

医師事務作業補助者コース 第18期生募集のご案内

医師事務作業補助体制加算の指定要件（32時間研修）対応

本会諸事業については、格別のご協力、ご支援を賜り厚く御礼申し上げます。
さて、本会診療情報管理士教育委員会では、医師の事務作業を補助する専従者を養成するため、「医師事務作業補助者コース」を設置し、「医師事務作業補助体制加算」を申請する際に必要となる要件を満たした研修を実施いたします。
現在行われている東京、大阪、福岡会場に加え、日本病院会支部にご協力いただき、今期は新たに静岡県において開催することとなりました。
つきましては、下記のとおり募集いたしたく、多数ご参加くださいますようご案内申し上げます。



一般社団法人日本病院会
会長 相澤 孝夫



診療情報管理士教育委員会
委員長 武田 隆久

開催地
・
日時
・
会場

(1) 東京開催：平成30年 6月23日（土） 9:00～18:00
24日（日） 8:45～17:35

■笹川記念会館（〒108-0073 東京都港区三田3-12-12）

(2) 大阪開催：平成30年 6月23日（土） 9:00～18:00
24日（日） 8:45～17:35

■大阪アカデミア（〒559-0034 大阪市住之江区南港北1-3-5）

(3) 静岡開催：平成30年 7月21日（土） 9:00～18:00
22日（日） 9:00～17:00

■静岡県産業経済会館（3階）（〒420-0853 静岡県静岡市葵区追手町44-1）

(4) 福岡開催：平成30年 7月28日（土） 9:00～18:15
29日（日） 9:00～17:05

■国立病院機構九州医療センター（〒810-0065 福岡県福岡市中央区地行浜1-8-1）

（時間は予定です。詳細は後日送付する時間割にてご確認ください。）

対象者

病院管理者が認めた者

※病院管理者とは、原則、院長または理事長とする。

参加費

30,000 円（消費税込）

- 教材、研修会費を含みます。
- 受講受理通知を受けてから納入のこと。（受理通知は申込締切後発送予定）
- 既納の受講料は返却できません。

募集定員

東京：500名、大阪480名、静岡120名、福岡200名

※定員に達した場合は先着順となります。

申込締切

平成30年4月27日（金）（必着）

申込方法

申込用紙（別紙1）と承諾書（別紙2）、個人情報等の取り扱いに関して（別紙3）に必要事項を記入し、下記まで郵送にてお申し込みください。

日本病院会通信教育課 医師事務作業補助者コース係 宛
〒102-8414 東京都千代田区三番町9-15 ホスピタルプラザビル4F
お問い合わせ：TEL 03-5215-6647 FAX 03-5215-6648

修了証

所定の研修項目を履修した方へは一般社団法人日本病院会の修了証を発行いたします。

（平成30年9月末日付、10月中旬以降発送予定）

※会場および日程は、会場の都合等によりやむを得ず変更する場合がありますので、連絡物にご注意ください。

※お申込後、受講受理通知（受講料請求書、時間割 同封）をお送りします。

〈お申込み・お問合せ〉

〒102-8414 東京都千代田区三番町9-15 ホスピタルプラザビル

日本病院会 医師事務作業補助者コース係

電話：03-5215-6647 FAX：03-5215-6648

研修内容

研修の内容は以下の項目に係る基礎知識を習得します。

- ① 医師法、医療法、医薬品医療機器法、健康保険法等の関連法規の概要
- ② 個人情報の保護に関する事項
- ③ 当該医療機関で提供される一般的な医療内容及び各配置部門における医療内容や用語等
- ④ 診療録等の記載・管理及び代筆、代行入力
- ⑤ 電子カルテシステム（オーダリングシステムを含む）

1. 研修会の項目と時間（14 時間分）2 日間（※教材配布 6 月上旬～中旬頃）

研修項目	時間
(1) 医師事務作業補助者のあり方と接遇・個人情報の保護	1.5 時間
(2) 診療支援業務と配置部署における診療の流れ	1.5 時間
(3) 医療情報システムと電子カルテ（診療録の記載・管理・がん登録含む）	1.5 時間
(4) 保険診療概要	1.5 時間
(5) 医師法、医療法、健康保険法等の関連法規の概要	1.5 時間
(6) 医学一般と感染対策	1.5 時間
(7) 医療安全	1 時間
(8) 薬剤の基礎知識（処方せん知識）	1.5 時間
(9) 検査一般の知識	1 時間
(10) 診断書・証明書等の実務	1.5 時間

* 本コースは医師事務作業補助体制加算の施設基準の研修時間 32 時間に沿っているため、上記全項目の研修への出席が必修となります。

研修会当日の遅刻、早退は認められませんので、十分ご注意ください。

2. 院内研修レポートの項目（18 時間分）（※レポート配布 6 月上旬～中旬頃＜教材同封＞）

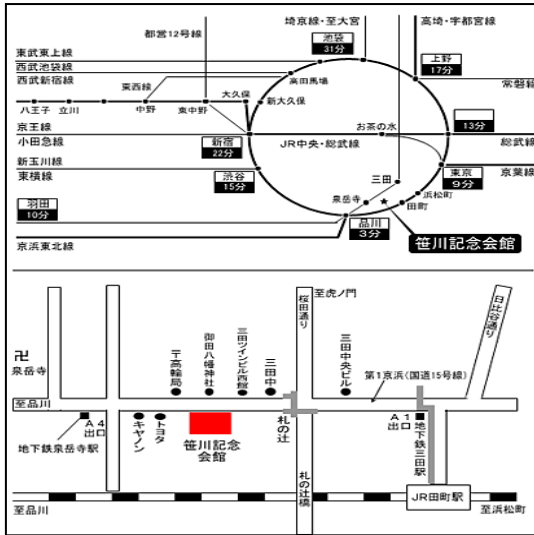
(1) 医師事務作業補助者のあり方と接遇	2 時間
(2) 配置部署における診療の流れ（検査一般の知識含む）	2 時間
(3) 医療情報システムと電子カルテ（診療録の記載・管理含む）	2 時間
(4) 個人情報の保護に関する事項	2 時間
(5) 医師法、医療法、健康保険法等の関連法規の概要	2 時間
(6) 医学一般と感染対策	2 時間
(7) 医療安全	2 時間
(8) 院内がん登録概要、登録手順、データ活用	2 時間
(9) 診断書・証明書等の実務	2 時間

(1) 東京開催

・平成 30 年 6 月 23 日 (土) ・24 日 (日)

会場：笹川記念会館

住所：〒108-0073 東京都港区三田 3-12-12



JR 田町駅 (三田口)、都営地下鉄三田線三田駅より徒歩 15 分
都営地下鉄浅草線泉岳寺駅より徒歩 5 分 (A4 出口右へ)

(2) 大阪開催

・平成 30 年 6 月 23 日 (土) ・24 日 (日)

会場：大阪アカデミア

住所：〒559-0034 大阪市住之江区南港北 1-3-5



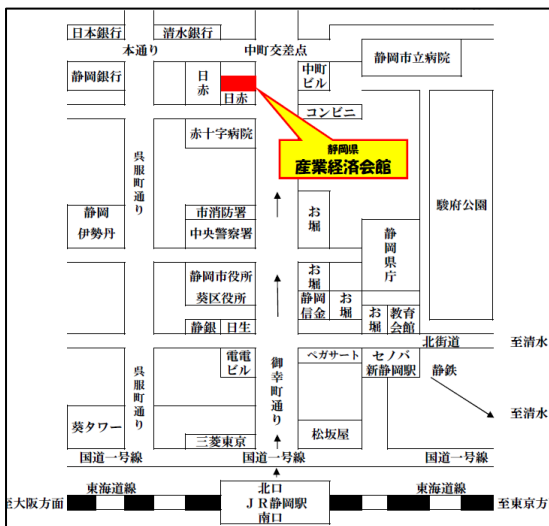
ポートライナー・地下鉄中央線コスモスクエア駅から直通シャトルバスにて 5 分
(徒歩約 20 分)、ポートライナー・ポートタウン西駅から徒歩約 12 分、
ポートライナー・ポートタウン東駅から 徒歩約 12 分

(3) 静岡開催

・平成 30 年 7 月 21 日 (土) ・22 日 (日)

会場：静岡県産業経済会館 (3 階)

住所：〒420-0853 静岡県静岡市葵区追手町 44-1



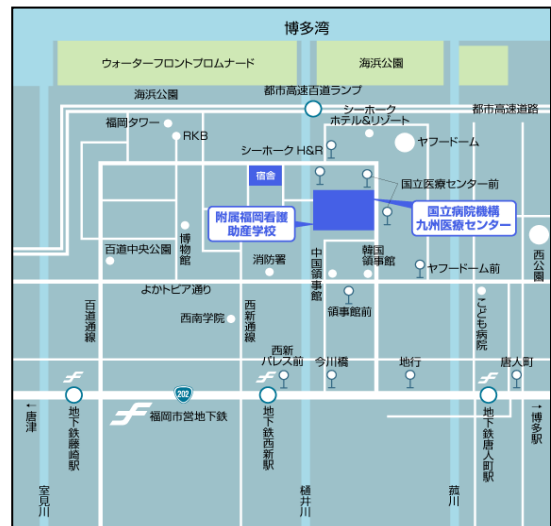
J R 静岡駅「北口」より徒歩「15 分」、バス「5 分」
(J R 静岡駅「北口」バス乗り場は「10 番」)

(4) 福岡開催

・平成 30 年 7 月 28 日 (土) ・29 日 (日)

会場：国立病院機構九州医療センター

住所：〒810-0065 福岡県福岡市中央区地行浜 1-8-1



浜浜・唐津方面行き地下鉄に乗りし唐人町駅または
西新駅にて下車 徒歩 15 分

1 8

*受付番号

医師事務作業補助者コース 第 18 期生受講申込書


<記入に関する注意>

- ・ 写真を必ず貼付けてください
- ・ 黒のボールペンを使用し、楷書体で丁寧に記入してください
- ・ □は黒く塗りつぶしてください（良い例:■ 悪い例:☒）
- ・ フリガナの濁点、半濁点は 1 マス使用して記入してください

お名前旧字体はありますか □ある □ない
 ※「ない」の場合は新字体での登録となります。
 ※旧字体は証状発行時のみに使用します。(通常の郵便物等は新字体となります)

<写真貼付>
 1. 縦 4cm×横 3cm
 2. 本人単身、上半身
 正面脱帽カラー
 写真(白黒不可)
 3. 裏面に氏名、生年
 月日を記載

申込書記入日 平成 3 0 年 月 日

	姓		名		捺印 
フリガナ(カタカナ記入)					
氏名 <small>(旧字体は正確に記入してください)</small>					
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女				
生年月日(西暦)	年	月	日		
最終学歴	<input type="checkbox"/> 高校 <input type="checkbox"/> 専門学校 <input type="checkbox"/> 短期大学 <input type="checkbox"/> 大学 <input type="checkbox"/> 大学院		最終学歴学校名		
卒業年月日(西暦)	年	月	日		
診療情報管理士	認定番号 ※認定者のみ記入				
	通信教育受講番号 ※受講者のみ記入				
希望会場	<input type="checkbox"/> 東京 <input type="checkbox"/> 大阪 <input type="checkbox"/> 静岡 <input type="checkbox"/> 福岡				* 個人情報については、「日本病院会における個人情報保護方針」に基づき、通信教育に関連する業務に限り使用します。 「日本病院会における個人情報保護方針」に同意の上、記入してください。(https://www.hospital.or.jp/privacy/)
郵便物送付先(1つ選択)	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅				
日中電話連絡先	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯				

自宅住所	〒	-		
マンション・アパート名				
自宅電話番号		-	-	
携帯番号		-	-	
自宅 e-mail	@			

勤務先(派遣先)名				
勤務先(派遣先)所属				
勤務先(派遣先)住所	〒	-		
勤務先(派遣先)電話番号		-	-	
勤務先(派遣先)e-mail	@			
派遣元会社名 <small>*派遣社員の場合のみ記入</small>				

平成 年 月 日

承諾書

病院名 _____

氏名 _____

一般社団法人日本病院会「医師事務作業補助者コース」の研修内容を当院の医師事務作業補助者研修として認め、上記の者が受講することを承諾します。

平成 年 月 日

診療情報管理士教育委員会
委員長 武田 隆久 殿

病院名 _____

役職 _____

氏名 _____ (印)

注) 承諾署名・押印者は、病院管理者（原則、院長または理事長）であること。

個人情報等の取り扱いに関して

日本病院会主催 医師事務作業補助者コースにおきまして、下記によりあなたの肖像（受講風景等の画像）ならびに個人情報を利用させていただきたく、内容をご確認のうえ、ご承諾いただきますようお願い申し上げます。

なお、写真等の掲載および個人情報の取り扱いについては、肖像権並びに個人情報保護の観点から本会として万全の措置を取らせていただきます。

記

1.個人情報の利用目的について

肖像並びに個人情報の使用について一般社団法人日本病院会は、受講者からご提示いただいた名前、住所、電話番号、性別その他の受講者個人に関わる情報（以下「個人情報等」）を、日本病院会 医師事務作業補助者コースに関する受講者への連絡、受講者管理、修了証の作成に利用させていただき、受講者の承諾なく、他の目的には利用いたしません。

2.個人情報の委託について

一般社団法人日本病院会は、医師事務作業補助者コース開催に伴いお預かりした個人情報等を、以下のいずれかに該当する場合を除き、取り扱いを委託することはありません。

- ・連絡物の作成、発送を業者に委託する場合

3.個人情報の提供の任意性について

個人情報の提供がされない場合、受講することが出来ません。

4.個人情報の開示等について

一般社団法人日本病院会は、個人情報等の開示、変更、削除の求めがあった場合には、受講者ご本人であることをご確認させていただいたうえで、すみやかに対応いたします。また、入講後は、個人情報等を含む受講申込書類一式は原則、返却いたしません。

個人情報管理管理者

以上

「個人情報等の取り扱いに関して」に同意いただけましたら、以下の承諾書にご自署願います。

平成 30 年 3 月 1 日

一般社団法人 日本病院会
診療情報管理士教育委員会
委員長 武田 隆久

個人情報等の使用に係る同意書

「日本病院会主催医師事務作業補助者コース 個人情報等の取り扱いに関して」に同意します。

平成 3 0 年 月 日

勤務先名： _____

ご署名： _____