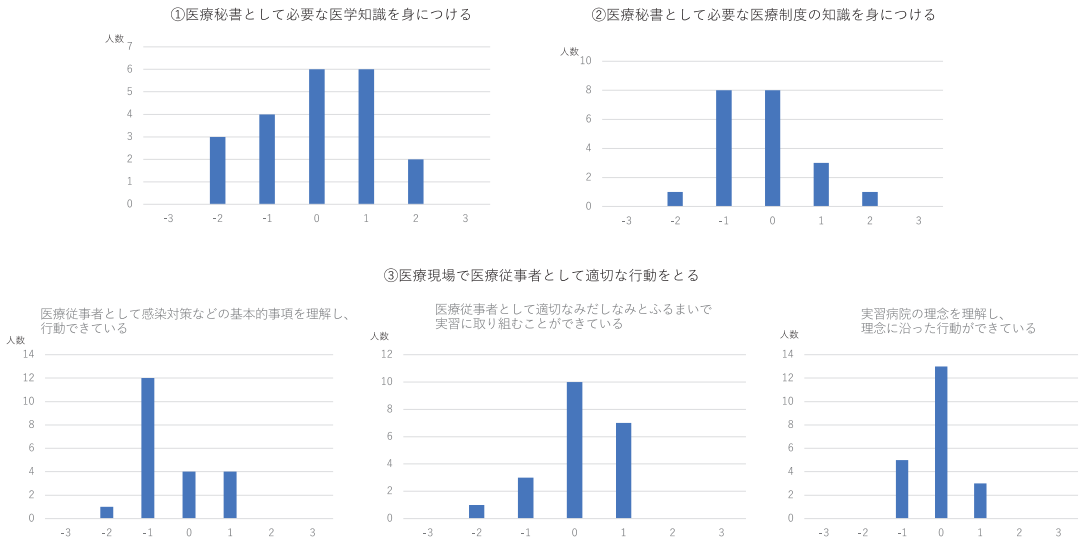


図３　学習成果、「医療秘書という職業の使命や役割を説明できる」についてのアウトカム事項毎の評価の相違について

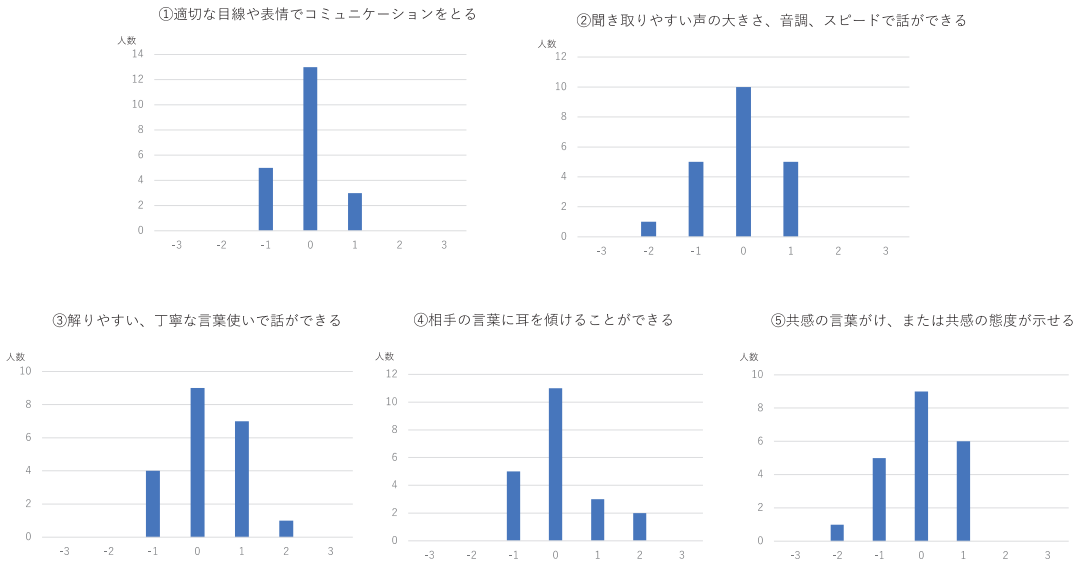


図４　「患者やその家族、あるいは医師や同僚などの様々な職種の人々と状況に応じた適切なコミュニケーションをとることができる」についてのアウトカム事項毎の評価の相違について

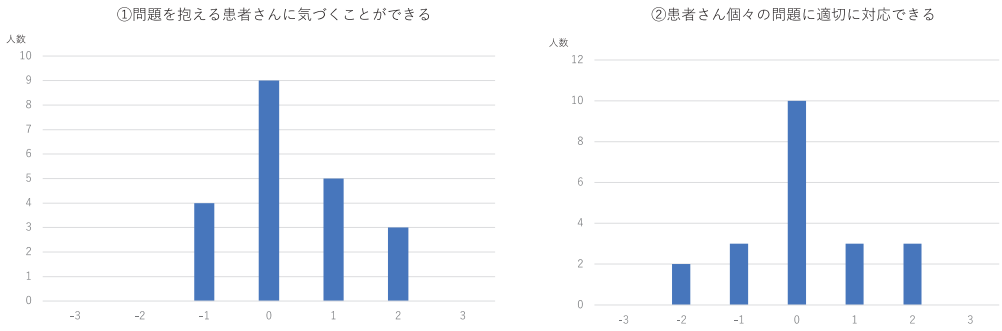


図５　学習成果「医療現場で患者一人ひとりに応じた援助ができる」についてのアウトカム事項毎の評価の相違について

また、「医療秘書において必要な保険制度などの医療制度に関する知識を十分身につけている」という項目についてもマイナス１が０と同数であった（図 3）ことから、保険制度などの医療制度に関する知識についても実習担当者と学生との基準に差がある可能性が考えられた。一方、「丁寧な言葉遣いで、相手の理解度に合わせて話すことができている」の項目はプラスに偏った結果(図 4)から、学生が自身の話している状況について自己評価することが困難であることも示唆された。

医療秘書病院実習におけるルーブリックを用いた評価について、実習指導者を対象としたアンケート調査結果[13]から、指導者と学生がルーブリック評価について相互に理解が不十分であったことが問題点として挙げられた[13]。これまで本学科では、実習開始７ヶ月前には実習受け入れ要請等を開始し、受け入れの承諾など事前準備を実施するのが通常である。しかしながら、今回は実習開始日と大阪府における緊急事態宣言の発出が重なったことから、２１名中５名が実習医療機関を変更した。そのため、ルーブリックを用いた評価についての指導者への事前説明を含めて、実習指導者(評価者)と学生との相互理解の機会が不足していたといえる[13]。

さらに、実習指導者(評価者)と学生との評価の相違が大きかったアウトカム項目である感染対策については、感染対策についての意識の隔たりが存在する可能性が考えられるが、今回は、具体的な事例などが明らかでなく、要因を分析するためには更なる調査が必要であると考える。

また、ルーブリックを用いた評価に対するアンケート調査において、自由記載回答には、「一部の評価項目における言葉が難解である」という記述があったことから、指導者と学生ともに、評価事項が難解なことから、評価が困難となった可能性が示唆された［13]。

また、本学の実習プログラムは実習受け入れ病院側が実習プランを提供することから、ルーブリックのアウトカム事項との対応が難しいケースがある可能性も考えられる。しかしながら、学生にとって実習の目標を明確にでき、実習の振り返りができる有用なツールである可能性がアンケート調査からは示唆されたことから[13]、今回、実習指導者(評価者)と学生との評価に相違が大きく認められたアウトカム事項に

ついては、さらに検討し、次年度のルーブリックを用いた評価の改善点として検討が必要と考えられた。

結論

今回、医療秘書病院実習において、ルーブリックを用いた評価を学生による自己評価とともに実施した。実習指導者(評価者)の評価ツールとなるだけでなく、学生にとっては有用な学修ツールとなる可能性があるため、今回、実習指導者による評価と学生による自己評価に大きな隔たりがあった評価項目について、問題点をさらに解析し、医療秘書病院実習におけるルーブリックを用いた評価を改善し、導入の継続を実施することが必要と考える。

謝辞

ルーブリックを用いた評価に協力いただきました医療秘書病院実習指導者の皆様に深謝致します。そして、医療秘書病院実習におけるルーブリックを用いた評価作成ならびに原稿執筆に際して、ご助言いただきました京都薬科大学 学生実習支援センター 髙尾郁子先生に深謝致します。

引用文献

[1] 森本 敦司, 西村 この実. 医療秘書の資格制度に関する一考察. 東海学院大学紀要. 2015. 9: 223-230.

[2] 稲沢市民病院 外来患者満足度調査結果報告書. 2020.18-19.

[3] 田秀 穂, 園尾博司.医事課ワークショッ
デル・コア・カリキュラム平成 29 年度
https://www.mext.go.jp/content/20220204-mxt_igaku-000020388_17.pdf

[11] 田邊 政裕: 学士課程教育の三つのポリシーとアウトカム基盤型教育.医学教育.

プを通じて育むホスピタリティマインド. 川崎医学会誌.2014.40:27.

[4] 仁平 征治:秘書学よりみた医療秘書の名称.医療秘書実務論集. 2014.4:21-27.

[5] 豊釜 優花,榎本結花,重久真裕子,中村まりや:理想的な医療秘(1):41-42.書になるために〜各養成校のカリキュラムから見えるもの〜. Medical Secretary. 2018.15(1):41-42.

[6] 小野 美沙子:医療秘書課程履修者が求める学外実習内容に関する一考察.東北女子短期大学紀要.2020.59:56-59.

[7] モデル・コア・カリキュラム改訂に関する連絡調整委員会、モデル・コア・カリキュラム改訂に関する専門研究員会:薬学教育モデル・コア・カリキュラム平成 25 年度改訂版、
https://www.mext.go.jp/content/20220204-mxt_igaku-000020388_14.pdf

[8] モデル・コア・カリキュラム改訂に関する連絡調整委員会、モデル・コア・カリキュラム改訂に関する専門研究員会:歯学教育モデル・コア・カリキュラム平成 28 年度改訂版、
https://www.mext.go.jp/content/20220204-mxt_igaku-000020388_16.pdf

[9] モデル・コア・カリキュラム改訂に関する連絡調整委員会、モデル・コア・カリキュラム改訂に関する専門研究員会:看護学教育モデル・コア・カリキュラム平成 28 年度
https://www.mext.go.jp/content/20220204-mxt_igaku-000020388_15.pdf

[10] モデル・コア・カリキュラム改訂に関する連絡調整委員会、モデル・コア・カリキュラム改訂に関する専門研究員会:看護学教育モ
2017.48(4):237-242.

[12] 中村 明弘, 長谷川 洋一, 亀井 美和子:学習成果基盤型教育に基づいて 6 年制薬学教育の学習成果を考える.YAKUGAKU ZASSHI. 2015.135(3):331-332、

[13]山本　まりこ，西山　良子，竹重　文雄.
医療秘書病院実習におけるルーブリック評価導入の試みと一考察.関西女子短期大学紀要.
2022.32:1-10.
[14] 山田　嘉徳，森　朋子，毛利　美穂，岩崎　千晶，田中　俊也: 学びに活用するルーブリック評価に関する方法論の検討.関西大学高等教育研究. 2015.6 : 21-30.
[15] 鈴木　小夜、河添　仁、地引　綾、横山　雄太、中村　智徳：改訂薬学教育モデル・コア・カリキュラムに準拠した実務実習に向けたルーブリック形式の概略評価を用いたパフォーマンス評価の先行導入：学生視点に基づくアウトカム評価と教育効果向上のための提案、医療薬学. 2019.5(4)：228-239.

表１　医療秘書病院実習におけるルーブリックを用いた評価表

〈評価表〉

4週間を通しての実習評価を下記のルーブリック（概略評価）に沿って4から1の評価数字を各項目毎にご記入ください。
評価の対象としない事項は評価外の欄にチェックを入れてください。

関西女子短期大学
学生番号
氏名

学習成果	アウトカム（具体的事項）	ルーブリック(概略評価)				評価対象外	評価
		4(よくできている)	3(できている)	2(やや不良)	1(不良)	0	
医療秘書として社会に貢献できる	① 生命の尊厳ならびに人権の尊重を自覚した倫理的行動をとる ② 医療関連法規を遵守し、医療秘書としての責任を自覚する	人権に配慮した倫理的な行動ができている	人権に配慮した倫理的な行動は理解できている	人権に配慮した倫理的な行動について一部理解できている	人権に配慮した倫理的な行動が全く理解できていない		
		個人情報保護など医療関連法規を遵守できている	個人情報保護など医療関連法規は理解できている	個人情報保護など医療関連法規の一部理解できている	個人情報保護など医療関連法規を全く理解できていない		
医療秘書という職業の使命や役割を説明できる	①医療秘書として必要な医学知識を身につける ②医療秘書として必要な医療制度の知識を身につける ③医療現場で医療従事者として適切な行動をとる	医療秘書(医療事務職)において必要な医学知識を十分身につけている	医療秘書(医療事務職)において必要な医学知識を概ね身につけている	医療秘書(医療事務職)において必要な医学知識の一部身につけている	医療秘書(医療事務職)において必要な医学知識を全く身につけていない		
		医療秘書(医療事務職)において必要な保険制度などの医療制度に関する知識を十分身につけている	医療秘書(医療事務職)において必要な保険制度などの医療制度の知識を身につけている	医療秘書(医療事務職)において必要な保険制度などの医療制度の知識を一部身につけている	医療秘書(医療事務職)において必要な保険制度などの医療制度の知識を全く身につけていない		
		医療従事者として感染対策などの基本的事項を理解し、行動できている	医療従事者として感染対策などの基本的事項を理解できている	医療従事者として感染対策などの基本的事項を一部理解できている	医療従事者として感染対策などの基本的事項を全く理解できていない		
		医療従事者として適切なみだしなみとふるまいで実習に取り組むことができている	医療従事者として適切なみだしなみについては理解できているが、髪や顔を触る、落ち着きがないなどのふるまいに問題がある	医療従事者として適切なみだしなみについて問題はあるが、髪や顔を触る、落ち着きがないなどのふるまいには問題がない	医療従事者として適切なみだしなみやふるまいについて全く理解できていない		
		実習病院の理念を理解し、理念に沿った行動ができている	実習病院の理念を理解している	実習病院の理念を一部理解している	実習病院の理念を全く理解できていない		
患者やその家族、あるいは医師や同僚などの様々な職種の人々と状況に応じた適切なコミュニケーションをとることができる	①適切な目線や表情でコミュニケーションをとる ②聞き取りやすい声の大きさ、音調、スピードで話ができる ③解りやすい、丁寧な言葉使いで話ができる ④相手の言葉に耳を傾けることができる ⑤共感の言葉がけ、または共感の態度が示せる	相手との適切な距離、そして目線を合わせ、相手が安心できる表情でコミュニケーションがとれている	コミュニケーションにおいて、相手との適切な距離、目線を合わせる、相手が安心できる表情のいずれかがやや不十分である	コミュニケーションにおいて、相手との適切な距離、目線を合わせる、相手が安心できる表情がいずれも不十分である	相手との適切な距離、そして目線を合わせ、相手が安心できる表情でコミュニケーションを取ろうとする姿勢が見られない		
		相手の声の大きさ、音調、スピードに合わせて話をすることができている	相手が聞き取りやすいように声の大きさには注意するが、音調やスピードを合わせることができていない	相手が聞き取りやすいように配慮する姿勢はあるが、患者さん等から指摘を受けるなどが見受けられる	相手の声の大きさ、音調、スピードに配慮せずに自分のペースで話している		
		丁寧な言葉遣いで、相手の理解度に合わせて話すことができている	丁寧な言葉遣いはできているが、相手の理解度に合わせて話すことはできていない	丁寧な言葉遣いに問題がある場合が時々ある	敬語など丁寧な言葉使いに対する問題が常にある		
		相手からの質問や話を正しく理解することができている	相手からの質問や話を概ね理解することができている	相手からの質問や話を理解しようとする姿勢はある	相手からの質問や話を理解しようとする姿勢が見られない		
		相手の気持ちを理解し、適切な言葉と態度・表情で対応することができている	相手の気持ちを受け止めることができている	相手の気持ちを受け止めようとする姿勢はある	相手の気持ちを受け止めようとする姿勢が見られない		
医療現場で患者一人ひとりに応じた援助ができる	①問題を抱える患者さんに気づくことができる ②患者さん個々の問題に適切に対応できる	お困りの患者さんに自ら気づくことができている	お困りの患者さんがおられるかを配慮する姿勢はみられる	お困りの患者さんからの声かけには気づくことができている	お困りの患者さんからの声かけに気づくことができていない		
		患者さん個々の問題に適切に対応ができている	患者さん個々の問題に対応ができている	患者さん個々の問題に対応しようとする姿勢が見られる	患者さん個々の問題に対応しようとする姿勢が見られない		

病院名

部署名

記入者氏名

総説

医療関連法規・福祉関連法規の指導法に関する試論

清水　祥友

医療機関の事務職員は、医療機関の運営に関わる法制度について熟知する必要がある。指導に当たっては、単に知識の定着にとどまらず、実践を意識したものでなければならない。

筆者は授業のみならず、検定試験問題の作成や教科書の執筆に当たり、実践力の育成を意識してきた。本稿では、筆者の経験を踏まえながら、各教育機関で示している学習目標・到達目標をテキストマイニングで分析し、他の医療従事者の試験の作問の概要を示しつつ、医療関連法規・福祉関連法規の指導のあり方について試論を提示するものである。

キーワード　法令の読み方、実践力、検定試験、教科書、テキストマイニング

はじめに

医療機関は、他の企業以上に人の生命にかかわる存在である。そのため、その運営の在り方について種々の法規制がなされる。

医療機関に勤務する事務職員は、医療機関の運営管理を担う存在である。そのため、医療機関の運営に関わる法制度について熟知する必要がある。このことは、医療機関への各種調査や医療事務関連学科の卒業生に対するアンケート等でも裏付けされている [1]。

そのため、医療事務系職員を養成する教育機関は、医療関連法規を教育カリキュラムに組み込んでいる。ところが、いざ学習者が医療現場に出てみると、学習したことのスキル不足を感じている者が多い [2]。教育機関は医療関連法規の教育についてより一層の力を注ぐことが求められる。

Profile　埼玉コンピュータ＆医療事務専門学校
医療事務科専任教員

筆者は、医療関連法規について長年授業に携わってきただけではなく、医療秘書技能検定試験の作問や教科書の執筆に携わってきた。その中で、「実践力」というキーワードが常に頭をよぎる。本稿では、これまでの経験を踏まえ、各教育機関で示している学習目標・到達目標をテキストマイニングで分析し、他の医療従事者の試験の作問の概要を示しつつ、医療関連法規・福祉関連法規の指導のあり方について試論を提示したい。

1．検定試験の作問に携わって

筆者は 2017 年より医療秘書技能検定試験の「医療機関の組織・運営、医療関連法規」の作問に微力ながら携わっている。

作問にあたって意識しているのは、受験者たちが、将来医療秘書や医療事務の仕事で活躍する場合、本当に必要な知識・技能を身につけることができ、後から資格・検定を取って良かった、と思える問題作りである。そのためには、

試験の審査基準をふまえて、業務に必要な知識・技能について考える必要がある。そして、教育機関における医療関連法規に関する科目についての取り扱いに配慮する必要がある。

１．１　医療秘書技能検定試験の作問と審査基準

表１は、医療関連法規に関する審査基準を級別ごとにまとめたものである[3]。

３，２級が法令知識の習得に重点を置かれているのに対し、準１級、１級ではその知識の適用や社会情勢の理解といった高度なものに重点が置かれている。

ただ、管見の限りでいえば、準１級、１級の医療関連法規の問題において、知識の適用が問うものは少ないと感じられる。出題形式は、空欄補充、正誤判定、１級においては正誤判定に代えて用語を答える問題が主である。その内容は、「○○とは何か」という定義を問うものか、法令の基準を問うものがほとんどである。

１．２　業務に必要な知識・技能

職業に直結する検定試験は、企業が求める業務知識・技能を当然意識しなければならない。

企業が求める職業能力とは実践力である。

最初は言われたことをこなすだけでよいが、熟練すれば、現象から問われていることを読み取り、その問いに対して、自らの知識を統合・組み合わせ、何かしらの判断を導くことが要求される。判断を導く際は、書物やインターネットの利用、他人からのアドバイスなどは、法令に抵触しない限り自由に利用してよい。ここで必要な能力は暗記力よりもむしろ、「適用」「分析」「評価」といった力である。

（表１）医療秘書技能検定試験審査基準（医療関連法規部分）

	３級	２級	準１級	１級
手続業務	基礎知識・指示に基づいて行う	よく理解する		
医療に関する各制度・法規／医療制度全般	基礎的知識	よく理解・適切に応用	専門的知識	高度な理論的知識
医療に関連する社会保障制度全般	基礎的知識	深い知識	よく理解・適切に応用	専門的知識、複雑な事例に対応
医療従事者各法			よく理解	専門的知識、複雑な事例に対応
医療保険制度及び公費負担			各種の給付に精通・適切な応用	
医療情勢と社会情勢				十分な理解
民法や医事関連法				知識があり、他法との関連

※斜線は審査基準において明確な記述が示されていないことを表す。

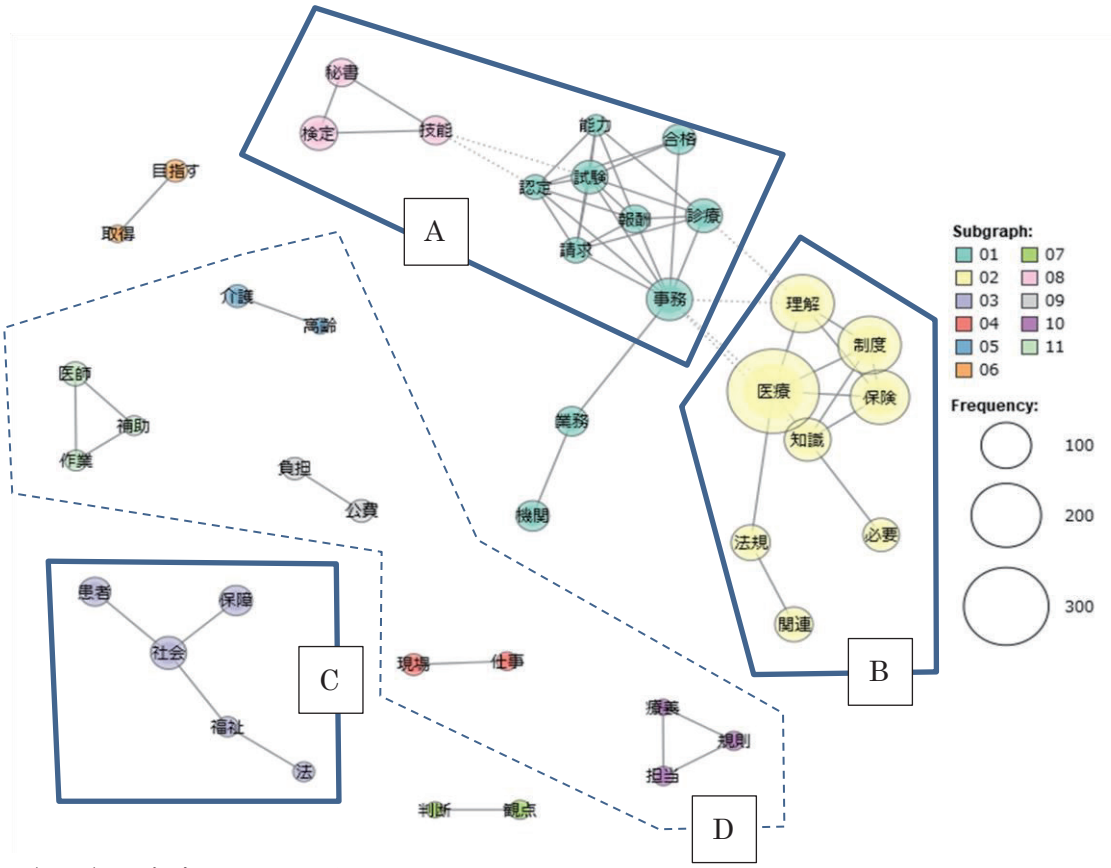
１．３　教育機関の医療関連法規の授業

教育機関では医療関連法規に関する科目の授業をどのように行っているのであろうか？その実態を直接うかがい知ることは困難である。しかし、学習目標・到達目標からある程度類推することは可能である。教育者側における教授の範囲を定めるからである。

近年、多数の専門学校や短期大学でシラバスが公開されるようになっている。多くのシラバスには学習目標や到達目標が示されている。筆者はその中から医療機関の事務系職員を養成する専門学校、短期大学で医療関連法規に関する授業を行っている 70 校 135 科目分を抽出し、テキストマイニングの手法で、共起ネットワーク図を描くとともに、単語同士のつながりを見ることで目標の特徴をつかむことにした。テキストマイニングとは、文章データから有益な情報を取り出すことをいう。全体像を把握し、特徴を抽出することを目的とする。

共起ネットワーク図とは、一つの文中で出てくる単語の組合せをネットワーク化することで、文章の趣旨を明らかにしていく方法である。ネットワークは、円と線で描かれ、大きな円ほど単語として出現し、同色の円は距離が近い抽出語同士であることを示している。また、線が太いほど結びつきが強い。

図１は、無料で利用でき、多くの論文で用いられている「KH Coder３」を用いて共起ネットワーク図を描画したものであり[4]、図２・３は、ユーザーローカル社の「AI テキストマイニング」



（図１）共起ネットワーク図

を用いて名詞と動詞、名詞間の係り受け解析を行い、文中に出てくる単語の出現回数やその係り受け関係が全組み合わせのうちに占める割合などを複合的に判断したものである。「スコア」が高いほど、よりその係り受け関係が重要であることを示す[5]。

図１から「診療報酬請求事務能力認定試験」「医療秘書技能検定試験」の検定試験の合格（Aの部分）、医療保険制度、医療関連法規の知識・理解（Bの部分）、社会保障・社会福祉（Cの部

■名詞 - ■動詞

名詞 - 動詞	スコア	出現頻度
理解 - できる	3.75	22
身 - つける	20.00	20
知識 - つける	7.43	12
説明 - できる	1.16	12
身 - 付ける	8.00	8
制度 - できる	0.53	8
内容 - できる	0.53	8
理解 - 深める	4.00	7
合格 - 目指す	2.55	7
習得 - できる	0.41	7
患者 - できる	0.41	7
業務 - できる	0.41	7
サービス - できる	0.41	7
知識 - 付く	6.00	6

（図２）係り受け解析（名詞ー動詞）

■名詞 - ■名詞

名詞 - 名詞	スコア	出現頻度
内容 - 理解	3.66	24
制度 - 理解	3.09	22
関連 - 理解	1.28	14
法規 - 理解	1.11	13
概要 - 理解	0.95	12
知識 - 習得	5.08	11
医療 - 理解	0.80	11
理解 - 説明	2.50	9
法規 - 知識	1.05	9
試験 - 合格	1.80	8
必要 - 法規	1.20	8
医療秘書技能検定 - 合格	1.40	7
医療 - 関連	1.06	7
関連 - 法規	0.93	7
医療 - 知識	0.65	7

（図３）係り受け解析（名詞ー名詞）

分）がキーワードとして多くあげられ、その他「公費負担」、「医師事務作業補助」、「現場の仕事」（Dの部分）などが浮かび上がっている。

図２・３からは、内容理解、制度理解、概要理解、知識習得といった言葉が多く用いられている。

すなわち、教育機関の授業はインプットが中心であり、アウトプットは内容の説明や試験合格といったレベルにとどまり、知識の活用・応用の段階に至っていないことが読み取れる。

１．４　他の医療従事者の試験について

ここで他の医療従事者の試験についてみてみよう。業務独占資格であることから国家試験で行われる。これらの試験では、知識を問う問題も多いが、現場で実際に起こりうる症例や事例に対する対処方法などの総合的な事項を問う実地問題が多く導入されている。実践力の前提条件となる状況の把握力、情報の取捨選択能力、判断力といった力を評価するためである。

表２は、イリノイ大学医学部教育開発センターが 1973 年に公表した認知領域における評価領域分類である。医療従事者の国家試験の作問に際してはこの分類が参考にされる。

一般に知識の習得を評価する認知領域では、表のようにⅠ、Ⅱ、Ⅲ型に分けられ、順をおってより高度な知的能力を要するものとされている。なお、作問に当たっては一般に、Ⅱ型はⅠ型を含み、Ⅲ型はⅠ型、Ⅱ型を含むので、Ⅰ型よりⅡ型、Ⅲ型が望ましいとされる[6]。

この分類に従って医療秘書技能検定試験の作問は、３，２級がⅠ型中心、準１，１級ではⅡ型ないしはⅢ型の問題を増やしていく必要があるだろう[7]。

では、実地問題はどうやって作成すればよいであろうか。

まずは、テーマや問いたい技術を決めることが大切である。そして、それに沿う事例を探す。事例となる題材は何でもよい。自らの経験や新聞・雑誌記事、ニュース等にアンテナを張っておくとよいだろう。

題材が見つかったら、事例の文言の調整と設問を作成することになる。事例の文章を作る際は、「短文かつ肯定形に」「時系列は明確に」を意識することが大切である。また、設問を作る際は、事例を見なくても解答できる一般的・抽象的な知識を問う設問を避けるよう注意を払うことも大切である。

（表２）認知領域における評価領域分類（イリノイ大学医学部教育開発センター）

類型	意味	問う内容
Ⅰ型 （想起）	単純な知識の想起によって解答できる問題	「X は何か」
Ⅱ型 （解釈）	与えられた情報を理解・解釈してその結果に基づいて解答する問題	「X をどう解釈するか。X であるということが可能だったら Y はどうか」
Ⅲ型 （問題解決）	設問文の状況を理解･解釈した上で、各選択肢の持つ意味を解釈して具体的な問題解決を求める問題	「この状況からどのように判断し、どのような方法を行うか」

２．医療関連法規の難しさ

試験問題は学習者にとっては到達度を測るバロメータになるが、作問側にとっては、指導の成果を測るバロメータにもなる。試験問題を採点してみると、医療関連法規を苦手とする学習者は少なくない。それは、法令の抽象性になじめないことに起因する。

一般的に法令は、抽象的な文言で書かれる。社会で起こりうるあらゆる事象に対して解決策を想定し、法令を規定することは困難であり、そのルール伝えることも困難である。よって、法令はさまざまな事象に応用でき、簡潔に伝えられるというメリットがある抽象的な条文で表現される。

しかし、直接的な表現ではないゆえに、書かれている内容がイメージしにくい。また、法令の表現をそのまま事例に適用できず、その表現の範囲を広げたり狭めたりしながら（これを「解釈」という。）事例に法令を当てはめなければならない、といった苦労は付きまとう。

残念ながら教科書は紙幅等の制限もあり、具体的な表現で法令の説明をするには限界があり、どうしても抽象的な条文の意味を説明することが主となってしまう。よって、抽象的な概念が理解できなければ、教科書の意味が分からないことが多いのである[8]。

２．１　医療関連法規が苦手な学習者の特徴

筆者が指導してきた経験から、医療関連法規・福祉関連法規を苦手とする学習者の特徴として、そもそもの国語力が弱いことが指摘できる。語彙力・読解力の不足に加え、抽象的なものをそのままの表現で理解しようとする。加えて、全体を見ずに細部から理解しようとし、散在している内容をそのまま理解しようとする傾向にある。

２．２　読解力

抽象的な表現である法令を読み解くには、語彙力や読解力は欠かせない。この能力を測るものとしてRSTテスト（リーディング・スキル・テスト）が最近着目されている。このテストは、もともと人工知能（AI）の限界を探る目的で開発されたもので、文章に書かれている意味を正確にとらえる力を測定するものである。

RST テストの分類と内容は以下の表３の通りである。

このうち、係り受けや照応の問題については人工知能でも解けるものであり、同義文判定の一部、推論、イメージ同定、具体例同定については現在の人工知能のレベルでは解答に困難な問題であるとされる[9]。

このテストの中で、法律学を教える大学の法

（表３）RSTテストの分類と内容

分類	内容
係り受け	文節と文節の関係性を分析する。
照応	代名詞が指すものや省略された主語・目的語を推論する。
同義文判定	表現が異なる２つの文の意味が同じであるかを判断する。
推論	提示された文を理解し，常識的な知識を用いて詩論する。
イメージ同定	文章図形やグラフが一致しているかを認識する。
具体例同定	定義する文を読んで，一致する具体例を認識する。

学部の教員も同義文判定、推論、具体例同定について着目している[10]。次に、RST テストの開発に大きくかかわった新井紀子氏の著作に挙げられている同義文判定、推論、具体例同定の例を示し、考察を加えよう。

２．２．１　同義文判定

まずは同義文判定の問題である。この問題は医療事務の検定試験では頻出の診療報酬点数表に関する正誤（選択）問題でよくみられる形である。すなわち、問題文が診療報酬点数表の規定と一致しているかを見るものである。同義文判定は、知識や複雑な思考は必要なく、「単純に」読めば解答できる。

> 問．次の A）B）の文は同じか。
> A）幕府は、1639 年、ポルトガル人を追放し、大名には沿岸の警備を命じた。
> B）1639 年、ポルトガル人は追放され、幕府は大名から沿岸の警備を命じられた。

しかし、上記の問題において、2 つの文の内容を同じと答える者が多く見られたという。このように答えた者は「キーワードとなる語」が全部あっているので、2 つの文が同じであると判別してしまうという[11]。

２．２．２　推論

第二に推論の問題[12] である。

> 問．「エベレストは世界で最も高い山である。」という文が正しいとき、
> 「エルブレス山はエベレストより低い」という文は正しいか？
> ①　正しい　　②　まちがっている
> ③　判断できない

この設問は、「エベレストは世界で最も高い山」という前提条件をもとに、「エルブレス山」と「エベレスト」の高さを比較させるものである。

本問は、「エベレストは世界で最も高い山」という大前提があり、「エルブレス山」と「エベレスト」の高さの比較という小前提にあてはめれば、「エルブレス山」は「エベレスト」よりも低いので、正しいということになる。

筆者の経験では、法令科目の成績が振るわない学習者は、前提条件に勝手な解釈を加える傾向にある。そのうえ、「エルブレス山」と「エベレスト」と似たような単語を漠然と眺め、「キーワード読み」すると、誤った解答を導き出してしまう。

推論は、法令を扱う上では基本的な能力である、法的三段論法の理解につながる。法的三段論法とは、大前提である法令の条文に小前提の事実を当てはめて結論を導く三段論法をいい、他者に対し論理的に説明するときに用いられるものである[13]。

２．２．３　具体例同定

最後は、具体例同定の問題である[14]。これは、辞書の定義を用いて新しい語彙とその用法を獲得できる力を見るものである。

> 2 で割り切れる数を偶数という。そうでない数を奇数という。
> 問．偶数はどれか。
> ①　65　　②　8　　③　0　　④　110
> （解答）②，③，④

これも定義を前提として設問にあてはめ、解答する、といった法的三段論法につながる。

社会に出ると議論や説得を要する場面が多く出てくる。冷静に説得するためには、根拠を持ち、論理的な説明が求められる。この説明ができるためには、読解力が必要なのである。基礎的な読解力が不足していると、感覚で判断したり説明したりしまうことになるのだ。

２．３　全体を見ず、散在する内容をそのまま理解しようとする

また、法令科目が苦手な学習者は、法令に書かれていることを具体的事例に結び付けずに理解しようとしたり、他の規定との関連性を意識せずに理解しようとしたりする傾向にある。教科書やノートを見てみると、テキストに線を引いてあるだけ、あるいは虫食いの板書をノートに書き留めているだけであることが多い。

医療、福祉を取り巻く法令は、医療保険各法、医療機関の組織運営を規定する医療法、生活保護法や障害者総合支援法をはじめとする社会福祉に関する法令や、感染症法をはじめとする公衆衛生に関する法令など多岐にわたる。

法令の個別情報からでは具体的なイメージをつかむことは困難である。このような状況では、授業が進むにつれて、理解ができなくなってしまう。

３．医療関連法規・福祉関連法規の指導法

これまで述べたことから、われわれが医療関連法規・福祉関連法規の授業で心がけるべきことは、第一に読解力の向上である。

法令の条文は「誰が、どういうときに、……する」というのが基本構造である。しかし、解釈の余地をできるだけ少なくするために、法令の条文は長くなり、括弧が多くなり、文の構成も複雑になっていく。このような文では、主語、述語などをしっかりとらえさせることが重要となる。

また、法令文の内容や用語について説明する際には、その辞書的な意味として説明するのではなく、別の表現で言い換えてみたり、学習者にとって身近な具体例を出したりして使えるレベルの知識にすることが必要である。演習を行う際には、単に解答を出すだけではなく、解答の根拠を説明させるような指導が望ましい。

さらに、個々の情報を整理し、制度全体の体系の中に位置づける必要がある。医療、福祉を取り巻く法令の内容や適用の対象は多岐にわたる。講義ではその対象を細分化しつつ一つ一つの部分ごとに解明しながら、説明することに意識がいきがちである。しかし、それだけでは学習者の頭の中では個別の情報が散在して集積された状態で終わってしまう。情報が散在している状態であると、情報と情報を結びつける作業が負担になる。学習者が必要な情報をすぐに取り出せるように、図表などを使って説明を簡略化することも大切だが、その説明が体系の中でどのような位置づけなのか、を意識させることも重要である。

散在する情報を整理する方法は、学習者個人のスタイルに任せるのが理想ではある。しかし、学習習慣の確立していないと思われる者も少なくないので、情報整理の方法から指導する必要があろう。板書（スライド）、テキスト、レジュメの授業に対する配分に応じて、「テキストに書き込ませる」「板書をノートに取らせる」などの方法を明示しておくとよいかもしれない。

アウトプットを行う際は、検定試験の過去問題の演習だけではなく、ケースを用いた演習を心掛けたい。それでは、学習者にはどのように学ばせればよいのだろうか？一般的に法学でケースを扱う場合は、次のように３つのステップで考えていく。

①まず、事案を理解し、その中から法律効果が発生するために必要と考えられる具体的事実を抽出する。

②次に、「妥当な結論を意識しつつ」適用条文を決め、それから事例に条件を当てはめる。この際、適用条文にあいまいさがあれば、解釈を行う。ただ、医療、福祉を取り巻く法令では、状況にタイムリーに対応するために、行政解釈（通知）が多く出されるため、これを参照する

ことが多い。また、実務では関係機関へ問い合わせをすることが多いことから、判例レベルの解釈は多くはないと思われる。

③そして、導き出された結果が事案の解決に適したときに問題解決となる。

このような形式の演習を行うことで､分析力、解決力、論理的思考力が身につくことが期待される。自分の経験的知識を意識化し、それを自在に操作する能力を身につけさせることが、学習者には最も重要なことである。

むすびにかえて

職業教育は、学習者が将来就こうとする職業の実践力のもととなる力を養うことを目指す。医療機関の事務職員を養成する教育機関は、医療機関からどのような人材が求められるのかを常に把握し、それに対応していかなければ、その存在意義を失ってしまう。

医療関連法規の視点で言えば､「実践力」とは、事案を理解し、その中から法律効果が発生するために必要と考えられる具体的事実を抽出し、「妥当な結論を意識しつつ」適用条文を決め、それから事例に条件を当てはめ、導き出された結果が事案の解決に適するようにする力である。

このように考えると、講義では制度の体系的な位置づけを意識しながら、情報を整理して説明していくのだが、講義だけで力がつくものではない。演習が必要である。

検定試験の過去問題の演習で、知識の整理はできる。ただ、医療秘書技能検定試験３，２級に関していえば、知識の定着レベルにとどまっているため、より上位のレベルの演習が求められる[15]。

上記の観点から、筆者は、協会の検定指定テキストである建帛社発行『医療関連法規』の改訂において２つの点で改善を試みた。１つはケースの掲載であり、もう一つは法令の読み方の提示である。教科書には、情報提示機能だけではなく、学習指導機能も有している。内容は十分ではないかもしれないが、一つの視点として活用していただければ幸いである。

また、法令の理解には基礎となる文章の読解力に依拠することが大きい。文章の読解力に配慮することも指導者に求められよう。

読解力は、語彙力も含み、これらは一朝一夕に身につくものではない。日々の活動を通じて文章に触れさせることしか方法はない。

＊ ＊ ＊ ＊ ＊ ＊ ＊

これらのことを一科目の限られた時間で行うことは困難かもしれない。課題の克服には接遇系の科目とのコラボレーションという方法も考えられるだろう。説明をオンデマンド、対面授業で演習という、いわゆる「反転授業」という方法も考えられる。これらの例にとどまらず、授業方法に様々な工夫が求められよう。

筆者は、教育実践や検定試験問題の作成、教科書の執筆などを通して、先生方の指導や教材開発をサポートし、学習者が医療関連法規を理解し、適切に対応できるよう微力ながら尽力していきたい。

注

[1] 堀初子ほか「本学医療秘書コース卒業生の就職実態と少子高齢化社会における医療秘書・本コースのあり方・教育についての研究」 関西女子短期大学紀要 18 号 pp. 73 - 92（2009 年)、山下真弓，西川三恵子「医療事務員に求められる資質と課題～瀬戸市および尾張旭市において～」名古屋経営短期大学紀要 50 号 pp. 51-62（2009 年)、喜田泰史ほか「医療機関の事務職員に求められる知識・技能の論点整理」川崎医療福祉学会誌 25 巻 2 号 pp. 339-345（2016 年）ほか参照。

[2] 河口祐子，東野國子「病院実習の報告書を分

析して―今後の指導に生かすために―」四條畷学園短期大学紀要 48 号 pp. 41-52（2015 年）、小野美沙子，下山美香「医療秘書課程履修者における病院実習に関する考察―実習生対象アンケート調査を通して―」東北女子短期大学紀要 57 号 pp. 58-65（2018 年）ほか参照。

[3] 一般財団法人医療秘書教育全国協議会ホームページ（http://www.medical-secretary.jp/iryo/index.html）参照。〔2022 年 3 月 8 日閲覧〕

[4] ソフトウェアは、専用サイト（https://khcoder.net/）よりダウンロード可能である。〔2022 年 3 月 8 日閲覧〕

[5] ユーザーローカル社「AI テキストマイニング」（https://textmining.userlocal.jp/）より作成。〔2022 年 3 月 8 日閲覧〕

[6] 厚生労働省「医師国家試験問題作成マニュアル」、「保健師助産師看護師国家試験出題基準平成 30 年版」参照。

[7] なお、医療秘書技能検定の試験問題の作成には制約条件がある。医療関連法規の部分の試験問題は２択、５択、10 択の選択式問題で、分量は長くても大問１つにつき、A4 用紙１枚以内である。

[8] もっとも最近は、教育効果を狙って単純化した事例や図表を用いてメリハリをつけた叙述を心がけた法令の教科書が増えてきている。筆者が執筆に関わった『三訂　医療関連法規』（建帛社、2021 年）もこのような傾向を取り入れ、教育目標の意識づけと問題解決力をつけさせることを意図して、序章に事例を掲載し、本文で図表を多く用いている。

[9] 新井紀子『AI　vs.　教科書が読めない子どもたち』東洋経済新報社 pp. 186-187（2018 年）

[10] 河野良継「法律学科生の教科書読解力の確認」大東文化大学法学研究所報　第 39 巻 pp. 49-50（2019 年）

[11] 新井紀子『AI に負けない子どもを育てる』東洋経済新報社 p. 3（2019 年）

[12] 新井・前掲注 10　p. 192

[13] なお、実際の問題解決では、まず結論を発見し、その結論を導き出すための大前提と小前提があるのかどうかを考えていくことになる。

[14] 新井・前掲注 10　p. 194

[15] 医療秘書技能検定試験の各回の受験者数は、３，２級から準１，１級へレベルが上がるにつれ、急激に減少する。この要因については、教育機関の限界、受験時期、受験者（特に実務者）への訴求力、といった複数の観点からの分析が必要であろう。

参考文献

上記注に挙げたもののほか、
・西岡加名恵、石井英真編著『教育評価重要用語事典』明治図書（2021 年）

・末吉美喜『テキストマイニング入門：Excel と KH Coder でわかるデータ分析』オーム社（2019 年）

・三ヶ月章『法学入門』弘文堂（1982 年）

・大橋洋一『法学テキストの読み方』有斐閣（2020 年）

総説

コロナ禍における医療機関の在り方、そして医師事務作業補助者の関わり方

坂田　智代[※1]　関根　和彦[※2]　町田　洋治[※3]

未だ終息が見えない新型コロナウイルス感染症（以下、COVID-19）患者の対応に各医療機関においてさまざまな対応に追われている中で、救急現場の中でチーム医療の一員である医師事務作業補助者が担ってきたことを以下の通り述べる。

キーワード　新型コロナウイルス感染症、医師事務作業補助者、救急外来、チーム医療

1．はじめに

救急医療においては、COVID-19 の感染が疑われる患者を搬送する救急隊員、直接治療・看護を担う医師や看護師は常に感染リスクを伴い、精神的な負担が非常に大きい[1-3]。

研修医やまだ 20 代の看護師が感染防具に身をまとい、隔離された部屋に入っていく様は、使命感という言葉だけでは計り知れない未知のウイルスに対する恐怖との闘いを感じた。

2．当院の位置づけ

当院は東京都区港区に位置し、救命救急センターを有する急性期病院（病床数 535 床）である。また、2012 年に港区で唯一の三次救急指定病院の指定を受けている。

三次救急を有する救命救急センターとは、重症及び複数の診療科領域にわたる重篤な救急患者を 24 時間体制で受け入れる医療機関である。

Profile
東京都済生会中央病院
診療支援課係長[※1]
救急診療科部長・救命救急センター長[※2]
事務次長代理[※3]

2020 年 3 月、当院最初の COVID-19 患者が入院してから院内の状況は一変した。COVID-19 患者の受入れに伴うコロナ対策会議の開始、ゾーニング、備品購入から始まり、正面入口では来院者全員に検温・症状確認を行うこととなった。当初は有熱者や有症状者については外部テントで診察をする体制を構築し対応してきた。しかしながら、テントではビル風による突風や大雨に対応しきれず、駐車場や感染に配慮した機能をもつコンテナ型の診察室を設置し、また患者待合も設け、多くの患者の診察・検査を行なってきた。

また、COVID-19 患者受け入れ施設として、PCR 検査等の保険医療機関としての申請や重点入院医療機関、疑い患者受入協力医療機関の届出を行い、適宜感染レベルに応じて患者の受け入れが出来るよう最善を尽くしてきた[4]。現在も重点入院医療機関として 38 床、疑い患者受入医療機関として 37 床の病床を確保し、臨床研究を含めた医療提供を継続している[5, 6]。

３．有事の際のルール作り

当院のコロナ対策の会議（新型コロナウイルス感染症対策会議）では、東京都内の感染状況の把握、コロナ患者受け入れ体制の検討、院内感染対策などを決定する会議として院長を責任者として発足した。従来は毎週開催されていたが、感染状況等を鑑み、現在は隔週で開催されている。その会議で、決定された事項は随時、電子カルテ画面の情報発信アプリケーションソフト（グループウェア）に掲載され、全職員がコロナ病床の稼働率や東京都内の感染状況、院内各部門の現状等を把握できるようになっている。

また、感染制御センターや職員健康管理室を中心に「新型コロナウイルス感染症マニュアル」が作成され、「診療チームマニュアル」や「新型コロナウイルス感染症・疑い患者対応マニュアル」、「職員の健康管理と感染予防行動指針」など分かりやすく整理されている。こうした各種マニュアルは当院の感染対策のルール作りに非常に役立つ一方で、常に全職員が同じ認識で情報共有をしていく難しさも感じた。

有熱患者だけでなく、COVID-19 の症状の可能性がある下痢・嘔吐・倦怠感患者を含めて「C 対応患者」と呼称することが院内通達にて発信され、当院独自の業務用語として診療現場に定着していった。一方で、感染制御センターを中心に「C 対応患者」とそれ以外の患者を隔離することを目的としたゾーニングについて、1,200 人を超す職員（派遣・委託職員を含む）に周知徹底することは大変な労力を要した。グループウェアだけでは情報共有には到底追いつかず、行政からの通達も日々変わっていく中で、間違った認識を持つ職員も多く見受けられた。院内・院外の感染状況に対し、都度マニュアルの修正を行い、ルール化の徹底に努めてきた。

４．救急外来の取組

「C 対応患者」の最初の入口である救急外来では、緊急入院時に骨折患者も含めすべての患者に「行動履歴確認」と「胸部画像（CT、X-P）による肺炎像の確認」、「コロナ抗原定量検査」を行い、「C 対応患者」の対象となるか否かを確認した上で入院する病棟を決定している。患者だけでなく、入院か帰宅かの連絡を待つ付添患者家族への対応なども必要となり、コロナ禍での緊急入院は通常時の何倍もの時間と配慮、そして、感染対策に留意が必要となった。

一方で、「C 対応患者」の「C」という文字は救急外来スタッフに COVID-19 患者かもしれないという共通の危機感を抱かせ、それは救急外来内に常駐する診療放射線技師にとっても同様であった。

元々、救急外来には「患者情報ノート」（救急搬送時の救急隊からの情報や紹介患者からの情報など）とホワイトボード（初療室１には○○さん、初療室２には●●さんなど）に患者情報用紙を貼り患者情報を共有している。そこには、発熱の有無、COVID-19 の症状に通じる下痢・嘔吐・倦怠感等の症状、クラスター関連についてなどを記し、「C 対応患者」には「C」という文字を大きく書くこととした。こうした取組は、救急外来の医師、看護師、看護助手、事務員また診療放射線技師等全てのスタッフの情報共有に繋がり、入念な感染防護策を施す必要があることを各自が認識出来るようになった。

私は救急外来に携わる事務員として、「C 対応患者」の事務的対応のルール作りを担った。
具体的には、救急搬送された「C 対応患者」の付添者の検温や待機場所の調整、会計についてである。感染拡大防止のため、「C 対応患者」の診療費については後日請求書を送付し、コンビニエンスストアで振込とする運用方法を医事課職員とルール化した。

救急外来では、病院全体や他部署との間でルール化されたものを元に、救急科医師と救急外来看護師長を中心に「ER・コロナ対応マニュアル」を策定した。このマニュアルは救急外来に携わる全スタッフに周知していくことを目的にしているが、今でもルールの受け止め方やルール変更後の周知徹底に課題がある。それは当院だけでなく他の医療機関や行政でも同じことが言えるため、仕方のないこととも感じている。

また、関わるスタッフが多くなるほど正確な情報共有が難しくなる。例えば、救急搬送された患者の情報の曖昧さ、患者家族への連絡は誰が行い、誰が（配偶者なのか子供なのか）来るのか、到着時間や到着状況など、一つずつ確認していかないと結局誰も来院していないということも時にある。そのためにも、救急外来内に設置した患者情報用紙には、患者の検査の進行状況や付添者の情報・到着予定時間を手書きで記し、正確な情報を共有に努めている。

コロナ禍という有事な時こそ、職種を超えて、大勢の人たちがアイディアを出し合い、それを取りまとめ、実行可能か否かを話し合っていくことが必要であり、私は事務員も医療人の一員として出来ることをやるという意識が必要であると感じ、日々心掛けている。

５．感染対策の知識の重要性

COVID-19 が蔓延してから 3 年目に入り、私は救急外来に携わる事務員として感染対策に関する沢山の知識を得ることが出来た。

患者の治療・看護にあたる医師や看護師は、元々の標準予防策をはじめとして患者に接する際の感染予防に関する心構えを有している。一方で、標準予防策、手洗いの重要性、マスクの装着方法どれ一つを挙げても、医師や看護師と事務員とでは認識および意識の差が歴然としている。

院内では感染対策の講義も多く開催されるが、直接患者に触れるスタッフ中心の専門的な講義が中心であるため、患者と接する機会が少ない事務員に対する注意点等の講義があれば、もっと自分の事として積極的に学ぶことが出来、さらには医療機関への就職を希望する学生に対しても同様の授業があると良いのではないかと感じている。

６．おわりに

未だコロナ終焉という言葉は程遠いが、COVID-19 は私たちに有事の際の組織の在り方、情報共有の大切さと難しさ、チーム医療とは何かを考えさせる大事なきっかけになった。今一度、自部署における医療提供への取組に目を向け、出来ていることをさらにレベルを上げ、出来ていないことの改善を進めて行くことが、COVID-19 だけでなく今後起こりうる災害等有事の際に、必ず役に立つであろうと信じている。

【参考文献】

1. Matsuo T., Taki F., Kobayashi D., et al., Health care worker burnout after the first wave of the coronavirus disease 2019(COVID-19) pandemic in Japan. Journal of Occupational Health, 2021. 63(1): p. 1 of 11-11 of 11.

2. Salehiniya H. and Abbaszadeh H., Prevalence of corona-associated anxiety and mental health disorder among dentists during the COVID-19 pandemic. Neuropsychopharmacology Reports, 2021. 41(2): p. 223-229.

3. 高橋 晶., 【新型コロナウイルス感染症ただなかの精神医療】新型コロナウイルス感染症の治療スタッフのメンタルヘルス. 精神医学, 2021. 63(1): p. 125-139.

4. 藤井 健., 中村 守., 丸木 孟., et al., 当院で入院加療した新型コロナウイルス感染症患者の臨床像　第 1 波と第 2 波の比較. 日本呼吸器学会誌, 2021. 10(3): p. 236-244.
5. Toda M., Fujii K., Yoshifuji A., et al., Clinical efficacy and safety of combination therapy of tocilizumab and steroid pulse therapy for critical COVID-19 in HD patients. Clin Exp Nephrol, 2022. 26(1): p. 75-85.
6. Yoshifuji A., Ishioka K., Masuzawa Y., et al., COVID-19 vaccine induced interstitial lung disease. J Infect Chemother, 2022. 28(1): p. 95-98.

事例報告

「コロナ禍における病院の在り方」
～中小病院の外来の例～

杉山　勝志

新型コロナウイルス感染症が拡大する中、この２年間、中小病院がどのような取り組みをしてきたのか、また、終息がみえない中、これからどうすべきかを報告させていただきます。

キーワード　新型コロナウイルス、中小病院、外来

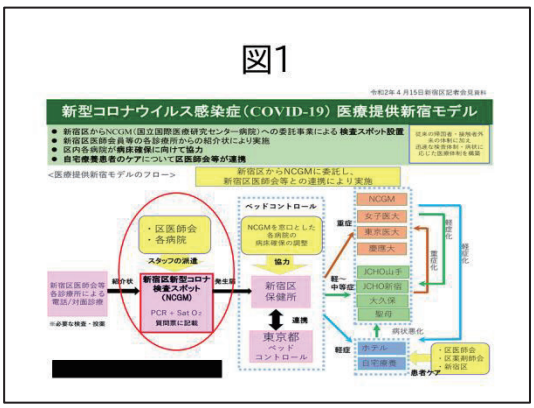
新型コロナウイルスと対峙し２年余りの歳月が経過しています。この間にもウイルスは変異し続けています。医療機関では今までにない感染対策と新たな取り組みが必要となりました。ここでは、コロナ禍における病院の在り方をテーマに中小病院外来を中心にした取り組みについて報告させていただきます。

まず、当院のコロナ対応です。

新宿区では、令和２年４月に新型コロナウイルス感染症医療提供新宿モデルをスタートさせました。新宿区内８病院がタッグを組み、迅速な検査体制の確立と、重症患者を受け入れる病院の負担軽減を図り、医療崩壊を防ぐのが狙いとなります。

また、当時はPCR検査ができる施設も限られていたため、国立国際医療研究センターの駐車場に新型コロナウイルス検査スポット（通称、PCRスポット）を開設しました。

図1



国立国際医療センター駐車場にテントを立て、区内８病院から、医師、看護師、臨床検査技師、事務職員を派遣し、月曜日から金曜日の９時～11時まで行っていました。当院からも医師、看護師、臨床検査技師が派遣され、私も事務職員として、週３日PCRスポットに従事しておりました。コロナより熱中症との闘いの日々でした。

Profile　社会福祉法人聖母会 聖母病院
事務次長

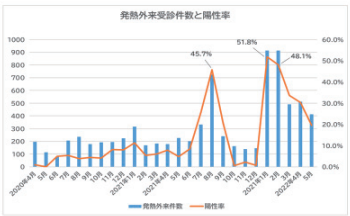
事務職員がPPEを着脱することは一般的にはないため、PPEを勉強するよい機会となりました。

院内では、コロナが流行し始めた2020年4月には、正面玄関でのトリアージと発熱外来をスタートさせました。職員が玄関に立ち、写真の案内を持ち、来院される方一人一人に症状の確認を行いました。一つでも該当がある場合は、発熱外来へ誘導し、診察ということになります。

玄関での非接触式体温計等での検温は行わず、症状確認を徹底しました。患者さんからも「何故、検温しないのですか。」と問合せをいただいたこともありました。当院では「新型コロナウイルス感染症と診断された方のうち、受診時の体温が37.5℃以上の方は3人のうち1人しかいない。新型コロナウイルス感染症を見逃さないためには、1週間以内の発熱や呼吸症状を伺うことが大切である。」という視点に立ち、また、非接触式体温計で正しく体温を測るには、「屋外と屋内の温度差がない」「化粧をしていない」「日焼け止めクリームを塗っていない」「汗をかいていない」などの条件がある。これらの条件を満たさない場合は、2〜3℃程度の誤差が生じるため、測定の意味がない。」という観点から検温はしておりません。

図2は、発熱外来受診件数と陽性率、およびPCR件数と陽性率になります。PCR検査は発熱外来のみならず、入院患者や手術前に施行しているケースもあります。表のように2021年7月〜8月の第5波、2022年1月〜2月の第6波に急激に患者数、陽性率とも上昇しております。特に第6波時は、ロビーに発熱外来受診患者があふれ、事務職員も発熱外来に借り出されることとなります。現在の第7波は第6波を大きく超える患者数となっています。

図2



当院は分娩数が1400〜1500件ある病院となります。当院の使命は「お産を守る。」「お産で協力することが、地域の医療全体を支えることになる。」という考えのもと、コロナの影響により里帰り出産ができなくなった妊婦さんの出産を積極的に受け入れることとしました。

当院はコロナ陽性患者の入院は様々な理由から原則行っておりませんが、産科病棟は、本館と呼ばれる別棟に5床の個室病床がありましたので、産科の特性を鑑み、そこをゾーニングエリアとし、陽性の妊産婦対応としました。

コロナワクチン接種にも積極的に貢献しております。当院は個別接種ではなく、あくまで新宿区の集団接種会場として行っております。会場は敷地内に大聖堂がありますので、そこを接種会場としました。

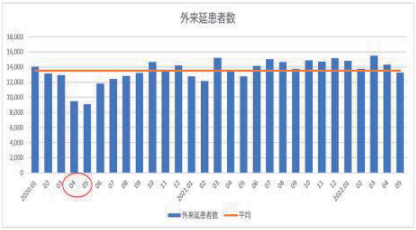
2021年4月より接種を開始し、現在も4回目接種を含め、週3日行っております。新宿区の集団接種となりますので、予約管理は新宿区が行っています。ファイザー社製のワクチンを使用しております。予診や接種を担当する医師、看護師は当院のスタッフとなります。医師、看護師のスケジュール調整は当院が行っております。また、会場管理者として当院から3名（自分を含み）のスタッフを配置しております。事務員は新宿区より派遣されています。通常、集

団接種会場では医師や看護師の確保をしなければなりませんが、当院を会場にすることにより、その手間はなくなっています。

（写真1）新宿区コロナワクチン集団接種会場

外来延べ患者数についてはコロナが流行りだした2020年4月、5月が最も影響をうけております。この時期は、病院自ら、手術や内視鏡検査の延期、薬の長期処方による受診減のコントロール、人間ドックや健診の中止などがあった時期です。

図3



その後、少しずつ外来患者さんが増えはじめ、第5波、6波では多くの患者さんが発熱外来に受診されています。第7波はこれを超える受診数となっています。コロナ流行当初は患者自ら控えていた受診も2年が経過し、元に戻っている現状です。

次に、診療報酬についてお話させていただきます。

診療報酬上の臨時的な取扱いとして、厚労省は新型コロナウイルス感染症拡大防止の観点から、2020 年2月以降「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて」を、診療報酬改定とは別に随時発出しています。新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の取扱い及び施設基準の臨時的対応についての事務連絡が、令和4年7月 28 日時点で「その73」まで発出されています。最初の発出は令和2年2月 14 日に発出されました、我々、医事課はこのような通知を見逃すことなくキャッチし、正確に読み解くことが必要となります。

特に注意が必要な通知については医師会等からも配信されることもありますが、すべてではありません。基本的には厚生労働省のホームページを日々注視し、遅滞なく情報収集することが重要です。私も朝 PC を起動したらまず確認をすることとしています。また、SNS を活用したいわゆる横のつながりで情報をキャッチすることもあります。

最後に、新型コロナウイルスによる影響と今後の課題についてお話しさせていただきます。外からのコロナ陽性患者の入院は様々な理由から原則行っていないと申し上げましたが、それは、当院では物理的にゾーニング等の観点から病棟内の数病床のみをコロナ病棟にすることは不可能であり、コロナ病床に転換するとすれば1病棟全てとなります。仮に1病棟 40 床として、コロナに対峙するリソースがありません。そのため転換した場合、多くの空床ができることになります。これは地域医療をはじめ経済的にも大きな影響がでることになります。

補助金はあっても、永遠ではありません。な

により、元々病床数が少ないわけですから、コロナ以外の入院治療に多大な影響がでることは間違いありません。

また、中等症を受け入れた場合、急激に重症化する例があります。当然病院の機能として重症者は受入れ困難です。この場合、転院ということになりますが、転院のコーディネート機能が十分ではないため、生死にかかわる問題となります。

中小病院で積極的に取り組んでいることは、第一に発熱外来があります。発熱外来では予約制としているところもありますが、当院では予約なし、人数制限なしで行っています。近隣のクリニックからも多くの患者さんが紹介されてきます。

一方、発熱外来は実質診療科が増えたことと同じことです。特に中小病院は、人員を余剰に確保しているわけではないため、医師、看護師の配置やゾーニングなどのマネジメントが重要となります。また、事務処理も膨大になっています。診療報報酬の臨時的取扱い、公費医療の取り扱い、結果の送付などの連絡、HER-SYS 入力など事務スタッフにも大きな負担がかかっています。

東京都でも診療・検査医療機関への負担軽減を図るため､自主的な検査で陽性だった場合に、発熱外来を受診せずに Web で申請し、医師が陽性を確定する「陽性者登録センター」を設置しました。20 代で基礎疾患等の重症化リスクのない方を対象として、順次対象を拡大することとしています。こうした取り組みが進んでいくと発熱外来の負担も少し軽減するのではないかと期待をしています。

中小病院としては「かかりやすさ」ということも重要だと思います｡いわゆる｢敷居の低さ」です。かかりつけ医機能としてファーストコンタクトが必要だと思います。

軽症者のこまめな健康観察、自院で訪問診療をしている場合はその強化、できない場合は、連携している訪問診療クリニックがあれば、その協力体制、コロナ受入れ病院の後方支援として回復期患者の受け入れ、ワクチン接種などがあります。

今後の課題については、これから病院を建てる、建て直すというところがあれば、病室は全室個室が良いのではないでしょうか。既に全室個室という医療機関もありますが、感染症には大部屋では対応が困難であり、個室対応が必要となります。また､SOGI(Sexual Orientation and Gender Identity) にも柔軟対応ができます。時代変化やプライバシーの観点からも良いのではないかと思います。

問題となるのは特別の療養環境の提供、いわゆる差額ベッド代ということになります。現在の基準では病床数の 5 割までと規定されております。その費用徴収は患者希望が大原則になります。全室個室にすると物理的に病床数が減ることが予想されます。そうなりますと、収入面にも影響がでてきます。こうした全室個室で感染症等に対応している医療機関には、患者希望を原則として、5 割の原則を撤廃。上限額を定めた上で全室差額ベッド代設定可能としてはどうでしょうか。こちらも暴論かもしれません。コロナ禍で様々なことがオンライン化されています。オンライン診療もそのひとつですが、これについては、様々意見があると思いますが、現実的には検査の必要がないこと、オンラインの機器を扱えるなど高齢者が多い中でなかなか全世代に現実的ではない印象をもっています。

最後になりますが、一刻も早いコロナの終息を願うともに、医療従事者の皆様には改めて感謝も申し上げます。

事例報告

コロナ禍における介護サービスの在り方

澄川　良一

新型コロナウイルス感染症の影響下で多くの介護サービスは様々な打撃を受けてきました。医療機関についてはよくNewsに取り上げられ､現在も病床の利用率など日々報告されていますが、福祉施設や在宅サービスについての現状は報告が上がっていません。

今回は私自身が現場で聞いた事例などをもとに今後の介護サービスの在り方について考えてみたいと思います。

キーワード　介護サービス　介護支援専門員（ケアマネージャー）　地域包括ケアシステム

１．コロナ感染が日本でも蔓延してきて

2020 年 1 月に新型コロナウイルスによる感染者が発見され、瞬く間に世界各国で感染者が増大、日本も 4 月には政府が急にロックダウンを実施、国民全員が外出制限される状況になりました。介護サービス施設では入所者は外出制限や家族等との面会制限が課せられ、職員も外出制限や中には帰宅ができない方もおられたのではないでしょうか。このような状況が数か月続きやっと終焉の兆しが出たかと思えば新種株が発見、第 2 波、第 3 波と続き終わりが見えない状況が続きました。そうすると国民の考え方も「コロナにかからない」「コロナは怖い」と言った当初の考え方より「With コロナ」「After コロナ」の考え方が重要視されるようになったのではないでしょうか。

しかし「コロナ」は感染力が強いため、感染者の隔離、濃厚接触者の隔離などまだまだ制限が多くあります。早くこの制限がなくなってほしいものです。

２．入所サービス施設では

医療機関はNewsなどで現状は知られているのでよくご存じかと思います。しかし介護施設はどうでしょうか？

まずコロナに感染すると皆さんはどうしますか？　重症化すれば「入院し治療」となりますが軽症者は必然的に「隔離」が中心となります。隔離はその人自身が生活できる（排泄、食事、入浴、意思疎通等）のであれば隔離部屋にいていただき、様子の観察でいいと思いますし、あとは継続的な連絡ぐらいでいいのではないでしょうか。

Profile
学校法人大阪滋慶学園
大阪医療福祉専門学校

一方寝たきりの利用者様はどうでしょうか？医療機関と入院と同じように排泄介助、食事介助を行っていかなければなりません。介助する際は防護服が必要となりますし、医療機関と違うのはモニターのような設備がないためにステーションから「監視」することができない。その分見回りが必要となり、仕事量が増え労働条件も苛酷になります。自宅に帰ることもできず大変な状況とお聞きしました。最後に一番大変だったのは認知症の利用者様とお聞きしています。まずはマスクする事の意味がわからずすぐに外す、隔離の意味がわからないので部屋におらずフロアーに出てきて他の利用者と交流する。よって施設内で感染者を増やしクラスターを発生させる。と対策を考え行うも効果が出なかったようです。

３．在宅サービス施設では

在宅の場合、利用者本人の問題だけでなく、同居家族がコロナ陽性や濃厚になった場合、同居家族全員が何らかの制限が出ることによりサービスを利用することができないこともあります。特に問題になったのが独居高齢者のコロナ陽性が判明した時の対応です。医療機関に入院できるのであればよかったのですが、軽症で自宅待機となった利用者様はどうでしょうか。訪問介護では自宅に訪問できず、食事は配食サービスの利用（玄関前に食事を置く）。訪問看護、訪問診療で状況の確認を行う。などで対応してきたようです。10日間自宅にいることで外部との関係が少なくなり、筋力の低下や認知症が進行するなども起こっていると聞きました。

４．利用者からの訴え

これはある介護事業所から聞いた利用者様のことです。

新型コロナウイルス感染症によって大変な思いをされたことをご紹介したいと思います。

利用者様名　　Aさん　75才　女性
同居者　　Bさん　73才　女性（妹）
収入　　Aさん、Bさんの年金のみ
要介護度　　３（認知症状軽度、身の周りのことはすべて妹が介助）
既往歴　　慢性腎不全（週3回透析実施）
現在の医療サービス　人工透析（週3回、送迎あり）
現在の介護サービス　デイサービス（週1日）

〇月〇日8：30

Aさんに発熱の症状が出る。妹とともに医療機関に受診しAさんは陽性、妹は陰性が判明する。妹より介護支援専門員(=以下、ケアマネとする)に今後の相談の電話が入る

〇月〇日9：45

妹よりケアマネに連絡。コロナの件に関して報告と介護サービス利用の今後についての相談があり。まずは利用の事業所等にコロナの報告を行いサービスの利用中止を伝える。医療機関（人工透析）に関しては妹より連絡をしていただく

〇月〇日12：00

デイサービスはコロナ陰性が判明するまで利用を中止とする。妹さんにその旨を連絡し了承いただく。そこで本来であれば本日に食材の購入に行く予定であったが濃厚接触者に該当し買物に行けないので困っているといわれる。

〇月〇日14：00

医療機関（透析）より妹さんに連絡。「コロナ対応患者用の透析実施日に来てほしいが送迎が出せない（他の患者さん対応等で)。入院先も探すも現在は満床状況ですぐに入院できるところがない。保健所かケアマネに相談してください。」と。妹さんから保健所に相談するも「行政では

対応できない。」ケアマネからも確認するも同様の返答であった。

〇月〇日15：00

ケアマネから妹さんに連絡し、今回の問題点に関して対応策を考える

【問題点】

・透析の送迎

まずは送迎の問題である。今回のように送迎を頼むのであれば一般的に「介護タクシー」が有効である。しかしコロナ陽性であることで一般のタクシーは使用できない。またコロナ陽性患者を乗せたのであればその都度の消毒作業が必要となる為、利用できても透析の実施時間中は終了まで待つこととなるため高額になる。あとはコロナ陽性患者を搬送してくれるかどうかである

・本日からの1週間前後の生活

訪問介護での生活援助を行う事は同居家族までできない。自費でのお弁当の宅配を頼むか、コンビニの配送サービスを頼むかになる

問題点に関しては何とか翌日までに対応することができた。しかしこの利用者様宅に自費サービスの請求が重くのしかかった（1週間で25万円前後）

何とか支払いができたのは市町村独自の「コロナ支援金」の支給を残していたためであった。

５．今回の経験で

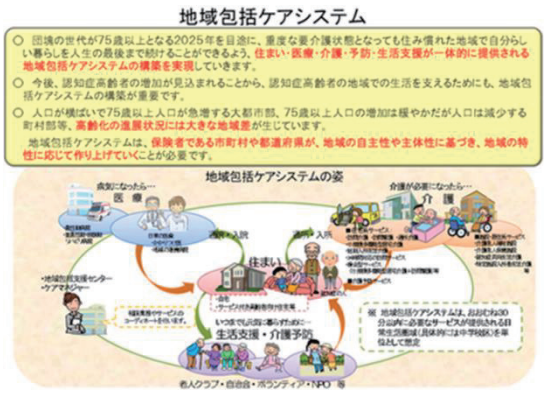
今回、コロナ禍での現況を聞いていると医療機関の大変さもよく理解できるが、介護保険利用者などの福祉分野の現況も同様に大変さがあるのではないかと思います。

医師（医療専門職）がいない施設では対症療法もほとんどできない状況ではないでしょうか？

もっと問題点が潜んでいるのではないかと思います。「利用者からの訴え」で紹介した件でも「ケアマネ」が対応しなければならない事なのかと思うこともあります。言い換えれば医療機関で対応、行政で対応しなければならないともいえるのでは。

６．何が必要なのか

現在「地域包括ケアシステム」の導入が目前まで来ています。



出典：平成28年3月　地域包括ケア研究会報告書より

この図を見てみると多くの職種の方が関係し、支えていくこととなっています。多くの職種の方が関係するのであれば何が必要でしょうか？私が必要と思うものは「情報の共有」と「誰が中心に動くのか」ではないかと思います。

しかし本当に医療サービスと介護サービスの情報の共有はできているでしょうか？医療行為は「すべて医師の指示のもとであるために、医師の指示用が必要です。介護行為は医師の指示が必要なものもあれば、ケアマネが利用者の希望に沿ってサービスを追加することもできます。

まず「情報の共有」であるが訪問介護等の介護サービス事業者はケアマネに対しての報告は必要であるが主治医に対しての報告の義務はありません。医療サービスは医師の指示のもとな

ので医師への報告は必要でありますしケアマネにも報告があります。そうすれば一番情報が集まるのはケアマネであります。そうすればケアマネが中心として動く必要性が高くなります。

今後、地域包括ケアシステムで重要な役割として果たすのはケアマネであり、このケアマネをサポートする職種も必要であると考えます

ケアマネの仕事は多岐にわたります。多くの書類作成、日々の観察などほとんど事務所にいなく訪問されている方も多いのではないでしょうか？　今回のようにコロナにより突発的な相談案件に対応しなければならないこともあります。医師と同様であるというのは語弊があるかもしれませんが書類の多さは尋常ではないと思います。医師事務が医師の事務作業の軽減を担えるのであればケアマネに対しても事務作業を軽減できる方がいればいいのではと思いました。

今回､「コロナ禍における介護サービスの在り方」で投稿させていただきましたが私自身、医療・介護を両方経験しているものとしては、医療事務職の方がもっと介護保険関連を知っていただき介護業界の事務職を少しでも担っていただきたいと思っています。そうすればもっと地域包括ケアシステムの導入も成功するのではないでしょうか。垣根は取っ払っていると言われますがまだできていないのが現状ではないでしょうか。2025年問題ももうすぐです。早く地域包括ケアシステムが成功し、医療介護サービスの連携が活発に行われることを望みます。

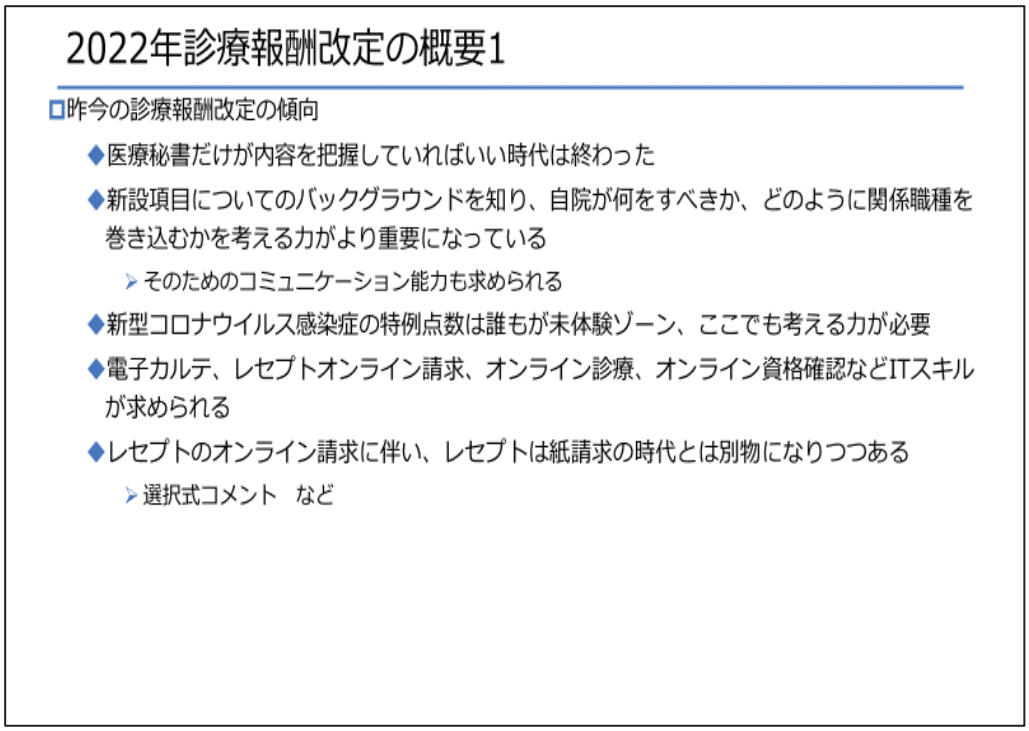
研修会報告

2022 年度診療報酬改定と医療機関の動向

細谷 邦夫

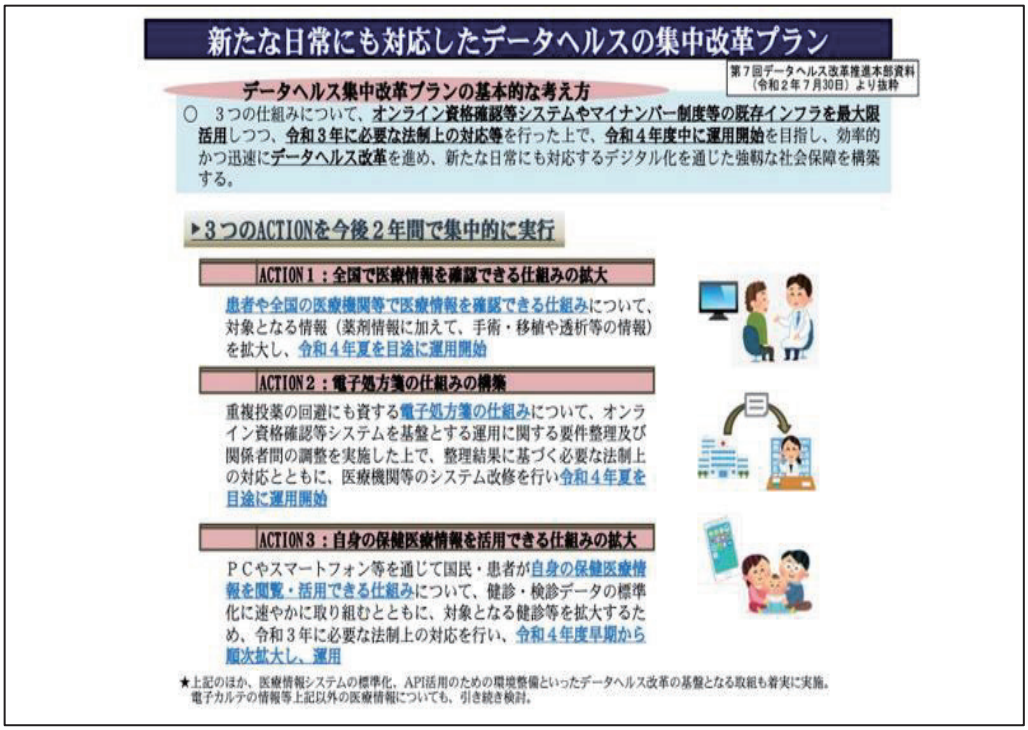
2022 年 8 月 22 日～9 月 15 日、医療秘書教育全国協議会が毎年開催する、教員研修会における、講演内容の要約です。

キーワード　2022 年診療報酬改定の概要、データヘルス改革、電子カルテ



Profile
（有）ﾒﾃﾞｨｶﾙｻﾎﾟｰﾄｼｽﾃﾑｽﾞ
代表取締役社長

新たなデータヘルス改革が目指す未来
● データヘルス改革で実現を目指す未来に向け、「国民、患者、利用者」目線に立って取組を加速化。
● 個人情報保護やセキュリティ対策の徹底、費用対効果の視点も踏まえる。
ゲノム医療・AI活用の推進
□ 全ゲノム情報等を活用したがんや難病の原因究明、新たな診断・治療法等の開発、個人に最適化された患者本位の医療の提供
□ AIを用いた保健医療サービスの高度化・現場の負担軽減
【取組の加速化】
・全ゲノム解析等によるがん・難病の原因究明や診断・治療法開発に向けた実行計画の策定
・AI利活用の先行事例の着実な開発・実装
※パネル検査は、がんとの関連が明らかな数百の遺伝子を解析
自身のデータを日常生活改善等につなげるPHRの推進
□ 国民が健康・医療等情報をスマホ等で閲覧
□ 自らの健康管理や予防等に容易に役立てることが可能に
【取組の加速化】
・自らの健診・検診情報を利用するための環境整備
・PHR推進のための包括的な検討
医療・介護現場の情報利活用の推進
□ 医療・介護現場において、患者等の過去の医療等情報を適切に確認
□ より質の高いサービス提供が可能に
【取組の加速化】
・保健医療情報を全国の医療機関等で確認できる仕組みの推進と、運用主体や費用負担の在り方等について検討
・電子カルテの標準化推進と標準規格の基本的な在り方の検討
薬剤情報
健診情報
診療情報
データベースの効果的な利活用の推進
□ 保健医療に関するビッグデータの利活用
□ 民間企業・研究者による研究の活性化、患者の状態に応じた治療の提供等、幅広い主体がメリットを享受
【取組の加速化】
・NDB・介護DB・DPCデータベースの連結精度向上と、連結解析対象データベースの拡充
・個人単位化される被保険者番号を活用した医療等分野の情報連結の仕組みの検討
データベース


新たな日常にも対応したデータヘルスの集中改革プラン
第７回データヘルス改革推進本部資料（令和２年７月30日）より抜粋
データヘルス集中改革プランの基本的な考え方
○ ３つの仕組みについて、オンライン資格確認等システムやマイナンバー制度等の既存インフラを最大限活用しつつ、令和３年に必要な法制上の対応等を行った上で、令和４年度中に運用開始を目指し、効率的かつ迅速にデータヘルス改革を進め、新たな日常にも対応するデジタル化を通じた強靭な社会保障を構築する。
▶３つのACTIONを今後２年間で集中的に実行
ACTION１：全国で医療情報を確認できる仕組みの拡大
患者や全国の医療機関等で医療情報を確認できる仕組みについて、対象となる情報（薬剤情報に加えて、手術・移植や透析等の情報）を拡大し、令和４年夏を目途に運用開始
ACTION２：電子処方箋の仕組みの構築
重複投薬の回避にも資する電子処方箋の仕組みについて、オンライン資格確認等システムを基盤とする運用に関する要件整理及び関係者間の調整を実施した上で、整理結果に基づく必要な法制上の対応とともに、医療機関等のシステム改修を行い令和４年夏を目途に運用開始
ACTION３：自身の保健医療情報を活用できる仕組みの拡大
ＰＣやスマートフォン等を通じて国民・患者が自身の保健医療情報を閲覧・活用できる仕組みについて、健診・検診データの標準化に速やかに取り組むとともに、対象となる健診等を拡大するため、令和３年に必要な法制上の対応を行い、令和４年度早期から順次拡大し、運用
★上記のほか、医療情報システムの標準化、API活用のための環境整備といったデータヘルス改革の基盤となる取組も着実に実施。
電子カルテの情報等上記以外の医療情報についても、引き続き検討。

第８回 健康・医療・介護情報利活用検討会
（令和４年３月４日）資料２

電子カルテ情報等の標準化を本格的に進めるために

今後、電子カルテ情報の標準化を迅速かつ効率的に進めていくためには、国民、医療機関、保険者など、それぞれの関係者にとって、その効果が実感でき、利用（導入）したくなる、費用負担に納得できる状況が必要。

	期待される効果
国民	・スマホ等で自らの医療情報を把握でき、持ち運び可能 ・通院を要せず、タイムリーに検査結果等を把握
医療機関	・より正確な患者への問診を効率的に実施 ・日常的な文書（診療情報提供書等）を自動的に作成可能 ・他の医療機関の診療情報提供書等の取込作業が不要 ・システム関係経費の節減、 診療所でも安価なクラウド版電子カルテを導入 ・最新のガイドラインに基づく、 EBM（Evidence-Based Medicine）を提供 ・データの利活用（二次利用）への貢献
保険者	・重複検査の防止等、医療費の適正化 ・特定健診（40歳以上75歳未満・年１回）に加え、 診療情報（検査結果等）を活用した保健指導
ベンダー	・計画的かつ効率的なシステム開発が可能 ・カスタムオーダー対応からの解放（ＳＥ人材の有効活用）

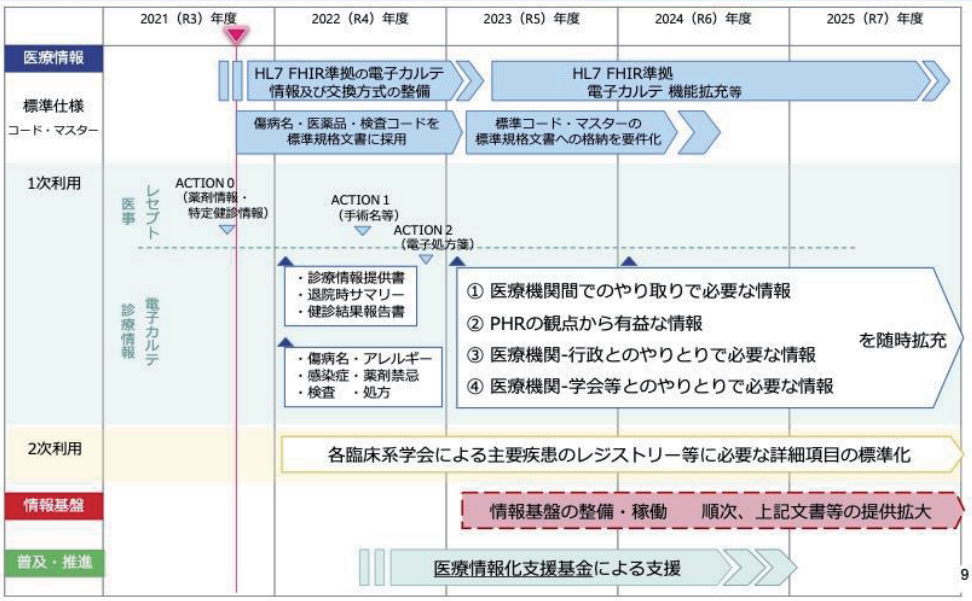
想定される施策

- Web技術を活用した標準規格（HL7 FHIR）の採用
- マイナポータルや民間PHRの拡充・活用促進
- 診療領域や疾患に特有の必須入力項目の策定
- 頻用文書の構造化・規格化と診療報酬改定時のシステム更新に合わせた新規リリース
- 標準化作業体制の抜本的強化
- オンライン情報基盤の整備
- 次世代医療基盤法の見直し
- 診療報酬等での対応等
- 医療情報化支援基金による支援

8

第２回 健康・医療・介護情報利活用検討会
医療情報ネットワークの基盤に関するWG
（令和３年１２月２２日）資料１

電子カルテ情報等の標準化　今後の進め方（イメージ）



9

第８回 健康・医療・介護情報利活用検討会
（令和４年３月４日）資料２（一部改変）

電子カルテ情報及び交換方式の標準化

【目指すべき姿】
患者や医療機関同士などで入退院時や専門医・かかりつけ医との情報共有・連携がより効率・効果的に行われることにより、患者自らの健康管理等に資するとともに、より質の高い切れ目のない診療やケアを受けることが可能になる。

1. 電子カルテ情報及び交換方式等の標準化の進め方

厚生労働省標準規格として採択（令和４年３月）

① 医療機関同士などでデータ交換を行うための規格を定める。
② 交換する標準的なデータの項目、具体的な電子的仕様を定める。
③ 当該仕様について、標準規格として採用可能かどうか審議の上、標準規格化を行う。
④ 標準化されたカルテ情報及び交換方式を備えた製品の開発をベンダーにおいて行う。
⑤ 医療情報化支援基金等により標準化された電子カルテ情報及び交換方式等の普及を目指す。

2. 標準化された電子カルテ情報の交換を行うための規格や項目（イメージ）

・データ交換は、アプリケーション連携が非常に容易なHL7 FHIRの規格を用いてAPIで接続する仕組みをあらかじめ実装・稼働できることを検討する。
※HL7 FHIRとは、HL7 Internationalによって作成された医療情報交換の次世代標準フレームワーク。
※API（Application Programming Interface）とは、システム間を相互に接続し、情報のやり取りを仲介する機能。

・具体的には、医療現場での有用性を考慮し、以下の電子カルテ情報から標準化を進め、段階的に拡張する。
医療情報：① 傷病名、② アレルギー情報、③ 感染症情報、④ 薬剤禁忌情報、⑤ 救急時に有用な検査情報、⑥ 生活習慣病関連の検査情報、⑦ 処方情報
上記を踏まえた文書情報：① 診療情報提供書、② キー画像等を含む退院時サマリー、③ 健康診断結果報告書
※ 画像情報については、すでに標準規格（DICOM）が規定されており、今後、キー画像以外の画像についても、医療現場で限られた時間の中で必要な情報を把握し診療を開始する際の有用性等を考慮して検討を進める。

注：その他の医療情報については、学会や関係団体等において標準的な項目をとりまとめ、HL7FHIR規格を遵守した規格仕様書案が取りまとめられた場合には、厚生労働省標準規格として採用可能なものか検討し、災害時の利用実態も踏まえ、カルテへの実装を進める。

医療DXを推進し、医療機関・薬局において診療情報を取得・活用し質の高い医療を実施する体制の評価

中医協　総－12－２
４．８．１０

- 令和５年度より、保険医療機関・薬局に、医療DXの基盤となるオンライン資格確認等システムの導入が原則義務化されることを踏まえ、当該システムを通じた患者情報の活用に係る現行の評価を廃止。
- その上で、医療DXの推進により、国民が医療情報の利活用による恩恵を享受することを推進する観点から、初診時等における情報の取得・活用体制の充実及び情報の取得の効率性を考慮した評価を新設。

オンライン資格確認等システムを通じた情報活用に係る現行の評価の廃止

○ 電子的保健医療情報活用加算
【医科・歯科】マイナ保険証を利用する場合　７点（初診）４点（再診）／ 利用しない場合　３点（初診）
【調剤】　マイナ保険証を利用する場合　３点（月１回）／ 利用しない場合　１点（３月に１回）

→ 廃止

初診時等における診療情報取得・活用体制の充実に係る評価の新設（令和４年10月～）

（新）医療情報・システム基盤整備体制充実加算
1　施設基準を満たす医療機関で初診を行った場合　４点
2　１であって、オンライン資格確認等により情報を取得等した場合　２点
※調剤は、1　３点（６月に１回）、2　１点（６月に１回）

医療機関・薬局に求められること

【施設基準】
○ 次の事項を当該医療機関・薬局の見やすい場所及びホームページ等に掲示していること（対象はオンライン請求を行っている医療機関・薬局）。
① オンライン資格確認を行う体制を有していること。（厚労省ポータルサイトに運用開始日の登録を行うこと）
② 患者に対して、薬剤情報、特定健診情報その他必要な情報を取得・活用（※）して診療等を行うこと。

【算定要件】
○ 上記の体制を有していることについて、掲示するとともに、必要に応じて患者に対して説明すること。（留意事項通知）

（※）この情報の取得・活用の具体的な方法として、上記にあわせて、初診時の問診票の標準的項目を新たに定めることを予定（薬局については、文書や聞き取りにより確認する項目を定めるとともに、当該情報等を薬剤服用歴に記録することを求める予定）

診療情報を取得・活用する効果（例）

医療機関
- ✓ 薬剤情報により、重複投薬を適切に避けられるほか、投薬内容から患者の病態を把握できる。
- ✓ 特定健診結果を診療上の判断や薬の選択等に生かすことができる。

問診票の標準的項目を新たに定める（イメージ）
問診票（初診時）
- 今日の症状
- 他の医療機関の受診歴
- 過去の病気
- 処方されている薬　R4年8月時点でオン資により確認可能
- 特定健診の受診歴
- アレルギーの有無
- 妊娠・授乳の有無
……
※当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療提供に努めています。

薬局
- ✓ 薬剤情報により、重複投薬や相互作用の確認が可能になる。
- ✓ 特定健診の検査値を踏まえた処方内容の確認や服薬指導が可能になる。

今後、閲覧可能な情報が増えること等によって
正確な情報をより効率的に取得・活用可能となり、
更なる医療の質の向上を実現

医療情報・システム基盤整備体制充実加算の新設

□医療情報・システム基盤整備体制充実加算（要届出）（月１回）（初診時）

□医療情報・システム基盤整備体制充実加算1　　4点（従来型保険証による確認）

□医療情報・システム基盤整備体制充実加算2　　2点（マイナ保険証等による確認）

□健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報等の提供を受けた場合

□小児科外来診療料、外来リハビリテーション診療料、外来放射線照射診療料、小児かかりつけ診療料、外来腫瘍化学療法診療料でも算定可能に

◆オンライン資格確認等システムを通じた患者情報等の活用に係る評価の見直し

● 令和5年4月より保険医療機関・保険薬局にオンライン資格確認等システムの導入が原則義化

✓保険医療機関において、初診時に患者の薬剤情報や特定健診情報等の診療情報を活用して質の高い診療を実施する体制について、新たに評価を行うとともに、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認を利用した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合は、患者情報の取得等が効率化されることを踏まえ、別の評価とする。なお、**電子的保健医療情報活用加算は廃止**する

※再診料、外来診療料では算定不可に（電子的保健医療情報活用加算は算定可だった）

経過措置の3点も廃止

医療情報・システム基盤整備体制充実加算の新設

◆初診料算定要件

● 注15　**初診に係る十分な情報を取得する体制**として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合は、医療情報・システム基盤整備体制充実加算1として、月1回に限り4点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報等の提供を受けた場合にあっては、医療情報・システム基盤整備体制充実加算2として、月1回に限り2点を所定点数に加算する

◆第1の8　医療情報・システム基盤整備体制充実加算の施設基準

● (1)電子情報処理組織を使用した診療報酬請求を行っていること

● (2)健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認(以下「オンライン資格確認」という）を行う体制を有していること。なお、オンライン資格確認の導入に際しては、医療機関等向けポータルサイトにおいて、**運用開始日の登録**を行うこと

● (3)次に掲げる事項について、当該保険医療機関の見やすい場所及びホームページ等に掲示していること

✓ア　オンライン資格確認を行う体制を有していること

✓イ　当該保険医療機関を受診した患者に対し、受診歴、薬剤情報、特定健診情報その他必要な診療情報を取得・活用して診療を行うこと

2022年診療報酬改定の概要1

□入外共通事項

◆新たな感染症対策

- 外来感染対策向上加算、感染対策向上加算
  - ✓国が求める算定のイメージは開業医も含めた地域での感染対策
  - ✓診療所では発熱外来の設置がハードルになっている
  - ✓病院は開業医や調剤薬局との連携により、患者紹介が活発になることも見込まれる
- 看護職員処遇改善評価料
  - ✓新型コロナウイルス感染症患者の受け入れをする病院で、スタッフにしっかり還元できることがポイント

2022年診療報酬改定の概要2

□入院

◆スーパー急性期の評価

- 急性期充実体制加算

◆感染対策向上加算（再掲）

- 病院としては地域連携のツールとなり得る

◆地域包括ケア病棟入院料の要件厳格化

- 国が求める地域包括ケアの姿へ

◆働き方改革関連

- 医師事務作業補助体制加算

2022年診療報酬改定の概要3

□入院外

◆要件の緩和

- 生活習慣病管理料、小児かかりつけ診療料

◆要件の厳格化

- 機能強化加算、地域包括診療加算

◆データ提出の評価

- 生活習慣病管理料、在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料、疾患別リハビリテーション

◆選択式コメントの拡大

- 現場の医療秘書の悩みのタネ

◆医療DXに関する評価

- 電子的保健医療情報活用加算　⇒　医療情報・システム基盤整備体制充実加算
- 令和5年4月からのオンライン資格確認の導入の原則義務化

◆不妊治療の保険適用やリフィル処方箋の導入

入院の気になる診療報酬

□入院基本料等

◆褥瘡対策の見直し（入院基本料共通）

- 薬剤師や管理栄養士が他職種と連携し当該患者の状態に応じて、薬学的管理や栄養管理について診療計画への記載を行うことになっている。自院の計画書の書式の見直しのほか、関連部署との意思疎通などを確認しておきたい
- なお褥瘡対策は有床診療所も含めて全ての入院基本料に関連するものであるため、失念していると後々の影響が大きいので注意が必要だ

◆記載事項

- 薬学的管理に関する事項及び栄養管理に関する事項は当該患者の状態に応じて記載
- 必要に応じ薬剤師又は管理栄養士と連携して当該事項を記載
- 診療所で薬学的管理及び栄養管理を実施している場合は当該事項を記載しておくことが望ましい
- 栄養管理に関する事項は栄養管理計画書で代用可能。ただし、体重減少、浮腫等の有無等の別添６の別紙３に示す褥瘡対策に必要な事項を記載

29

入院の気になる診療報酬

□一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価項目の見直し

◆「注射薬剤３種類以上の管理」や「輸血や血液製剤の管理の評価の見直し」は比較的影響は大きくないと思われるが、「心電図モニターの管理」が評価項目から削除されたことは入院基本料の算定そのものへの影響が懸念される

◆手術などがない内科系の病棟では非常に厳しい状況になっている

□重症度、医療・看護必要度Ⅱを要件化

◆以下の届出病棟は一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行うこととされた。該当する医療機関は使用しているシステムの対応状況などの確認が必要だ。

- ２００以上で急性期一般入院料１
- ４００以上で急性期一般入院料２から５まで

30

入院の気になる診療報酬

□療養病棟入院基本料の算定要件見直し

◆中心静脈栄養の実施患者のいる病棟は摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制を有していることが求められるようになった

◆　「必要な体制」とは以下のいずれも満たしていることを指すため、自院で該当する検査ができない場合には近隣の医療機関との連携も視野に準備をする必要がある。満たせない場合は療養病棟入院基本料の医療区分３の点数に代えて、医療区分２の点数を算定することになる

- ①内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影が実施できる
  - 他院との協力の確保でも可（耳鼻咽喉科又はリハビリテーション科その他必要な診療科を標榜）
- ②摂食機能療法を院内で実施できる
- ③定例報告で以下の患者について報告する
  - 毎年７月に療養病棟入院料を算定している患者のうち、中心静脈栄養を実施している患者の数、終了した患者の数、嚥下機能療法を実施した患者数及び他院との協力による体制確保の状況等

入院の気になる診療報酬

□短期滞在手術等基本料

◆短期滞在手術等基本料1

- 麻酔科医の配置に係る要件と点数が見直されたため、実施を検討する医療機関も増えている印象である。施設基準は以下の通り。
  - 手術を行うにつき十分な体制が整備されていること
  - 短期滞在手術等基本料で全身麻酔を伴う手術が行われる日は麻酔科医が勤務していること

◆短期滞在手術等基本料2は廃止された

◆短期滞在手術等基本料3

- 在院日数や医療資源投入量が一定の範囲に収斂している手術等を短期滞在手術等基本料3の対象手術に加えた
- 入院外での実施割合が高いものは短期滞在手術等基本料1へ移動した
- 平均在院日数や重症度、医療・看護必要度の評価で短期滞在手術等基本料1の対象手術等を実施した場合を評価の対象から除外

入院の気になる診療報酬

□感染対策向上加算（要届出）

◆感染対策向上加算１　　３９０点　⇒　７１０点（入院初日）

- 指導強化加算　　３０点（要届出）

◆感染対策向上加算２　　９０点　⇒　１７５点（入院初日）

- 連携強化加算　　３０点（要届出）
- サーベイランス強化加算　　５点（要届出）

◆感染対策向上加算３　　７５点

（入院初日及び入院期間が９０日を超えるごとに１回）

- 連携強化加算　　３０点（要届出）
- サーベイランス強化加算　　５点（要届出）

□感染防止対策加算が感染対策向上加算と名称が変わり、3つの加算に再編された。冒頭に記したように地域連携という主眼のほかに、点数設定も約2倍となっている上に、加算の加算が設定されているので、経営的には魅力的な印象があるものの、カンファレンスへの参加や感染症発生の報告など、施設基準の届出に向けたハードルが高い印象は拭えない

入院の気になる診療報酬

□救急医療管理加算

◆対象となる以下の状態を追加

- 広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷
- （新）消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態
- （新）蘇生術を必要とする重篤な状態

◆以下の場合には緊急入院が必要であると判断した医学的根拠をレセプトに記載

- 「意識障害又は昏睡に該当する場合」はJCS 0の状態
- 「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」に該当する場合はNYHA１又はP/F比400以上の状態
- 「広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷」の状態（気道熱傷及び顔面熱傷を除く）に該当する場合はBurnIndex 0の状態

入院の気になる診療報酬

□診療録管理体制加算

◆診療録管理体制加算１、診療録管理体制加算２要件追加（４００床以上）

- 施設基準に非常時に備えたサイバーセキュリティ対策が追加された。４００床以上の病院が対象ではあるが、ランサムウェアによる被害なども記憶に新しいため、該当しない医療機関でも求められる項目を参照したい
- サイバーセキュリティ保険なども活用することを検討する必要がある時代になったと言えるだろう

◆追加された要件

- 厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に基づき、専任の医療情報システム安全管理責任者を配置
- 定期的に必要な情報セキュリティに関する研修を行う（少なくとも年１回程度）
- 非常時に備えた医療情報システムのバックアップ体制の確保が望ましい
- 毎年７月に医療情報システムのバックアップ体制の確保状況等を報告
  - 電子カルテの導入状況とＨＬ７ＦＨＩＲ（FastHealthcareInteroperabilityResources）の導入予定
  - なお、現時点でＨＬ７ＦＨＩＲは対応できるシステムがほぼないので、使用しているシステムの対応予定を確認して報告することになる。

36

外来の気になる診療報酬

□リフィル処方について

◆リフィル処方箋の仕組み

- 医師の処方により薬剤師による服薬管理の下、一定期間内に処方箋の反復利用が可能である患者に対し利用可能になった
- 誤解を恐れずに例えると、1枚の３０日処方の処方箋が最大3回利用できるので、９０日分の処方箋と同様の意味をもつことになる。経営的な目線に立つとと、患者が診察に来院する機会が減るので減収になることになる。医師の目線に立つと事実上診察なしでの長期投与になるので服薬コンプライアンスや状態の変化に気が付きにくいという負の側面が強い。患者の目線に立つと医療機関での待ち時間の問題が改善されるが、医療機関に行かないだけで調剤薬局に行く必要はあるため利便性の向上という言葉には疑問が残るし、主治医の顔が見られない事に不安を感じる人も居るだろう。さらに薬剤師の目線に立つと医師の代わりに患者の健康観察を担うため、責任が大きくなるということが挙げられる。万が一事故が起きた場合の責任は、患者の状態確認を適切に行い疑義照会するかどうかにかかってくるだろう
- リフィル処方の可否は言うまでもなく主治医の判断によるが、200床以上の病院では外来診療料を算定することや、医師の働き方改革も踏まえると外来患者数を減らすことで相応のメリットのあるので、開業医よりも勤務医の関心が高い印象である

外来の気になる診療報酬

□リフィル処方を行う場合の留意事項

◆医師がリフィル処方が可能と判断した場合は処方箋の「リフィル可」欄にレ点を記入（処方箋様式が変更されるが、旧来様式も９月３０日まで使用可能）

◆リフィル処方箋の総使用回数の上限は３回まで。また１回当たり投薬期間及び総投薬期間については、医師が、患者の病状等を踏まえ、個別に医学的に適切と判断した期間

◆療養担当規則において、投薬量に限度が定められている医薬品及び湿布薬については、リフィル処方箋による投薬を行うことはできない

◆リフィル処方箋による１回目の調剤を行うことが可能な期間は、通常の処方箋の場合と同様とする。２回目以降の調剤については、原則として、前回の調剤日を起点とし、当該調剤に係る投薬期間を経過する日を次回調剤予定日とし、その前後７日以内

◆令和4年３月３１日の疑義解釈ではリフィル対象の薬剤と対象外の薬剤が混在する場合には処方箋を別葉にする、というものが載っている。またリフィル対象の薬剤の処方日数等が異なる場合も別葉にしなければならない

外来の気になる診療報酬

□電子的保健医療情報活用加算（月１回）

□初診料の場合　７点（特例措置　３点（令和６年３月３１日まで））※１

□再診料の場合　４点

□外来診療料の場合　４点（200床以上の病院）

◆オンライン資格確認システムを活用することで初・再診料に加算が新設された

◆オンライン資格確認システムを利用するにはポータルサイトからの申し込みが必要

◆支払額への質問だけでなく、顔認証リーダーの使い方の質問やマイナンバーカードそのものの質問が寄せられることもある。医療機関で全て回答出来るものではないので、自院で回答するもの、役所へ確認してもらうものなど、事前に整理が必要

※告示で示されている対象患者は「オンライン資格確認システムを活用する保険医療機関を受診した患者」となっているため、オンライン資格確認システムを導入していれば算定できるとの勘違いもある

◆以下の3つの要件を満たすことで届出は不要である。

- レセプトのオンライン請求を行っている
- オンライン資格確認システムを利用している
- 電子資格確認を活用して診療している旨を院内掲示している

外来の気になる診療報酬

□外来感染対策向上加算　　６点（月１回）（要届出）（診療所のみ）

□連携強化加算　　３点（月１回）（要届出）（診療所のみ）

□サーベイランス強化加算　　１点（月１回）（要届出）（診療所のみ）

◆初・再診料等の加算として外来感染対策向上加算が新設された。これは新興感染症対策を意識した加算で、診療所のみが届出できるものだ。診療所と地域の大病院との連携だけでなく、医師会・行政・薬局なども含めた地域全体で感染症対策を求められるものだ

◆院内での研修等の実施のほか、地域でのカンファレンスへの参加や感染症等の発生状況の報告など評価する「加算の加算」から成り立っている

◆届出における難点としては、いわゆる発熱外来の届出をしていないと要件を満たさないため、診療科などが限定的になることだ

◆外来感染対策向上加算が加算可能な項目（同一月に他の項目を算定する場合は併算定不可）

- 初診料、再診料、小児科外来診療料、外来リハビリテーション診療料、外来放射線照射診療料、地域包括診療料、認知症地域包括診療料、小児かかりつけ診療料、外来腫瘍化学療法診療料、救急救命管理料、退院後訪問指導料、在宅患者訪問診療料（Ⅰ）・（Ⅱ）、在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料、在宅患者訪問点滴注射管理指導料、在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者訪問栄養食事指導料、在宅患者緊急時等カンファレンス料、精神科訪問看護・指導料

外来の気になる診療報酬

□かかりつけ医機能

◆いわゆるかかりつけ医機能については、地域包括診療加算と機能強化加算の要件が見直されている

◆特に機能強化加算については地域包括ケアシステムに求められる実績要件が追加されており、４月以降も算定するためには再届出を求めているため、自院の実績の見直しは必須

□地域包括診療加算（診療所のみ）、地域包括診療料（診療所・２００床未満）の見直し（点数変更はなし）

◆疾患の追加

- 現行の高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症に加えて慢性心不全、透析を行っていない慢性腎臓病を追加
- 以上の６疾病のうち２つ以上（疑いは除く）を有する者が算定対象となる

◆多職種連携による管理を追加

- 服薬、運動、休養、栄養、喫煙、家庭での体重や血圧の計測、飲酒、その他療養上の問題点等に係る生活面の指導は、必要に応じ当該医師の指示を受けた看護師や管理栄養士、薬剤師の実施でも差し支えない

◆指導、服薬管理等の項目や院内掲示の追加

- 必要に応じ、患者の予防接種の実施状況を把握すること等により、当該患者からの予防接種に係る相談に対応及する予防接種相談を行っていることを院内掲示

外来の気になる診療報酬

□機能強化加算

◆以下に示す患者への対応や自院のホームページへの掲載事項が追加となっているほか、在宅療養支援診療所にかかる要件は見直し多数

- 患者が受診している他院及び処方されている医薬品を把握し、必要な管理を行うとともに、診療録に記載
- 上記は必要に応じ、担当医の指示を受けた看護職員等が情報の把握を行うことも可能
- 専門医師又は専門医療機関への紹介を行う
- 健康診断の結果等の健康管理に係る相談に応じる
- 保健・福祉サービスに係る相談に応じる
- 診療時間外を含む、緊急時の対応方法等に係る情報提供を行う

外来の気になる診療報酬

□外来データ提出加算（在宅、リハビリテーションも同様）　５０点（要届出）

◆生活習慣病管理料、在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料、在宅がん医療総合診療料、疾患別リハビリテーション料に「データ提出加算」が新設

◆まずは自院の電子カルテ／レセコンが対応予定であるかどうかをベンダに確認すること、その上で年に4回設定されている手挙げのタイミングを逃さずに届出をして欲しい。なお、データ提出の受付は、令和５年１０月診療分をめどに対応することとされている

□（新）禁煙治療補助システム指導管理加算（ニコチン依存症管理料）（要届出）　１４０点

◆ニコチン依存症管理料の１のイ又は２を算定する患者

◆禁煙治療補助システムに係る指導管理を行った場合

◆当該管理料を算定した日に１回に限り加算

□（新）禁煙治療補助システム加算　2,４００点

◆禁煙治療補助システムを使用した場合

外来の気になる診療報酬

□二次性骨折予防継続管理料の新設（要届出）

□イ、二次性骨折予防継続管理料１　1,０００点（入院中１回）

□ロ、二次性骨折予防継続管理料２　７５０点（入院中１回）

□ハ、二次性骨折予防継続管理料３　５００点（月１回１年限度）

◆大腿骨近位部骨折を発症した患者について、手術・入院でのリハビリテーションを経て外来での管理をした場合に算定できる

◆算定要件等

- 管理料3はイを算定していた患者であって、外来において継続的に骨粗鬆症に関する評価及び治療等を実施したもの
- 管理料2と管理料3は、関係学会より示されている「骨折リエゾンサービス(FLS)クリニカルスタンダード」及び「骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン」に沿った適切な評価及び治療効果の判定等、必要な治療を継続して実施した場合に算定可能
- 医学管理の実施に当たっては、骨量測定、骨代謝マーカー、脊椎エックス線写真等による必要な評価を行う

外来の気になる診療報酬

□オンライン診療料の概念変更のポイント

◆初・再診料に「情報通信機器を用いた場合」という項目ができ、「オンライン診療料」という言葉が消える

◆疾患、対面受診間隔、時間要件など撤廃

◆各種医学管理料も算定可能になる

◆カルテ・レセプトへの記載事項に注意

- 患者の「かかりつけ医」の有無により、「かかりつけ医が所属する医療機関名」、「対面診療により診療できない理由、適切な医療機関としての紹介先の医療機関名、紹介方法及び患者の同意」をカルテ記載
- 「当該診療が指針に沿った適切な診療であったこと」、「当該処方が指針に沿った適切な処方であったこと」をカルテ及びレセプトの摘要欄に記載

外来の気になる診療報酬

□不妊治療

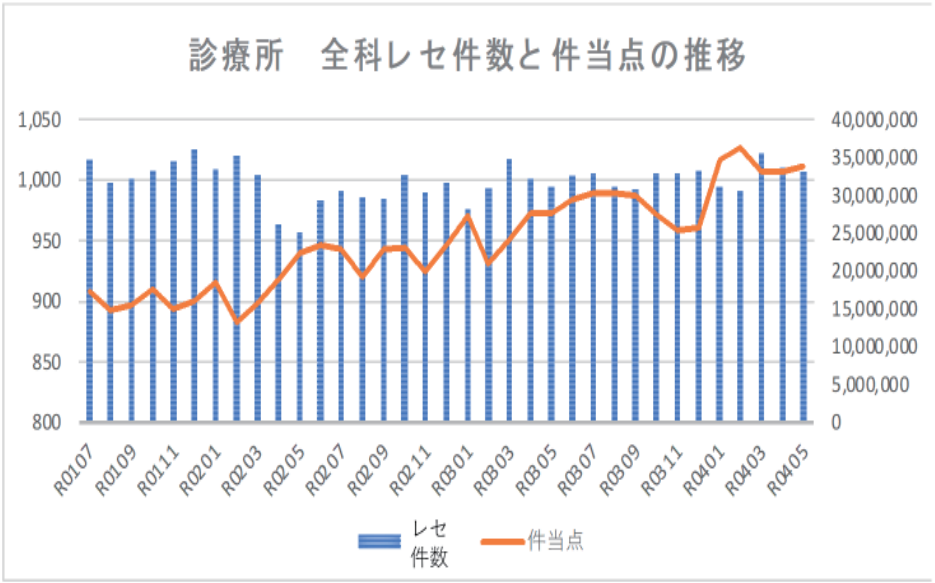
◆不妊治療は保険診療に不慣れな医療機関もあると思われるので、まずは必要な届出を確実に行うことが肝要である。さらには保険診療として求められるカルテ記載、レセプト記載や毎年実施しないければならない定例報告などを忘れずに行うことに留意したい

◆治療計画の作成や患者とパートナーからの同意の取得については別途疑義解釈も示されているため、しっかりと確認をして必要な項目をカルテに残すことを忘れないようにしたい

◆よく頂く質問としては1ヶ月に超音波検査が何回実施できるか、自己注射は全て保険適用なのかなどがあるが、レセプトの審査や薬剤の承認状況が絡むため、今後の情報等についてしっかりと確認が必要である

◆今回保険診療から漏れた項目で先進医療の対象となっているものについては、厚生局に対して届出をすることで混合診療を回避することができるので、こちらも忘れずに届出

新型コロナウイルス感染症流行下のレセプトの推移



新型コロナウイルス感染症流行下のレセプトの推移

- 患者数の推移
  - レセプト件数は減っている＝来院患者数減
  - 初の緊急事態宣言が発令された令和2年5月は大きく落ち込んだ
  - その後も大きな波が来ると影響はあるが、検査体制の拡充とともに対処できる医療機関が増えた
  - 現在はかなり戻ってきているが診療科によっては後遺症が大きい

- レセプト単価だけを見ていると医療機関はコロナバブル？
  - レセプトの3要素
    - 件当日はグラフで見ると変化は大きいが影響は少なめか
    - 件当点、日当点ともにむしろ右肩上がり

- その他
  - 検査やワクチン接種、発生届の事務作業の負担が増加している
  - 補助金などの影響により経営数値が正確に出てこない

研修会報告

中小病院における医事課の生産性向上とは

杉山　勝志

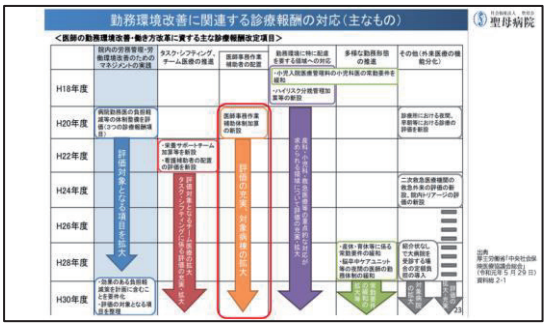
2022 年 8 月 22 日～9 月 15 日、医療秘書教育全国協議会が毎年開催する、教員研修会における、講演内容の要約です。

キーワード　タスク・シフト、タスク・シェア、医事課

1．医師事務作業補助体制加算について

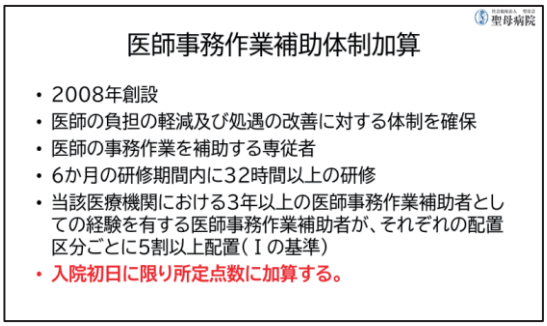
まず、診療報酬における医師事務作業補助体制加算についてお話させていただきます。

令和 4 年 4 月の診療報酬改定においても「安心・安全で質の高い医療実現のための医師等の働き方改革等の推進」は新型コロナウイルス感染症対策と並び重点項目となっています。



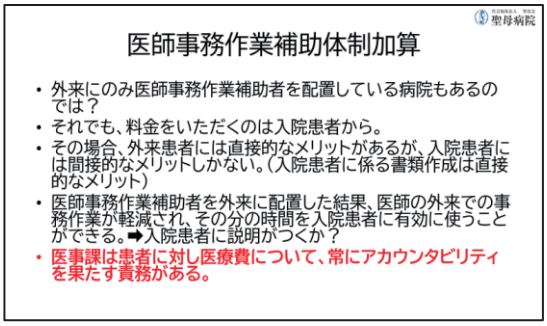
基本方針には、各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療の推進が具体的方向性の例として取り上げられており、医療秘書にも大きな期待が寄せられています。

Profile　社会福祉法人聖母会 聖母病院
事務次長



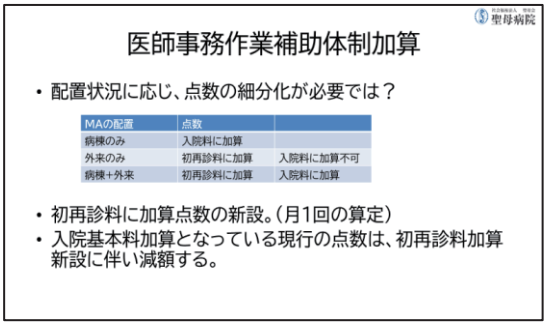
ご存知の通り、医療秘書へのタスク・シフトは 2008 年に医師事務作業補助体制加算が創設されたことにより大きな流れになりました。

医師事務作業補助者は６ヶ月の研修期間中に 32 時間以上の研修が義務付けられ、加算Ⅰについては、当該医療機関における 3 年以上の医師事務作業補助者としての経験を有する医師事務作業補助者が、それぞれの配置区分ごとに 5 割以上配置することとなっております。その費用は入院初日に所定点数が入院基本料等に加算されます。



個人的に、この費用負担のあり方ついては、少々疑問に思うことがあります。その考えの根拠は、医師事務作業補助者を外来にのみ配置している医療機関においても費用負担は入院患者からとなることにあります。この場合、外来患者には直接的なメリットがありますが、入院患者には間接的なメリットしかありません。ただし診断書や証明書の作成などがあれば入院患者にも一定の直接的な関与はあるといえます。

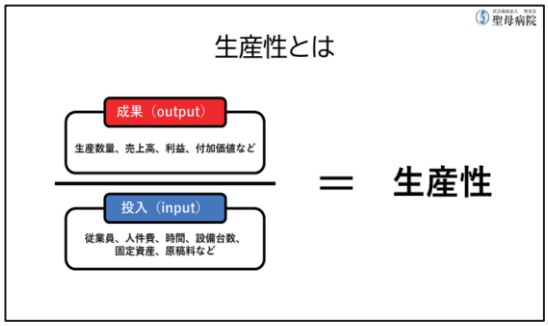
医師事務作業補助者を外来に配置したことによって医師の外来での事務作業が軽減され、その分の時間を入院患者に有効に使うことができることにより、質の高い入院医療提供ができるということになります。これを入院患者に対し、医師事務作業補助体制加算費用請求についてアカウンタビリティを果たすことができるでしょうか。入院患者はその事実を実感できるのでしょうか。医事課は費用請求において常にアカウンタビリティを果たす責務があります。



本来は、配置状況に応じ、診療報酬点数の細分化が必要ではないかと思うところです。表のように、病棟のみ、外来のみ、病棟・外来の配置状況により、点数を細分化し、外来のみ配置している医療機関については初再診料に月 1 回加算、病棟にのみ配置している医療機関は現在より減額した点数を入院日に加算、病棟・外来ともに配置している医療機関は両方の点数を算定可能など考えてみてはどうでしょうか。暴論かもしれません。

２．医事課の生産性

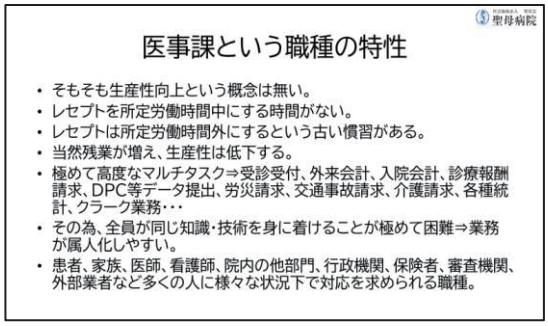
医事課の生産性について考えてみたいと思います。



医師からの事務作業のタスク・シフトは医師事務作業補助者のみならず医事課も準備をしなくてはなりません。そのためには「生産性の向上」が必須となります。生産性とは式で表せば、

生産性＝成果／投入となります。

医事課でいえば、「医事課職員一人あたりが生み出す成果」ということになります。

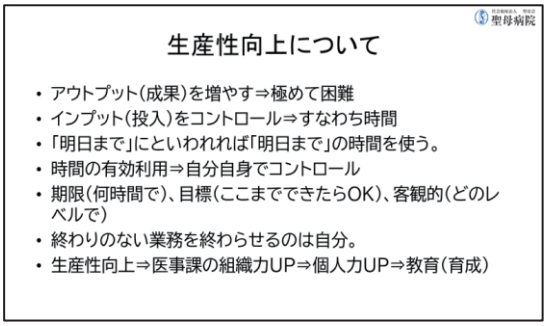


医事課という職種の特性として「生産性向上」という概念が薄いと感じています。レセプトでいえば、所定労働時間内にその業務をする時間もなく、さらには、レセプトは所定労働時間外にするものという古い慣習もあると思います。

当然、残業は増え、生産性は低下します。

医事課の業務は、患者登録、保険証や諸法の確認、受診受付、外来会計、入院会計、診療報酬請求、DPC 等データ提出、労災請求、交通事故請求、介護報酬請求、各種統計資料作成、クラーク業務などがあり、更には病院の DX も進んでいく中、情報収集、データ分析、そして実行する力も必要とされています。極めて高度なマルチタスクと言って過言ではありません。その為、全員が同じ知識・技術を身に着けることが困難であり、業務が属人化しやすいことも事実です。

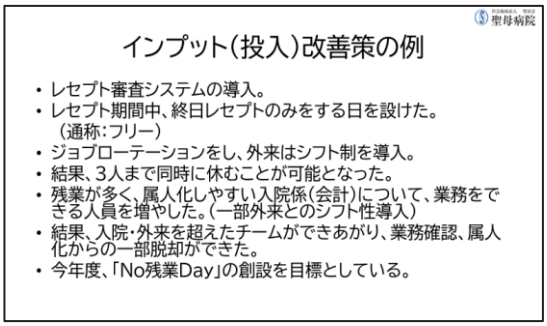
また、患者、家族を初め、医師、看護師、院内の他部門、行政機関、保険者、審査機関、外部業者など多くの人に様々な状況下で対応を求められる職種です。



医事課の生産性向上には、成果を増やすことは極めて困難であるため、投入をコントロールすることが必要と考えます。すなわち「時間」のコントロールです。

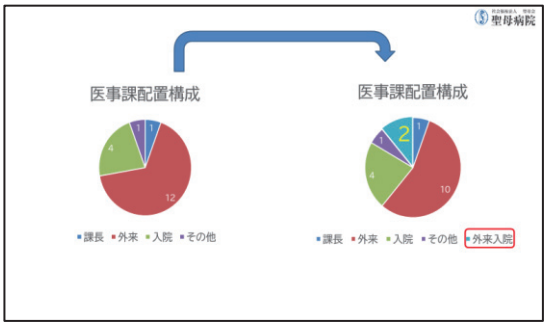
時間の有効利用は自分自身でコントロールが必要となります。「明日まで」にといわれれば「明日まで」の時間を使うことになります。期限（何時間又は何日）、目標（ここまでできれば OK）、客観的（どのレベル）を明確にすることが重要な factor となります。終わりのない業務を終わらせるのは自分でしかありません。

生産性向上には組織力の UP が必要です。そのためには個人力が UP しなければなりません。個人力を UP されるには教育体制の整備は必須となります。

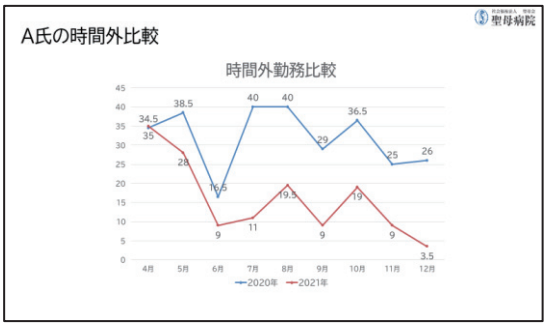


医事課の生産性向上として、取り入れたこととしては、①レセプト審査システムの導入②レセプト期間中に終日レセプトのみをする日を導入③医事課内ジョブローテーションをし、外来はシフト制を導入④入院会計・外来会計の双方をできる人員の養成があげられます。

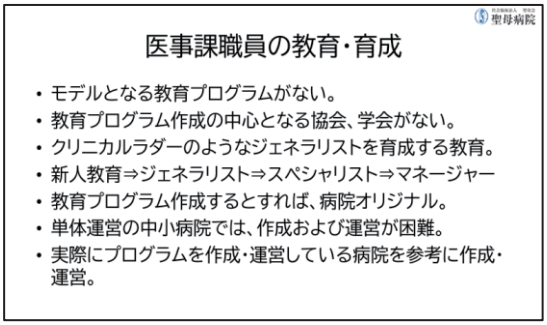
レセプト審査システムは既に多くの医療機関で導入されており、その有効性は言うまでもありません。



レセプト期間中に終日レセプトのみをする日については、別室で集中して終日レセプト業務ができることにより、精度および時間外勤務減少の要素になっています。ジョブローテーション、入院会計・外来会計の双方ともできる人員の養成については、業務の属人化の防止になっています。特に入院会計・外来会計の双方をできる人員の養成については増員することなく、養成ができたことにより、結果チームができ入院担当の時間外勤務が著しく減少しました。



今年度は「No 残業 Day」の創設を目標としています。

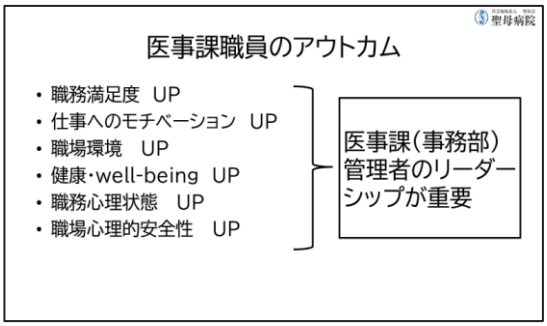


医事課の教育の問題点は、モデルとなる教育プログラムがないことがあげられます。例えるならクリニカルラダーのようなもののイメージですが、これを作成するには教育プログラム作成の中心となる協会、学会が必要となります。

教育は新人教育⇒ジェネラリスト⇒スペシャリスト⇒マネージャーなど、分類が必要となります。

現状で教育プログラム作成するとすれば、原則、病院オリジナルとなります。単体運営の中小病院では、そもそも作成および運営管理が困難な状況です。

なかには先進的に取り組まれている病院もありますので、作成・運営の際には是非参考させていただければと思います。

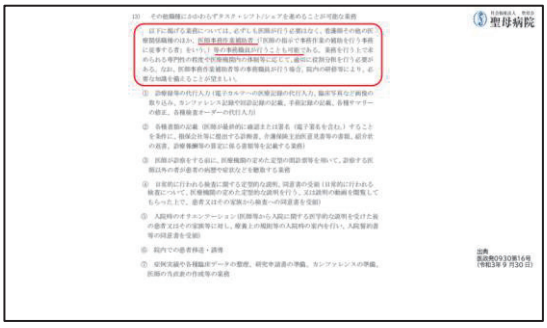


アウトカムとしては、職務満足度、仕事へのモチベーション、職場環境、健康・well-being、職務心理状態、職場心理的安全性の UP などがあります。これにはやはり、管理者のリーダーシップが重要なファクターとなります。

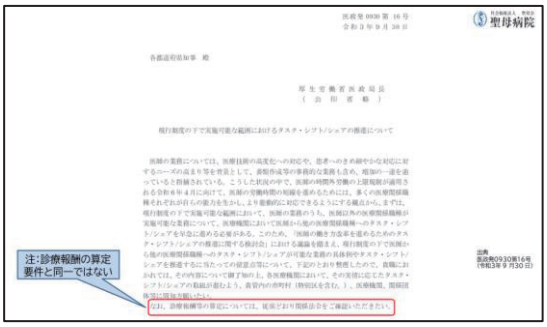
入院会計・外来会計の双方をできる人員は外来より 2 名養成しました。養成により、MAX40 時間あった入院担当者の時間外勤務が 12 月には 3.5 時間にまで減少しました。養成した職員の時間外勤務が著しく増加することや、査定や返戻が増えることもありません。

3．医事課のタスクシフト・シェアについて

最後にタスクシフト・シェアについてとなります。

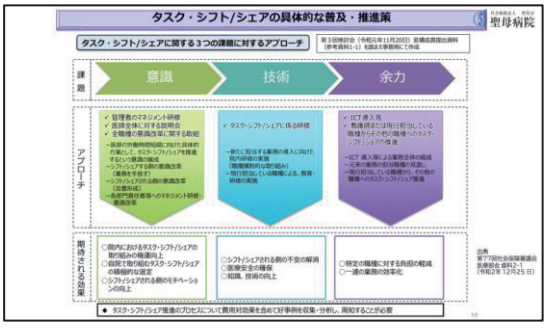


令和 3 年 9 月 30 日に厚生労働省医政局長より「現行制度の下で実施可能な範囲におけるタスク・シフト/シェアの推進について」が通知されました。そこには、その他職種にかかわらずタスク・シフト/シェアを進めることが可能な業務として、必ずしも医師が行う必要はなく、看護師その他の医療関係職種のほか、医師事務作業補助者等の事務職員が行うことも可能である業務が示されています。



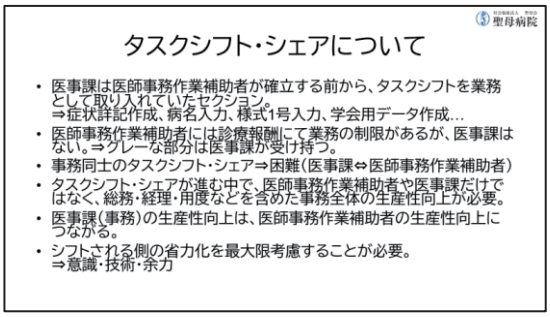
ただし、「診療報酬等の算定については、従前どおり関係法令をご確認いただきたい。」とあり、診療報酬算定要件とイコールではないものもありますので注意が必要となります。

タスク・シフト／シェアの普及には、シフトされる側の意識、技術、余力が重要な要素となります。



医師の働き方改革が 2024 年 4 月にせまる中、医療秘書へのタスク・シフトは更に加速するものと思います。医事課は医師事務作業補助者が確立する以前よりタスク・シフトを業務として取り入れていた職種ですが、タスク・シフト、タスク・シェアが進む中で、医師事務作業補助

者や医事課のみならず総務課、経理課、用度課など事務全体の生産性向上が必要になると思います。更には事務内でのタスク・シフト、タスク・シェアはこれまで困難な部分がありましたが、今後は進めていく必要性を感じています。



何より、医療秘書自身がタスク・シフト、タスク・シェアへの意識・技術・余力を追及し、シフトされる側の省力化、すなわち生産性向上を最大限に考慮することが必要と考えます。

研修会報告

医療秘書教育に望むこと

橋本 敦

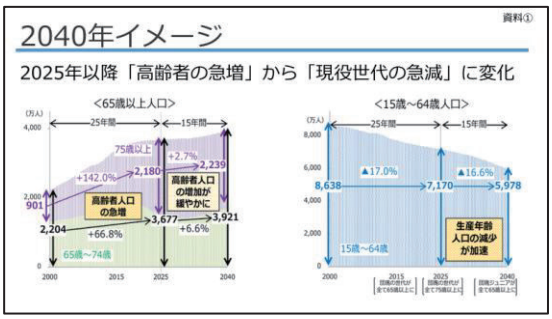
2022 年 8 月 22 日～9 月 15 日、医療秘書教育全国協議会が毎年開催する、教員研修会における、講演内容の要約です。

キーワード　医療秘書、スペシャリスト、マッチング

■現在の医療業界について

医療市場は拡大しており、国民医療費はこの 50 年で約 11 倍の 44 兆円となっています。日本の人口は 2010 年を境に減少を続けており、2025 年には約 800 万人いる団塊の世代が後期高齢者（75 歳）となることで、国民の 4 人に 1 人が後期高齢者という超高齢化社会を迎えます。2012 年に約 35 兆円であった国民医療費は、2025 年には約 54 兆円になると言われており、それも目前となっています。介護費用も同様で、2012 年約 8 兆円であったものが 2025 年には約 20 兆円になると推測されています。そして一番の問題は医療従事者の人手不足、特に 2025 年には看護師不足が深刻となり、約 200 万人必要との試算に対して、最大約 30 万人が不足すると言われております。また、2024 年 4 月から開始予定の「医師の働き方改革」により、看護師が代替する業務が増える事が予測され、更に人手が不足する事態になる可能性があります。

次に、2040 年のイメージを見てみますと、65 歳以上の人口は2025年までは急増していますが、2025年～2040年にかけては増加が緩やかになります。逆に、15歳～64歳の生産年齢人口は2025年以降減少が加速し、団塊ジュニアが全て65歳以上となり、2025年以降「高齢者の急増」から「現役世代の急減」に変化します。今後は、誰もがより長く元気に活躍できる社会の実現が必要であり、それに医療・福祉業界は対応していく必要があります。



■医療秘書の現状について

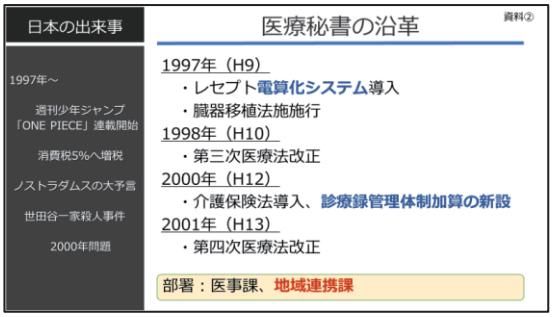
1986 年…第一次医療法改正

1995 年…病院機能評価事業開始

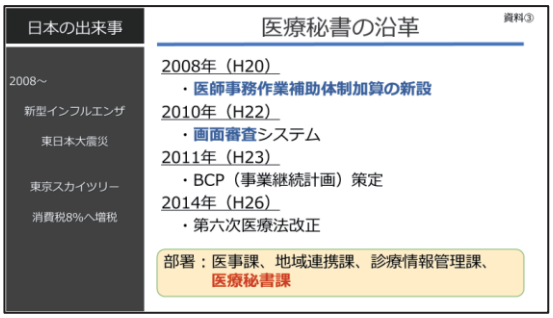
1997 年…レセプト電算化システム導入、地域医療連携課の設置が進む

Profile
戸田中央ﾒﾃﾞｨｶﾙｹｱｸﾞﾙｰﾌﾟ
TMG 本部　総局長室室長
兼 総務部次長

2000 年…診療録管理体制加算の新設、医療秘書業務に対して診療報酬が算定できることとなり、専門職としての評価、今後の将来性を実感することとなる



2003 年…DPC 導入（DRG-PPS の日本版）、診療情報管理士の本格採用がスタートし、診療情報管理課の設置が進む
2008 年…医師事務作業補助体制加算の新設、医師の事務的作業を代行する医療秘書業務に対する診療報酬算定が可能となり、医療秘書科の設置が進む



2014 年…第六次医療法改正、経営企画課の設置が進む
2019 年…新型コロナウイルス感染症流行
2022 年…診療報酬改定ポイント①新型コロナウイルス感染症対策、②働き方改革、③地域包括ケア、④医療の ICT 化推進

病院医療の高度化は、医療専門職の領域を更に細分化し、医療需要の増大は直接医療行為の量的増加と、その内容の多様化と共に専門職種の事務的業務が拡大してきました。患者様を中心として事務的、秘書的業務を「専門的な知識と技能」により行うことが、医療秘書の役割となり、その必要性は高く、ニーズは拡大していくと考えられます。

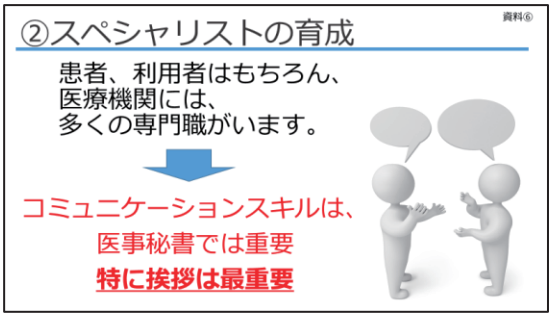
■医療秘書教育に望むこと
①医療の面白さを伝える

学生は入学の時点で医療に興味を持っています。その興味を継続させ、更に興味をもっていただくような取り組みが必要です。私たちは朝礼や勉強会を開催しますが、先生であれば、ホームルームや授業の前後で短時間でもいいので学生が興味を示すような話や質問をしていただく、幸い現在はコロナ関係の時事ネタが豊富です。また、医療ドラマを見せることもおすすめです。国内の医療問題や課題が題材になることが多く、医療用語や最新治療なども出てくるので見るだけでも勉強にもなりますし興味を持っていただけると思います。新聞や医療雑誌を見るといったことは学生にはハードルが高く継続が難しいでしょう。興味があれば楽しんで勉強もできますし、知識も増えてきます。これは就職してからも同様で、更に成長するためには医療への興味は大きいほど重要なこととなります。

②スペシャリストの育成

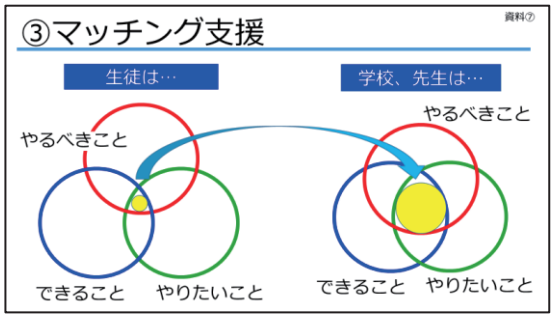
医療秘書が専門職であることを自覚させ、知識を増やす。これは専門学校の本質だと思います。まずは環境が大切で、カリキュラムや病院実習はもちろんのこと、施設見学やイベント等の企画も必要になってきます。そして資格取得はどんな資格でも挑戦させ、合格したといった成功体験をさせていただきたいと思います。このスモールステップが自信となり、成長を促します。

もう一つ医療秘書のスペシャリストになるために重要なのはコミュニケーションスキルです。医療事務の知識があり、多くの資格を有していても、ここが欠けていると本当のスペシャリストにはなれません。現在は、スマホの普及やコロナ禍で対面での交流の場が少なくなっています。難しい状況下ではありますが、学校にいるときは少しスマホから離れ先生や同僚と話す、卒業生や現場の職員と話す機会をつくるなどの取り組みをしていただきたいと思います。また、病院実習もスムーズに出来ない状況が続いていることから、カリキュラムの中でグループワークや、プレゼン発表などをする機会などを実施いただき、コミュニケーションスキルを少しでも高めていただきたいと思います。まずは、今からでも、誰でも出来る、しっかりとした挨拶から始めてみましょう。職場でのスペシャリストは信頼され仕事を任され、それがやる気となり成長していきます。



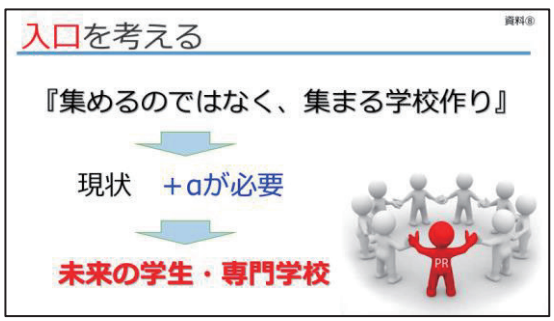
③マッチング支援

学生のまだ明確になっていない、「できること」「やりたいこと」「やるべきことを」を先生のアシストで、学生の将来の道、可能性を広げてあげていただきたいと思います。そして、最も重要なマッチング支援は就職先です。学生に将来はどういった医療機関に就職したいか尋ねると、クリニックか大学病院のいずれかしか回答がありません。本当にそれが本人にマッチしたところでしょうか？医療機関の規模の違いは当然ながら、区分はいくつもあり、公的機関・民間病院でもその機能や地域での立ち位置は違います。また、本当にやりたい仕事が出来るのか？教育制度やその医療機関での医療秘書としての将来性はあるのか？重要な指標はいくつもあります。これは学生には分かりません。先生のアシストが本当に必要な部分だと思います。本人のやりたいこととマッチした施設へ就職できないと、残念ながら早期離職につながってしまいます。医療機関側も大変期待して迎えるわけですし、長期に活躍いただきたいと考えております。ぜひ、十分なマッチング支援をしていただきたいと思います。



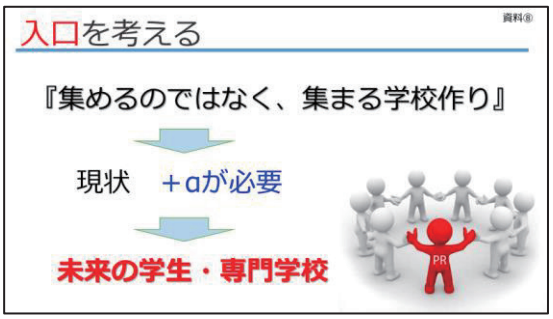
■学校側の取り組みについて

学校が行うことは大きく、入口（募集、入学）、中（教育、指導）、出口（卒業、就職）となります。中でも重要なのは入口の部分で、他の学校との差別化は出来ていますでしょうか？一般企業と同様、他の学校にないサービスが提供できないと学生を集めることは難しいと考えます。最終的には、学生を集めるのではなく、集まる学校作りを目指す必要があります。一般企業も、病院も、学校も、とにかく人です。職員は組織の宝で、最大の経営資源になります。そのためにも教員のやる気とアイデアを大切にしていく必要があります。そのためにも学校側は環境を整え、職員は自己研鑽（自己投資）を行う必要があります。私は新聞、雑誌、ＳＮＳで情報収集、学びを得て、職場内外の人脈形成を大切にしています。先生方はどんな自己研鑽をされていますでしょうか？機会があればお話を聞かせていただきたいと思います。



■おわりに

現在の医療機関はどこも経営戦略なくして、経営はなりたちません。医師、看護師らは臨床に注力させ、事務が経営の旗振りをする必要があります。そのためには優秀な事務職の採用、教育が必要になってきます。医療秘書は縁の下の力持ちといわれるが、それだけではありません。医師や看護師らと対等に話を行い、病院の今後の戦略を考え、方向性を決めるのも事務職員です。成長が感じられ、魅力ある仕事です。私たちと同じ職業を目指す学生を熱心にご指導いただいている先生方には大変感謝しております。今後とも、どうぞよろしくお願いいたします。



戸田中央メディカルケアグループ

拠　　点　一都四県（埼玉、東京、神奈川、千葉、静岡）

施 設 数　120 カ所（29 の病院と 6 つの老人保健施設の他、クリニック、検診センター、など）

総病床数　6, 357 床

職 員 数　16, 000 名

研修会報告

専門学校における教職員の研修

野口　孝之

2022年8月22日～9月15日、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　専門士、専門学校の研修体制、全体研修、学科別研修

1．はじめに

専門学校に限らず、教育機関における教職員研修はどちらの学校でも課題を抱えているのではないだろうか。「時間が捻出できない」「研修は個人に任せている」等はよく聞く話であるが、実践的な職業教育を行う教育機関としては、これらを理由に教育の質低下は許されない。

この研修会では、専門学校の教職員として知っておくべき‘専門学校の位置づけ’、実践的な職業教育を目指す専門学校の‘方向性’を確認していただきい。そして、そのために学校・部・学科・教職員が各々、何を目標とすべきか、また、文科省が目指す「学習者本位の教育の実現・強化」により授業の進め方(いわゆる指導法)について理解を深め、一人ひとりの課題が学科、そして学校としての共通課題を考えるきっかけにしていただけたら幸いである。

2．専門学校の位置づけと目指す方向性

(1)制度的な位置づけ

専修学校は昭和５１年に新しい学校制度として創設され、中学校卒業者を対象とした高等課程、高等学校卒業者および高等専修学校(専修学校高等課程)卒業者を対象とした専門学校(専修学校専門課程)、その他の一般課程がある。

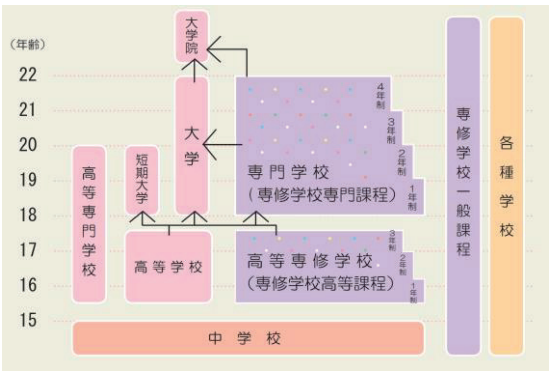


図1：君たちが創る未来のために(文部科学省)より

学校教育法124条では「職業若しくは実際生活に必要な能力を育成し、又は教養の向上を図る」ことが位置づけられ、文部科学省では「実践的な職業教育」、「専門的な技術教育」を行う教育機関として多岐にわたる分野でのスペシャリストの育成を図っていると定義している。

また、設置にあたっては専修学校設置基準等で定めている授業時数・教員数、施設・設備等を満たし、所轄庁である都道府県知事の認可を受けなくてはならない。

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

（2）称号

卒業時の称号は、大学卒業者と同等以上の学力があると認められ大学院入学資格が与えられる高度専門士、短期大学卒業者と同等以上の学力が認められ大学編入学資格が与えられる専門士がある。それぞれの条件は次の通り。

ア．高度専門士

・修業年限が４年以上

・総授業時数が 3,400 時間（124 単位）以上

イ．専門士

・修業年限が２年以上

・総授業時数が 1,700 時間（62 単位）以上

（3）職業実践専門課程

職業実践専門課程は、「企業等と密接に連携して最新の実務の知識・技術・技能を習得する実践的な職業教育に取り組む専門学校の学科を文部科学大臣が認定し奨励することにより、職業教育の水準の維持向上を図ること」を目的としている。

この認定制度は平成２６年度より施行され、８年を経過した現在、認定を受けている専門学校数は全専門学校 2,754 校のうちわずか 1,083 校（39.3%）に留まる。

ア．認定基準（＝重視すべき事項）

【教育課程】企業等との連携体制を確保し教育課程の編成を行っている（教育課程編成委員会等の開催）

【演習・実習等】企業等との連携体制を確保して、演習・実習などの授業を行っている

【教員の資質向上】企業等との連携体制を確保して、最新の実務や指導力を習得するための研修を実施している

【学校評価及び情報提供】学校の自己点検・評価に加え、企業等の外部委員が参画して学校評価（学校関係者評価）を行っている

イ．実践的な職業教育を証明（＝目指す方向性）

少子化、大学全入時代がすすむなか、専門学校の目指すべき方向性は「実践的な職業教育を行う高等教育機関」であり、それを証明するのが職業実践専門課程の認定である。

当協議会会員校では多くの学校が既に認可を受けているが、認定後の課題は「教育の質を維持し向上し続ける」ことにある。これから認定を目指す学校も含め、「専門学校における教職員の研修」の充実が「実践的な職業教育」に繋がるよう組織的な体制の構築が必要である。

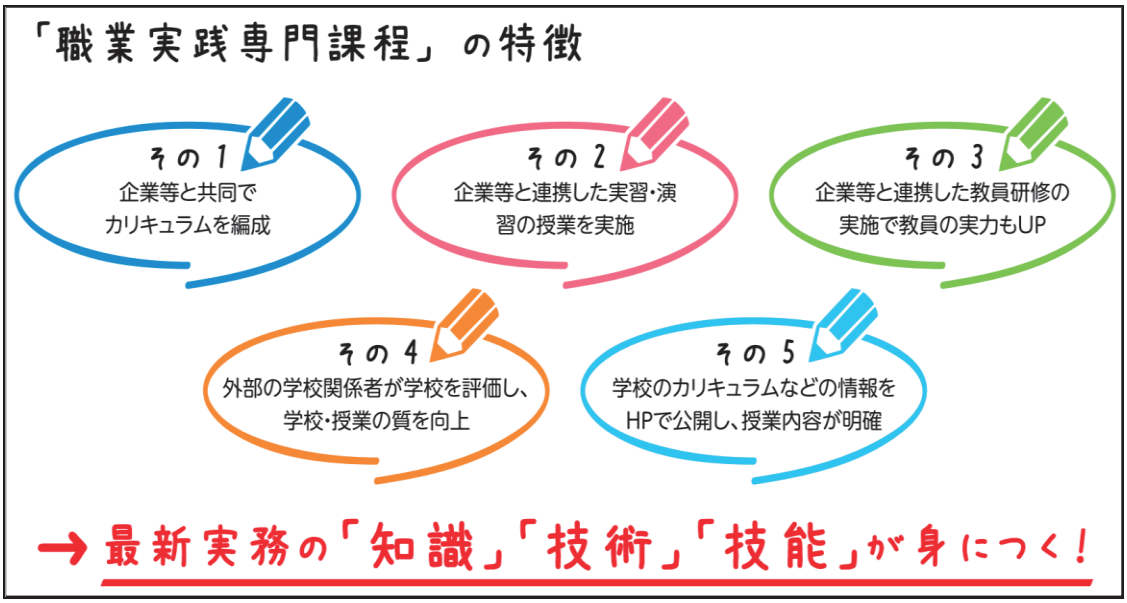


図2：君たちが創る未来のために（文部科学省）より

２．専門学校の研修体制

「専門学校における教職員の研修」は、教職員個人が自由に行う研修ではなく、学校の教育理念・基本方針に沿って、部(教務部・事務部等、以下省略)、学科、教職員がそれぞれの組織単位で課題を発見し改善・改良を試みるための研修でなくてはならない。

ここでは、前述の「職業教育の質を維持し向上し続ける」ために求められる教職員の研修体制について考える。

(１)研修計画前の確認事項

ア．学校評価ガイドラインによる課題発見

部、学科、教職員が課題を発見するには自己点検・評価が必要である。その指標は各々独自のものではなく、標準的な指標を用いることが望ましい。これが文部科学省の「専門学校における学校評価ガイドライン」である。

専門学校では平成１９年度に自己点検・評価が義務づけられ、さらに平成２６年度には職業実践専門課程認定学科をもつ学校においては、「専門学校における学校評価ガイドライン」を用いた自己点検・評価と学校関係者評価が義務づけられている。

イ．教育活動(実践的な職業教育の展開)

実践的な職業教育を展開するためには、業界団体や企業等との連携のもとで、①教育課程の編成体制の構築(教育課程編成委員会等の開催)、②企業等と連携した実践的な実習・演習の実施、③業界動向を踏まえた最新の専門知識や技能等、(学生が)実践的な技能の習得に必要な(教員の)専門性・指導力向上に繋がる研修、

が組織的に行われなければならない。

(２)研修体制の構築

前項のアとイを踏まえ、専門学校における教職員の研修には、「全体研修」「学科別研修」「階層別研修」の３点が考えられる。そしてこれらの研修は教職員の誰もが該当し参加する体制でなくてはならない。

【全体研修】社会変化に伴う課題を教職員の共有課題として行う研修。例えば「ＤＸ時代における専門学校教育」「コロナ禍でのＩＣＴ利活用授業の在り方」等、外部講師を招聘し実施する。

【階層別研修(表１)】教職員の各階層で求められる能力等、入職時や該当階層時の節目に行う研修。表１の資料では対象を教員に絞った研修内容を記載した。

【学科別研修(表２)】各学科の職業教育を「専門性の向上」「産学連携の強化」「指導力の向上」の３つに視座を置いた研修で、それぞれの留意事項は学校評価ガイドラインの自己点検・評価項目とほぼ一致している。日々の教育活動においてこれらがバランスよく機能することが有能な人材の輩出に繋がり、そのために必要となる学科別研修である(詳細は次章で解説)。

表１　教職員の階層と階層別に求められる研修内容について

階層		研修内容
新任教員	入職後１年以内	学生指導、クラス運営、学科分掌業務等、教員が行うべき業務を自立して行う能力を修得する。
若手教員	１年～5 年以内	自立したクラス運営に加え、学年運営への関わり、科目責任者などのマネジメント力を修得する。
中堅教員	６年～15 年以内	学科及び全校的視野に立ったマネジメント力(行事取りまとめ等)を修得している。
リーダー教員(分掌責任者)		
管理職(部長・学科長・次長)		部門・学科運営上、重要な役割を担い、教員への助言・援助など指導的役割や教育力向上に貢献できるマネジメント力を修得している。

表２　学科別研修（教育活動で留意すべき事項と学校自己点検・評価項目との関係）

	留意事項	項目
専門性の向上	・教育理念に沿った教育目標の設定、教育課程編成と実施方針等の策定 ・業界ニーズを踏まえた教育到達レベルの設定、学習時間の確保 ・体系的なカリキュラム編成〔業界動向・職業教育・資格取得〕	3-1 3-2 3-3
産学連携の強化	・職業教育の視点に立ったカリキュラム、教育方法の工夫・開発 ・カリキュラム作成・見直し（外部関係者からの評価・意見収集、改善） ・職業教育の実践（臨地実習・インターンシップ、実技・演習等）	3-4 3-5. 8 3-6
指導力の向上	・教員資質（学生・保護者理解、リーディング、マネジメント力） ・クラス運営（主体性の引き出し、アンガーマネジメント） ・授業力（授業力基礎、教材研究、主体的・対話的授業）	 3-14

３．学科別研修

表３のとおり、「専門性の向上」「産学連携の強化」「指導力の向上」の３つの視座は、学科(以下学科長と記載)の立場、学科教員の立場により捉え方を変える必要がある。

【専門性の向上】学科長は、教育目標に沿った教育課程を実施するための専門性を備えた教員の確保、もしくは研修により対応できる人材を育成することが目標である。これを受け、学科の教員は専門性を高めるための研修に励み、さらに専門分野に関連する研究業績を修める等、専門家としての根拠も併せて示せることが重要である。

【産学連携の強化】学科長は、業界・企業等と連携した実践的な職業教育を行うことが目標であり、そのためには新たな産学連携カリキュラムの編成もしくは見直し、工夫・改善について教員に対しマネジメントできることが求められる。これに対し、学科の教員には産学連携に対応できるよう業界･企業等の知見を広げる研修が求められる。実際の授業では外部講師による実習・演習等が行われるにしても、関係する教員が無知の状態では学生の職業教育に繋げることができない。

【指導力の向上】学科長は、学科内の教員資質、授業力向上による指導体制のレベルアップが求められる。教員の資質とは、学生が自己成長し達成感をもって卒業できるよう人間教育を行うことのできる「人」としての資質である。また、授業力とは難しいことを解りやすく教えることである。今の ICT 時代では分からないことはネットで調べることができるため、「先生よりネットのほうがわかりやすく早い」ということになりかねない。学ぶ側に立場に立った教材研究と授業力、指導法の研究が必要である。そのためには、企業等との連携による授業方法の工夫をはじめ、ｅラーニングや他の教員の授業見学等を通して教員自らの授業の在り方を振り返り、自己課題の気づきと自己研鑽が求められる。

表３　学科別研修（教育活動で留意すべき事項と学校自己点検・評価項目との関係）

	学科の目標	教員の自己研修
専門性の向上	**教育目標に沿った教育課程の実施** （専門性を備えた教員の確保・研修）	**専門性を高めるための研修** （専門分野の教員根拠）
産学連携の強化	**業界・企業等と連携した職業教育の実践** （カリキュラム編成・見直し・改善）	**業界セミナー、企業訪問** （業界･企業等の知見を広げる）
指導力の向上	**教員資質**（学生の自己成長・達成感） **授 業 力**（難しいことを解りやすく）	**ｅラーニング、授業研究** （自己課題の気づきと自己研鑽）

４．さいごに　～学習者本位の教育の実現・強化へ向けて～

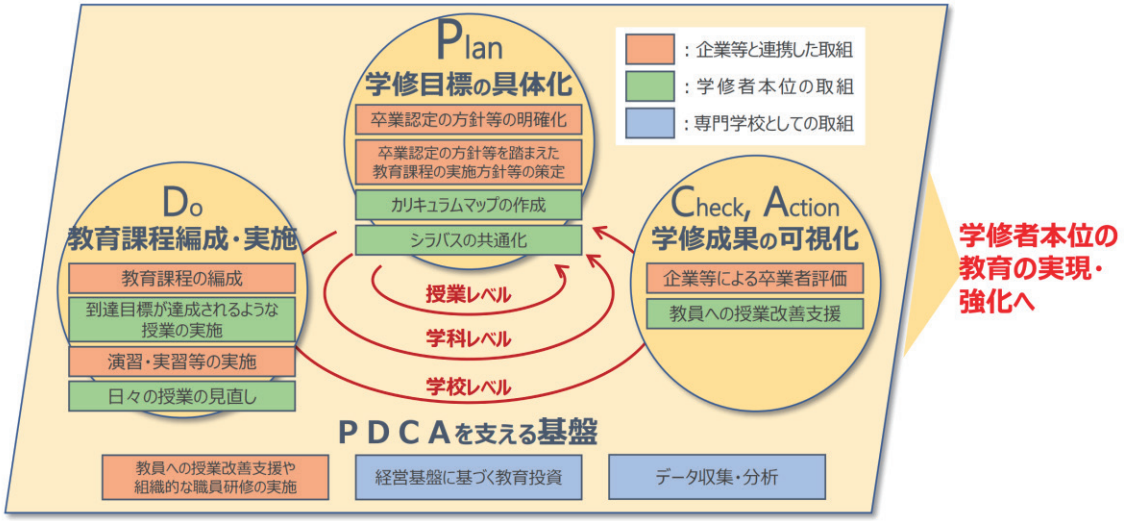


図３　職業実践専門課程の実質化のサイクル（文部科学省）

「学修者本位の取組み」とは、学生が「何を学び、身に付けることができるのか」を明確にし、学修の成果を実感できる教育を行う」ことで、2018年11月の中教審答申において、大学等がその使命に基づくものとして打ち出された。

職業実践専門課程においてもその実質化のサイクルを可視化・周知することにより、職業実践専門課程の質の向上を図り、社会の信頼を確保し、学修者本位の教育を実現・強化することが求められている。

図３のＰＤＣＡサイクルは、「学校レベル」「学科レベル」「授業レベル」に分かれ、さらにその取組みとして、「企業等と連携した取組み」「学修者本位の取組み」「専門学校としての取組み」の３つの方向性を示している。

「企業等と連携した取組み」は、「学科」が企業と連携して「学修目標を具体化」し教育課程の編成と授業の実践、学習成果を検証し次に繋げる。

「学修者本位の取組み」は、具体化された学修目標に沿った「カリキュラムマップ」「シラバス」が作成され「到達目標が達成できる授業の実施」、さらに「日々の授業を見直し」しながら授業内容や指導の在り方を振返り、授業改善を行うことである。この場合、改善内容によっては企業の協力を得て、教材提供や講師派遣、現場見学・実習受入等が検討されることが理想である。

「専門学校としての取組み」はこれらのＰＤＣＡが機能できるよう基盤をしっかり築くこと（経営判断に必要なデータ収集・分析、経営基盤に基づく教育投資等）が求められ、それぞれをマネジメントしていくことで学校全体が前進していく仕組みとなっている。

このように、学校、各部、各学科、教職員の各々が組織的、有機的に連携することで、実践的な職業教育が展開されるのである。

私達が目指す学校とは、学生・保護者が「入学してよかった」と満足・誇りに思う学校である。そのためには、学校に関係する全ての関係者が「学習者本位の教育の実現・強化」を理解し、「専門性」と「指導力」を持った「面倒見のよい」組織体制を目指すことが大切である。専門学校における教職員の研修体制の構築、これこそが今の専門学校に求められていることであり、結果として社会的評価に繋がり、選ばれる学校となるのである。

検定試験案内

各検定試験の審査基準

一般社団法人　医療秘書教育全国協議会

医療秘書技能検定

2　級

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

医療秘書技能検定

3　級

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

医事コンピュータ技能検定

2　級

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

3　級

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

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 69 回（ 2022 年 11 月 6 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

〈２級〉　　**解答は答案用紙に記入のこと**

【医療秘書実務】

１．次は、「患者のクレーム対応」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。

病院には様々な経緯で多くの患者が来院する。時には、待ち時間の長さやスタッフの態度、説明不足等、医療サービスについて（ 1 ）な思いをしたときに、病院へのクレームが発生することがあり、患者が医療秘書にクレームを訴える場合もある。クレームを訴えている患者の多くは（ 2 ）になっているため、事務的な対応ではなく、（ 3 ）の姿勢と（ 4 ）な態度が重要である。つまり、患者の話に耳を傾け、相手の立場になって考えることで話の状況を理解することができる。また、聞くだけで終わりにせず、（ 5 ）に解決を図ることが信頼回復のために必要である。

〔語　群〕

① 心配　② 不快　③ 論理的　④ 感情的　⑤ 長期的
⑥ 傾聴　⑦ 感謝　⑧ 誠実　⑨ 公平　⑩ 迅速

２．次は、「上座・下座」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、該当するすべての設問を０点とする）。

6 患者の家族を応接室へ案内して座ってもらうのは、ソファより一人掛けのイスのほうがよい。

7 会議のときに後輩職員が座ったほうがよいのは、入口から近い席である。

8 エレベーターを使って来客を案内するときに、来客に立ってもらう位置はドアの前のあたりである。

9 先輩職員と一緒にタクシーに乗るときは、乗りづらい後部座席には自分が先に乗り込む。

10 食堂で上司と一緒に食事をするときは、上司には出入口より遠い席に座ってもらう。

【医療機関の組織・運営、医療関連法規】

1．次は「医薬品や材料の管理」に関する記述である。（　　）の中に入る最も適する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。

医薬品や材料の管理の基本は、（ 11 ）と（ 12 ）のバランスによる適正在庫管理の実現を指すことである。（ 11 ）により欠品が生じると、場合によっては患者の生死にかかわる問題になる。そのため、在庫管理は（ 13 ）の重視が優先される。

しかし、この度合いが過ぎると（ 12 ）となり、（ 14 ）の増加をもたらし医業経営に大きなインパクトを与える可能性がある。それだけではなく、期限切れに伴う（ 15 ）の増加といった問題を起こす確率を高めることになる。

適正在庫水準を維持するためには、適正な発注にある。つまり、過去の使用状況を分析するとともに将来起こりうる要因を加味して（ 16 ）を予測し、これと（ 17 ）の状況および発注から（ 18 ）までの期間をもとに発注数量が決まる。

（ 17 ）を正確に把握するには、（ 19 ）の際に該当の医薬品や材料がスムーズに発見できるよう（ 20 ）を決めておくなど対応が必要である。

〔語　群〕

① コスト　② 安全性　③ 過少在庫　④ 過剰在庫　⑤ 在庫数量
⑥ 需要量　⑦ 棚卸　⑧ 納品　⑨ 廃棄ロス　⑩ 保管場所

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、該当するすべての設問を０点とする）。

21 臨床研修等修了医師等が個人で診療所を開設する場合は、開設前に都道府県知事の許可を得なければならない。

22 臨床研修等修了医師等が自ら診療所を開設し、本人のみで診療を行う場合は、開設者＝管理者となる。

23 医療機関の開設者は、臨床研修等修了医師等にこれを管理させなければならない。

24 生活保護受給者が保険医療機関にて保険診療を受ける場合、常に保険診療の患者負担金は発生しない。

25 医療を提供するにあたって、多くの職種がチームをつくって治療にあたることを「チーム医療」という。

26 病院組織は、多くの専門職の集まりであるため、チームワークが組みにくい。

27 高齢化社会に対応し、総合的な老人保健医療対策を実施するために、1983 年から後期高齢者医療制度が実施されてきている。

28 地域医療支援病院は、1997 年までは総合病院という名称であった。

29 大学医学部附属病院はすべて特定機能病院の承認を受けている。

30 後期高齢者医療制度では、現役並み所得者は 3 割負担、それ以外の者はすべて 1 割負担となる。

3．次の文章の（　　）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。

保険医療機関で発生する医療費は（ 31 ）と自由診療に大別できるが、換言すれば、保険の対象となる診療と保険の対象とならない診療があるといえる。保険の対象とならない自由診療の具体的な例として、美容目的の（ 32 ）や健康診断・（ 33 ）、予防接種に正常分娩等がある。

また、第三者の原因による交通事故の場合は（ 34 ）により損害賠償される場合や通勤途上の事故の場合は（ 35 ）で扱われる。

そして（ 31 ）と自由診療を同一患者において施行した場合は、原則として、一連の診療はすべてが（ 31 ）の対象外となり、これを「（ 36 ）の禁止」という。この併用した診療を例外的に認める制度が（ 37 ）である。この制度は、一定の範囲の医療行為またはサービスを（ 31 ）と併用することを認めており、評価療養の（ 38 ）等、（ 39 ）の差額ベッド代等そして未承認等の医薬品、医療機器、再生医療等の迅速な使用に患者からの申出のために創設されている（ 40 ）がある。

〔語　群〕

① 労災保険　② 患者申出療養　③ 保険診療　④ 混合診療　⑤ 選定療養
⑥ 整形手術　⑦ 保険外併用療養費制度　⑧ 自動車損害賠償保障法　⑨ 人間ドック
⑩ 先進医療

4．76歳（無職、一定以上の所得者ではない）の女性が、急に発症した左上下肢の麻痺を訴え、保険医療機関の救急外来を受診した。診察の結果、医師は脳梗塞と診断し、一般病床へ入院となった。入院中はリハビリが行われ、食事が提供された。この場合において、以下の各問いに関し該当するものを選び、その番号のマーク欄を塗りつぶしなさい。

41 この患者が加入している公的医療保険はどれか。
① 健康保険　② 共済保険　③ 国民健康保険　④ 後期高齢者医療制度
⑤ 労災保険

42 医師の指示により、静脈路の確保を行える職種はどれか。
① 看護助手　② 看護師　③ 管理栄養士　④ 臨床工学技士　⑤ 薬剤師

43 医師の指示に基づき、頭部MRI撮影を行える職種はどれか。
① 看護師　② 診療放射線技師　③ 理学療法士　④ 臨床工学技士
⑤ 臨床検査技師

44 入院中、患者が不眠を訴えたため、過去に交付された処方箋を参照して、睡眠導入剤の処方を行う職種はどれか。
① 薬剤師　② 臨床検査技師　③ 管理栄養士　④ 看護師　⑤ 医師

45 日常生活動作訓練、住環境への適応訓練等を行う職種はどれか。
① 看護師　② 言語聴覚士　③ 作業療法士　④ 理学療法士　⑤ 薬剤師

46 嚥下機能に問題を認めたため、医師の指示により食事形態の調節を行う職種はどれか。
① 看護師　② 言語聴覚士　③ 管理栄養士　④ 理学療法士　⑤ 薬剤師

47 この事例において患者が公的医療保険の保険給付を受けることができないものはどれか。

① 高額療養費　② 傷病手当金　③ 入院時食事療養費　④ 療養の給付

⑤ すべて受けることができる

48 この患者が支払う費用は次のうちどれか。

① 診療費の１割　② 診療費の１割および食事数分の標準負担額　③ 診療費の２割

④ 診療費の３割　⑤ 診療費の３割および食事数分の標準負担額

49 保険医療機関は、収入となるべき費用のうち、患者負担を除いた費用をどこに請求するか。

① 全国健康保険協会　② 支払基金　③ 健康保険組合連合会

④ 国民健康保険中央会　⑤ 国保連合会

50 保険医療機関が患者から実費徴収できないものはどれか。

① 冷暖房代　② 理髪代　③ テレビ代　④ 生命保険の証明書発行料金

⑤ おむつ代

【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。

甲状腺は蝶のような形をした臓器で、俗に言う（ 1 ）の直下、頸部（首）の中央（真ん中）に位置し、身体の新陳（ 2 ）のみならず小児期の成長や発育などを調節する作用がある（ 3 ）を分泌する。

甲状腺の働きが（ 4 ）して、血液中の甲状腺ホルモンが不足すると、皮膚の乾燥や易疲労感などの症状が出現し、 これを（ 5 ）という。治療は甲状腺ホルモン（ 6 ）がおこなわれる。一方、血液中の甲状腺ホルモンの分泌が（ 7 ）になる場合は、（ 8 ）という。代表的疾患に（ 9 ）がある。治療は（ 10 ）の投与、放射線治療、手術療法などが行われる。

〔語　群〕

① 低下　② バセドウ病　③ 甲状腺機能低下症　④ 甲状腺ホルモン
⑤ 補充療法　⑥ 抗甲状腺薬　⑦ 過剰　⑧ のど仏　⑨ 甲状腺機能亢進症
⑩ 代謝

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 心筋梗塞は心筋への血流が途絶して起こり、20 分以上持続する激しい胸痛が出現する。

12 前立腺肥大症は、肥大した前立腺が尿道を圧迫する病態で、中高年の女性に多い。

13 骨粗鬆症は、閉経後の女性に発症しやすい。

14 緑内障は水晶体が変性し、白色に濁ることで発症する。

15 僧帽弁は３枚の弁、それ以外の弁は２枚の弁よりなる。

16 ２型糖尿病の多くは、遺伝因子や環境因子が関係して発症する。

17 クモ膜下出血は突然の強烈な頭痛を主訴とすることが大半である。

18 二次性高血圧症は原因が特定できるもので、高血圧症患者の 95%を占める。

19 脂質異常症の放置は動脈硬化を併発し、虚血性心疾患や脳血管疾患の原因となる。

20 子宮筋腫は子宮にできる悪性腫瘍である。

3．次のひらがな又は英語を、漢字に直しなさい。

21 だっきゅう：関節面の整合性が失われた状態

22 とうごうしっちょうしょう：かつて精神分裂病と呼ばれていた

23 つうふう：尿酸が増加し起こる疾患

24 にょうほうしょう：抗利尿ホルモンの分泌低下による疾患

25 しきゅうたいじんえん：持続的に蛋白尿・血尿を排出する

26 bronchial asthma：気道が一過性に狭窄して呼吸困難を主訴とする疾患

27 arrhythmia：心拍動に異常が生じ、リズムが不規則になる

28 gastric ulcer：ストレス、喫煙、食習慣、ヘリコバクターピロリの感染などで発症する

29 constipation：数日間排便を認めない状態

30 pneumonia：呼吸器疾患の一つ

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 DM	① 中性脂肪
32 PTSD	② 重症急性呼吸器症候群
33 CKD	③ 慢性腎臓病
34 MRSA	④ 心的外傷後ストレス障害
35 SARS	⑤ 結核
36 TB	⑥ 注意欠如・多動症(注意欠陥多動性障害)
37 BS	⑦ 糖尿病
38 ADHD	⑧ メチシリン耐性黄色ブドウ球菌
39 ALP	⑨ 血糖値
40 TG	⑩ アルカリフォスファターゼ

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 糖尿病の合併症として認められる病態はどれか。

a．網膜症　b．腎症　c．足壊疽（皮膚潰瘍）　d．神経障害

① a，b，c　② a，c，d　③ b，c　④ b，d　⑤ a～dのすべて

42 生化学的検査で肝機能の指標となるものはどれか。

a．ＢＵＮ　b．ＡＳＴ　c．γ-ＧＴＰ　d．Ｃｒｅ

① a，b　② a，c　③ b，c　④ b，d　⑤ a～dのすべて

43 胆石症の症状はどれか。

a．発熱　b．吐血　c．上腹部痛　d．黄疸

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

44 脂質異常症の診断基準となる指標は次のうちどれか。

a．HDL-CHOL 高値　b．HDL-CHOL 低値　c．LDL-CHOL 低値　d．LDL-CHOL 高値

① a，b　② a，c　③ b，c　④ b，d　⑤ a，d

45 内耳にある構造はどれか。

a．鼓膜　b．蝸牛　c．三半規管　d．耳小骨

① a，b　② a，c　③ b，c　④ b，d　⑤ a～dのすべて

46 甲状腺機能亢進症（バセドウ病）でおこる症状はどれか。

a．体重減少　b．頻脈　c．発汗　d．眼球突出

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

47 緑内障の症状はどれか。

a．視野狭窄　b．高眼圧　c．水晶体混濁　d．頭痛

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

48 真菌感染症はどれか。

a カンジダ症　b．帯状疱疹　c．白癬　d．破傷風

① a，b　② a，c　③ b，c　④ c，d　⑤ b，d

49 常染色体異常による疾患はどれか。

a．ダウン症候群　b．エドワード症候群　c．パトウ症候群

d．クラインフェルター症候群

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

50 細菌感染症はどれか。

a．結核　b．百日咳　c．梅毒　d．麻疹

① a，b，c　② a，c，d　③ b，c　④ b，d　⑤ a～dのすべて

第 69 回（ 2022 年 11 月 6 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（2022 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、2022 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

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	130	②	250	③	325	④	380	⑤その他
2	①	5	②	6	③	7	④	8	⑤その他
3	①	50	②	99	③	100	④	147	⑤その他
4	①	1	②	2	③	3	④	4	⑤その他
5	①	15	②	16	③	78	④	79	⑤その他
6	①	1	②	2	③	3	④	4	⑤その他
7	①	9	②	10	③	11	④	12	⑤その他
8	①	25	②	52	③	60	④	70	⑤その他
9	①	1	②	2	③	3	④	4	⑤その他
10	①	2	②	3	③	3,600	④	1,050	⑤その他
11	①	6,600	②	7,920	③	7,200	④	6,000	⑤その他
12	①	580	②	768	③	562	④	770	⑤その他
13	①	4	②	5	③	6	④	7	⑤その他
14	①	30	②	39	③	45	④	55	⑤その他
15	①	93	②	99	③	106	④	126	⑤その他
16	①	93	②	99	③	106	④	126	⑤その他
17	①	860	②	1,720	③	2,580	④	720	⑤その他
18	①	833	②	413	③	933	④	808	⑤その他
19	①	230	②	220	③	210	④	57	⑤その他
20	①	70	②	110	③	180	④	230	⑤その他

(2) A～H及び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、答案用紙の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、脳神経内科、呼吸器内科、循環器内科、外科、脳神経外科、呼吸器外科、耳鼻咽喉科、整形外科、麻酔科、放射線科、リハビリテーション科、産婦人科、泌尿器科です。
＊出題のカルテは、東京都町田市（2級地）にある許可病床数420床の救急病院です。
＊薬剤師、麻酔医、病理専門医、画像診断専門医、理学療法士、管理栄養士は常勤です。
＊出題の保険医療機関は、月曜日から金曜日まで毎日午前9時から午後5時まで診療。
土曜・日曜と祝日は休診です。
＊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すること。

(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】臨床研修病院入院診療加算（協力型）、診療録管理体制加算2、医師事務作業補助体制加算2（40対1）、救急医療管理加算1、医療安全対策加算1、感染対策向上加算1、指導強化加算、患者サポート体制充実加算、がん拠点病院加算（地域がん診療病院）、データ提出加算1・イ、薬剤管理指導料、麻酔管理料Ⅰ、輸血管理料Ⅱ、検体検査管理加算(Ⅲ)、CT(64列以上ﾏﾙﾁｽﾗｲｽ型)(その他)、MRI(3ﾃｽﾗ以上)(その他)、画像診断管理加算1及び2 、入院時食事療養(Ⅰ)、食堂加算

(7) 手術前医学管理料及び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ので、臨床的内容と一部異なる場合があります。

【注意事項】

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

診　　療　　録

保険者番号		0 6 1 3 0 3 7 1	受診者	氏名	太田隼人 ㊚・女	公費負担者番号①	
被保険者証 被保険者手帳	記号・番号	901 ・ 73 (枝番) 3				受給者番号①	
	有効期限	令和　年　月　日		明・大・昭・㊥ 26年 6月 3日生		公費負担者番号②	
資格取得		令和　年　月　日		住所	省略	受給者番号②	
被保険者氏名		太田 和人				保険者 所在地	省略
事業所 (船舶所有者)	所在地	省略		職業	長男	保険者 名称	省略
	名称						

傷病名	職務	開始	終了	転帰	期間満了予定日
(1) 慢性扁桃炎(両側)(主)	上外	4年10月28日	年 月 日	治ゆ・死亡・中止	年 月 日
(2)	上外	年 月 日	年 月 日	治ゆ・死亡・中止	年 月 日
(3)	上外	年 月 日	年 月 日	治ゆ・死亡・中止	年 月 日
(4)	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4年 10/28 (金) 自宅近くの小児科からの紹介状持参 約1年前より月1回程度発熱、扁桃腺肥大(+) 手術目的で入院(10:00)、入院診療計画書、栄養管理計画を作成し、患者と家族に説明のうえ交付し、同時に手術同意書を受け取った 麻酔科医による術前診察・実施 X-Pについて放射線科医による読影文書あり 投薬・注射薬・麻酔薬について、薬剤師による薬剤管理指導実施 昼食・夕食は普通食	10/28 検血:末梢血液一般、ESR、出血時間 TP、AST、ALT、LD、ALP、γ-GT、BUN、UA、グルコース、クレアチニン、ナトリウム及びクロール、カリウム、CK CRP 胸部X－P(デジタル撮影) 撮影回数1回 電子画像管理 Rp) ① ベンザリン錠 5mg　1錠　1回分 (向精神薬　1錠　9.1円)
10/29 (土) 研修医の指導内容省略 本日、禁食 麻酔科医による全身麻酔実施 (麻酔困難な患者に該当しない)	10/29 点滴注射 ①ソリターT3号輸液 500mL 1袋 (1袋 155円) 閉鎖循環式全身麻酔 5　1時間45分 アトロピン硫酸塩注射液 0.05% 1mL 1A (1A 95円)、ラボナール注射用 0.5g 500mg 1管(1管 972円)、小池笑気 960g (1g 3.2円)、セボフレン吸入麻酔液 80mL (1mL 44.3円)、液化酸素(CE)210L(1L 0.19円) 呼吸心拍監視(5時間) 経皮的動脈血酸素飽和度測定 口蓋扁桃手術(摘出)(両側) イソジン液 20mL (1mL 2.46円) 病理組織標本作製(組織切片) 1臓器 術後酸素吸入(液化酸素 CE　2L/分) 4時間 点滴注射 ②ソリターT3号輸液 500mL 1袋 パンスポリン静注用 1g 1瓶 (1瓶 481円)
10/30 (日) 術後経過良好 麻酔医による術後診察 痛みがあるため、坐薬、トローチを処方 夕食より流動食(市販以外)	10/30 Rp) ② ボルタレンサポ 50mg 1個　(1個 36.7円) ③ ビクシリンS配合錠 250mg 2錠 (1錠 23.9円) 分2 × 5TD ④ SPトローチ 0.25mg「明治」(1錠 5.7円) 4錠 × 3TD 検血:末梢血液一般、末梢血液像(自動機械法)、ESR TP、AST、ALT、LD、ALP、γ-GT、BUN、CK CRP 術後創傷処置 100㎠未満 点滴注射 ② do
10/31 (月)	10/31 do 術後創傷処置 点滴注射 ③ パンスポリン静注用 1g 1瓶 Aq (注射用水) 20mL 1管 (1管 62円)

診療報酬明細書
（医科入院）

令和　年　月分

都道府県番号 省略　医療機関コード 省略

1 医科	1 社・国　3 後期　1 単独　1 本入　7高入-
	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）

公費負担者番号①　公費負担医療の受給者番号①

公費負担者番号②　公費負担医療の受給者番号②

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

転帰 転 治ゆ 死亡 中止

診療実日数 保険 日 公費① 日 公費② 日

B

⑪ 初診　時間外・休日・深夜　回　点　公費分点数

⑬ 医学管理

⑭ 在宅

⑳ 投薬 ㉑ 内服 単位 ㉒ 屯服 単位 ㉓ 外用 単位 ㉔ 調剤 日 ㉖ 麻毒 日 ㉗ 調基

㉚ 注射 ㉛ 皮下筋肉内 回 ㉜ 静脈内 回 ㉝ その他 回

㊵ 処置 回 薬 剤

㊿ 手術 麻酔 回 薬 剤

60 検査 病理 回 薬 剤

70 画像 診断 回 薬 剤

80 その他 薬 剤

C

入院年月日 年 月 日

90 入院 病 診

90 入院基本料・加算 点 × 日間 × 日間 × 日間 × 日間 × 日間

92 特定入院料・その他

13	E	1 × 1
21	ピクシリンS配合錠 250mg 2錠	5 × 5
22	ベンザリン錠5mg 1錠	1 × 1
23	ボルタレンサポ50㎎ 1個	4 × 1
	SPトローチ0.25mg「明治」12錠	2 × 1
33	点滴注射	3 × 4
	F	5 × 1
	ソリターT3号輸液500mL 1袋 パンスポリン静注用1g 1瓶	64 × 6
	パンスポリン静注用1g 1瓶 Aq（注射用水）20mL 1管	54 × 1
40	液化酸素CE（0.19円×480L×1.3）÷10	7 × 1
	術後創傷処置1	8 × 1
50	G	3,600 × 9
	H	10 × 1
	閉鎖循環式全身麻酔 5・ロ 1時間45分 29日	11 × 1
	アトロピン硫酸塩注射液0.05% 1mL 1A、 ラボナール注射用0.5g 500mg 1管、 小池笑気 960g、セボフレン吸入麻酔液80mL	12 × 1
	液化酸素CE（0.19円×210L×1.3）÷10	13 × 1
	麻管 I	1,050 × 1
60	B－末梢血液一般、ESR、出血時間	14 × 1
	B－末梢血液一般、末梢血液像（自動機械法）、ESR	45 × 1
	B－TP、AST、ALT、LD、ALP、γ-GT、BUN、UA、グルコース、クレアチニン、ナトリウム及びクロール、カリウム、CK（入院初回）	15 × 1
	B－TP、AST、ALT、LD、ALP、γ-GT、BUN、CK	16 × 1
	B－CRP	16 × 2
	病理組織標本作製（組織切片）コ:扁桃	17 × 1
	I	18 × 1
	検管 III	300 × 1
70	胸部X-P（デジタル撮影）撮影1回 電画	19 × 1
	J	20 × 1
90	省略	

※高額療養費　※公費負担点数 点

97 食事・生活 基準 円× 回 特別 円× 回 食堂 円× 日 環境 円× 日

※公費負担点数 点　基準(生) 円× 回　特別(生) 円× 回

D

療養の給付	請求	※決定	負担金額
保険	点	点	円
			減額 割(円)免除・支払猶予
公費①	点	※ 点	円
公費②	点	※ 点	円

食事・生活療養	回	請求	※決定	(標準負担額)
保険	回	円	※ 円	円
公費①	回	円	※ 円	円
公費②	回	円	※ 円	円

減・免・猶・I・II・3月超

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 投薬に係る費用が包括されている入院基本料（療養病棟入院基本料等）又は特定入院料（特殊疾患病棟入院料等）を算定している患者に対して、退院時に退院後に在宅において使用するための薬剤（在宅医療に係る薬剤を除く）を投与した場合は、当該薬剤に係る費用は（薬剤料に限る）は算定できる。

22 医師事務作業補助体制加算の算定に当たって、医師事務作業補助者は、診療録管理者、若しくは診療録管理部門の業務を行っても良い。

23 膀胱がん関連遺伝子検査と同時に穿刺吸引細胞診、体腔洗浄等によるものを実施した場合は主たるもののみ算定する。

24 内視鏡下脳腫瘍生検術の施設基準において、2 年以上の脳神経外科の経験を有している常勤の医師が 5 名以上配置されていること。

25 四肢ギブス包帯について、プラスチックギブスを用いて行った場合は、当該ギブスの所定点数の 100 分の 20 に相当する点数を所定点数に加算できる。

26 睫毛抜去を両眼に行った場合、所定点数を 1 回のみ算定する。

27 抗悪性腫瘍剤局所注入において、当該局所持続注入の実施時に精密持続点滴を行った場合、精密持続点滴注射加算は算定できない。

28 他院の CT・MRI 機器を共同利用している場合、他院が届出ている基準ではなく、自院の基準で算定する。

29 心臓 MRI 撮影加算は 1.5 テスラ以上の MRI 装置のない医療機関では算定できない。

30 DPC 対象病院においては短期滞在基本料 3 を算定できない。

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	北見市常盤町3－14 TEL.0157-61-5588　FAX.0157-61-7298
143	青山建築デザイン・医療事務専門学校	060-0005	札幌市中央区北5条西14丁目1－42 TEL.011-281-4155　FAX.011-281-4215
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7－20中央校舎本館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
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	東京医薬看護専門学校	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.045-402-9878 FAX.045-402-9988
048	横浜医療情報専門学校	222-0033	横浜市港北区新横浜2－4－10 TEL.045-474-2311 FAX.045-474-2320
195	湘北短期大学	243-8501	厚木市温水428 TEL.046-247-3131 FAX.046-247-3667

【中部・北陸・東海】

コード	学校名	〒	住所・電話番号・FAX番号
051	専門学校　甲府医療秘書学院	400-0857	甲府市幸町18－12 TEL.055-232-8541 FAX.055-231-0875
052	長野平青学園	380-0918	長野市アークス1－31 TEL.026-224-8383 FAX.026-224-8451
053	上田情報ビジネス専門学校	386-8691	上田市中央3－7－5 TEL.0268-22-0255 FAX.0268-23-5459
054	松本医療福祉専門学校	390-0841	松本市渚2－8－4 TEL.0263-29-1200 FAX.0263-29-1203
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	浜松市中区中央3－10－31 TEL.053-450-6550 FAX.053-450-6580
070	中部ｺﾝﾋﾟｭｰﾀ・ﾊﾟﾃｨｼｴ専門学校	440-0895	豊橋市花園町75 TEL.0532-52-2000 FAX.0532-54-2316

コード	学校名	〒	住所・電話番号・FAX番号
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
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.06-6399-1575 FAX.06-6397-3478
086	大阪医療福祉専門学校	532-0003	大阪市淀川区宮原1－2－14 TEL.06-6393-2288 FAX.06-6392-8120
087	大阪医療秘書福祉専門学校	532-0011	大阪市淀川区西中島3－4－10 TEL.06-6300-5767 FAX.06-6300-5735
088	日本医療秘書専門学校	543-0061	大阪市天王寺区伶人町2－15 TEL.06-6772-5210 FAX.06-6772-3751
089	大阪国際福祉専門学校	543-0075	大阪市天王寺区夕陽丘町3－10 TEL.06-6771-4188 FAX.06-6771-4162
197	ユービック情報専門学校	534-0025	大阪市都島区片町2－10－5 TEL.06-4801-8750 FAX.06-4801-8751
161	関西女子短期大学	582-0026	柏原市旭ヶ丘3－11－1 TEL.0729-77-6561 FAX.0729-77-4653
090	四天王寺大学	583-8501	羽曳野市学園前3－2－1 TEL.0729-56-3345 FAX.0729-56-9960
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

コード	学校名	〒	住所・電話番号・FAX番号
092	京都栄養医療専門学校	616-8376	京都市右京区嵯峨天竜寺瀬戸川町18 TEL.075-872-8500 FAX.075-865-2875
093	奈良総合ビジネス専門学校	631-0832	奈良市西大寺新田町1－15 TEL.0742-41-5001 FAX.0742-41-5007
094	出雲医療看護専門学校	693-0001	出雲市今市町1151－1 TEL.0853-25-7034 FAX.0853-25-7679
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	専門学校岡山ﾋﾞｼﾞﾈｽｶﾚｯｼﾞ 田町ｷｬﾝﾊﾟｽ	700-0825	岡山市北区田町1－1－9 TEL.086-230-0350 FAX.086-235-1450
099	穴吹ビジネス専門学校	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
111	専門学校 徳島穴吹カレッジ	770-0852	徳島市徳島町2-20 TEL.088-653-3155 FAX.088-653-3169
150	徳島文理大学短期大学部	770-8514	徳島市山城町西浜傍示180 TEL.088-602-8518 FAX.088-602-8781
108	四国医療工学専門学校	780-0823	高知市菜園場町7－13 TEL.088-882-3000 FAX.088-882-7755
199	龍馬看護ふくし専門学校	780-0056	高知市北本町1－5－3 TEL.088-825-1800 FAX.088-875-5811
157	土佐情報経理専門学校	780-0901	高知市上町1－3－6 TEL.088-872-0111 FAX.088-872-0129
109	河原外語観光・製菓専門学校	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

【九州】

コード	学校名	〒	住所・電話番号・FAX番号
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前4－17－11 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	藤華医療事務専門学校	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
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

【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
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
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

日本医療秘書学会
第20回学術大会
2023年2月26日(日)

「今こそ問われる日本の医療」
～メディカルスタッフの未来予想図～

会場
エル・おおさか：エル・シアター
〒540-0031　大阪市中央区北浜東3-14
TEL　06-6942-0001

1．特　別　講　演
「急性期病院におけるこれからと医療秘書の役割」
社会医療法人警和会　大阪警察病院
院長　澤　芳樹

2．教　育　講　演
「令和時代、今求められる事務職員のあるべき姿とは」
社会福祉法人恩賜財団　大阪府済生会野江病院
副事務部長兼人事課長　金子　大記

3．学術大会長講演
「医療事務の現在・過去・未来、
医療ＤＸで医療現場はどう変わる？」
一般財団法人　住友病院
医事室長　西　基之

画像提供：2025年日本国際博覧会協会

4．一　般　演　題
＊12/21(水)学会ホームページにて演題案内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病院　顧問
ＮＰＯ法人　日本医師事務作業補助者協会　顧問
学術大会長　西　基之　一般財団法人　住友病院　医事室長

主催　一般財団法人　日本医療秘書学会
後援　一般社団法人　医療秘書教育全国協議会
協賛　ＮＰＯ法人　日本医師事務作業補助者協会
全国医事研究会
一般社団法人　日本施設基準管理士協会

一般財団法人　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
Email：info@mts-jp.org　http://society.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、修正を求める場合がある。

投稿規定

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

新型コロナウィルス感染症（以下コロナ）は完全な終息からはまだ程遠いですが、世界は以前とは異なり「with コロナ」と称し前を向き始めています。今号はその動きを象徴するように、医療現場でのコロナ対策と並行して、医療秘書教育の実践等、通常の教育現場の報告も盛り込まれるようになっております。

1988 年に日本医療秘書教育全国協議会が発足し、来年は 35 周年を迎えます。巻頭言は、「若い人たちに日野原先生の「医療秘書」への想いをつなぐ」と題して、浮舟邦彦理事長から賜っております。浮舟邦彦理事長と日野原重明初代会長が長年培ってこられた医療秘書教育の礎は、テクノロジーが発展している現在も、受け継がなくてはと感じております。

立川相互病院院長の高橋雅哉先生は「コロナ診療における医療者の役割」と題して、地域医療を担う医療現場のリアルなコロナ対策の現状をご紹介くださいました。またマクロ的な視点で医療費問題についても論じておられ、是非学生さん達に読んでほしいと思います。

山本まりこ先生からは、ルーブリックを用いた新しい視点の医療秘書病院実習評価の紹介となります。実習指導者の評価と学生の評価のずれが評価項目により異なるかを試行され、病院実習での課題も明らかにしています。

清水祥友先生は医療関連法規・福祉関連法規の指導法に関して、今までの教育経験も交え、テキストマイニングを用いた各教育機関の学習目標等の分析、他の医療従事者試験の概要の調査と多角的に考察されています。

坂田智代先生は「情報共有」をポイントに、三次救急指定病院における各スタッフ間の感染防護策を報告くださいました。そして医師事務作業補助者がどう関わるべきかの課題点も講じられています。

杉山勝志先生は新宿モデルという多施設連携によるコロナ対策のご紹介、一方で自院の「地域医療を守る」使命を持った取り組みも報告されています。

澄川良一先生は、メディアで医療ほど取り上げられなかった介護現場でのコロナの現状を報告くださいました。実例を交え、介護現場の「with コロナ」の困難さが理解できます。

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。細谷邦夫先生は 2022 年度診療報酬改定についてまとめてくださり、最近の医療機関の動向をご紹介くださいました。

杉山勝志先生は、医療秘書へのタスク・シフトを考えるうえで医事課の生産性を上げる取り組み、そして医療秘書の教育とリーダーシップの必要性を論じておられます。

橋本敦先生は、今後の医療福祉の需要増大に反して医療福祉業界の人的資源の不足を見据え、医療秘書への教育の在り方を提言されています。

野口孝之先生は、医療秘書を教育する教職員への教育についての報告です。専門学校内の教職員が組織的、有機的に連携することで実践的な職業教育が展開すると論じています。

今号は全体を通して「情報の共有」がキーワードになっています。医療介護現場における多職種・多施設での情報の共有、そして教育現場における教育情報の共有です。全協誌が二つの現場の貴重な情報共有の架け橋になれれば、嬉しい限りです。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

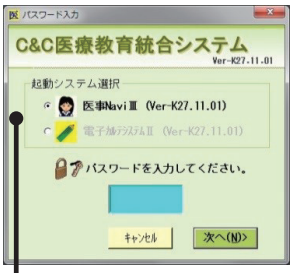
医療秘書教育全協誌
National Association of Medical Secretary Education
第 22 巻 第 1 号(Vol.22 No.1 2022.12)
2022 年 12 月 1 日発行

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NaviⅢ

【医事コンピュータシステム】
- ●レセプト電算処理システム仕様に対応
  - ・標準マスター使用（診療行為、医薬品、特定保険医療材料、傷病名等）
- ●上記による検定試験時の更新作業軽減化

【DPC ソフト】・・・下記演習用に活用
- ●包括評価部分の算定演習
- ●DPC用レセプトの作成演習
  - ・医事 NaviⅢ入院入力済みデータとの連動使用

C&C 電子カルテシステムⅡ

【電子カルテシステム】・・・下記入力等が行えます！
- ●診療所外来、病院外来・入院
- ●＜外来・入院に関連する入力＞
  - ・SOAP 形式による電子カルテ作成
  - ・処方、検査等のオーダリング
  - ・代行入力
  - ・文書作成　　など
- ●＜入院に関連する入力＞
  - ・病床 map を起点とした各種入力操作
  - ・定時、臨時の処方等操作　　など
- ●サーバーを使ったグループ演習（役割分担入力）

CARE & COMMUNICATION

開発・販売元　　ケアアンドコミュニケーション株式会社
〒170-0005　東京都豊島区南大塚 3-41-3　日写協ビル３F
TEL.03-5979-5411　FAX.03-5979-5422　　http://www.candc.cc/

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 ＤＰＣ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，（6を除き）シリーズ改訂！
●医学・医療・薬理にかかわる内容を簡潔明瞭に解説。

1 改訂 医療概論	B5判／136頁 定価2,420円	2 改訂 基礎医学	B5判／152頁 定価2,530円
3 改訂 臨床医学Ⅰ−内科	B5判／128頁 定価2,310円	4 改訂 臨床医学Ⅱ−外科	B5判／136頁 定価2,420円
5 改訂 検査・薬理学	B5判／176頁 定価2,640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
三訂 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。
●最新動向に即した三訂版。

病院経営のイノベーション

堺　常雄・髙橋淑郎　編著　B5判／240頁　定価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，バランスト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

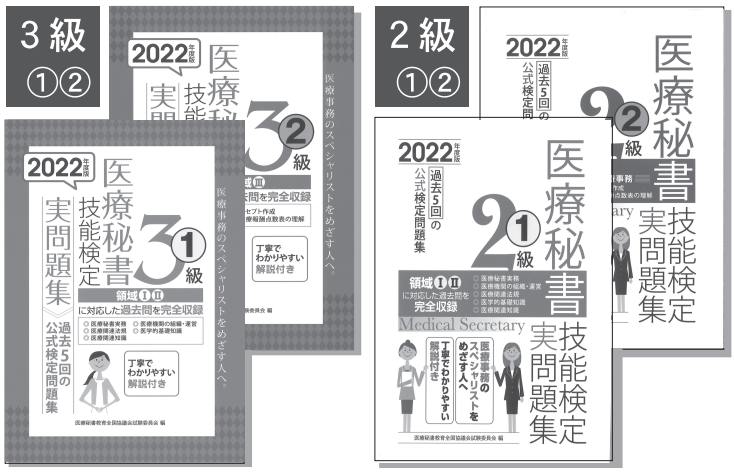
医療秘書 技能検定 実問題集 2023年度版

医療秘書教育全国協議会 編

2023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2022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2022年度版。
2023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 2023年度版

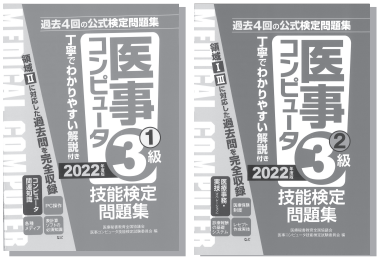
医療秘書教育全国協議会 編

2023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。

※表紙ビジュアルは2022年度版。
2023年度版はデザイン変更予定。

B５判・１色刷り



最新の2022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。

つちや書店
http://tsuchiyashoten.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@tsuchiyashoten.co.jp

医療・福祉分野の英語を学び、対人援助のスペシャリストを目指す！

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

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

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

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

福祉英語検定試験の試験日程　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。

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

3級

《合格者の英語スキル》

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

《テスト内容》

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

4級

《合格者の英語スキル》

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

《テスト内容》

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

※各セクションの出題形式は、予告なく変更される場合があります。

【出題分野】

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

※2級、（準）1級は、現在開発中

検定試験、対策教材についてのお問い合わせ

SWEET SOCIAL WORKERS' ESSENTIAL ENGLISH TEST

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

一般社団法人
日本施設基準管理士協会

医療現場の
未来を支える人材を

施設基準管理士®は施設基準の届出等を
総合的に管理・運用する医療マネジメント職として
日本で唯一の資格

施設基準と聞いて「解釈が難しい」「ルールが複雑だ」「どのように勉強したらよいのか分からない」と思われる方も多いのではないでしょうか。

日本施設基準管理士協会では、こうした不安を少しでも解消するために、施設基準を体系的に学び日常業務や現場運用の精度向上を図る資格制度「施設基準管理士」を創設しました。

ぜひ、医療現場で求められる施設基準のプロフェッショナルを目指してみませんか？

**医療機関の施設基準を
総合的に管理する
プロフェッショナル**

安心・安全で高度な医療が広く提供されるために、
病院の施設基準を総合的かつ適正に管理・運用する、
それが**「施設基準管理士」**のミッションです。

※施設基準管理士につきましては
右の QR コードを読み取り、
当協会ホームページをご覧ください。

施設基準管理士は全国各地の医療機関で
施設基準管理のプロフェッショナルとして活躍しています。
（2022 年 11 月現在　登録者数　782 名）

一般社団法人
日本施設基準管理士協会

〒100-0014 東京都千代田区永田町 1-11-1 三宅坂ビル
TEL：03-5860-9821　FAX：03-5860-9868
E-mail：info@shisetsukijun.org