

診療情報管理士・診療情報管理士通信教育の修了者 対象

## 医師事務作業補助者 基礎知識研修 修了証発行のご案内

平成 30 年 10 月、厚生労働省より、疑義解釈として右記のとおり、医師事務作業補助者が配置前に基礎知識を習得するための適切な内容の研修を既に受けている場合は、再度基礎知識を習得するための研修を行う必要はない旨、発出されました。診療情報管理士は現行の教育カリキュラム内にて、すでに医師事務作業補助体制加算に関する施設基準に基づく所定の基礎知識を学習しています。

診療情報管理士・診療情報管理士通信教育の修了者（詳細は下記）は、基礎知識を習得するための研修は受講済みとして、所定の申請により、基礎知識研修修了証が発行されます。申請方法や対象等につきましては、以下のとおり、ご案内申し上げます。

※ 医師事務作業補助体制加算の取得には、①基礎知識習得と②新たに医師事務作業補助者を配置してから 6 か月間、業務内容についての研修の実施が必要となります。このご案内は、①基礎知識研修の修了証明のみとなり、②業務内容についての研修は、施設での実施となります。

### 厚生労働省 保険局医療課 疑義解釈資料の送付について（その 8）

-----問 3-----

#### 【医師事務作業補助体制加算】

区分番号「A 2 0 7 - 2」医師事務作業補助体制加算について、「疑義解釈の送付について」（平成 20 年 5 月 9 日付け事務連絡）の問 8 において、基礎知識習得については、適切な内容の講習の時間に代えることは差し支えないとされているが、医師事務作業補助者が新たに配置される前に基礎知識習得に係る研修を既に受けている場合には改めて研修を受ける必要があるのか。

答）医師事務作業補助者を新たに配置する前に、**当該医師事務作業補助者が基礎知識を習得するための適切な内容の研修を既に受けている場合は、当該医師事務作業補助者に再度基礎知識を習得するための研修を行う必要はない。ただし、業務内容についての 6 ヶ月間の研修は実施すること。**

《平成 30 年 10 月 9 日発出》

### 対象者

- 診療情報管理士(※1) • 診療情報管理士通信教育の修了者(※2)

※1：平成 20 年 5 月 1 日以降認定の診療情報管理士（認定番号：13405 以降の方）。

※2：平成 17 年 7 月以降（編入生は平成 18 年 7 月以降）入講の診療情報管理士通信教育の修了者。

※3：指定大学および指定専門学校を卒業した場合は、診療情報管理士の認定者（※1 の条件を満たす方）を対象とします。

### 申請料

5,500 円（申請料 5000 円 税 500 円）

- 修了証、比較対照表、修了証発行手数料として • 既納の申請料は返却できません。

### 申請 方法

1. 以下のいずれかの方法で申請してください。

<eメール> 件名を「医事補修了証の申請」とし、本文に裏面（申請書）の必要事項の①～⑥を入力の上、送信してください。

送信先アドレス：shinryo@hospital.or.jp

<郵送> 裏面（申請書）に必要事項を記入し、返信用長 3 封筒（84 円切手を貼付してください）を同封して、以下に送付してください。

宛先：日本病院会 医事補修了証申請係

〒102-8414 東京都千代田区三番町 9-15 森ビルプラザビル 4F

2. 申請書受理後、受付番号を事務局から返信します。
3. 受付番号を確認後、裏面の口座に申請料をお振込みください。
4. 申請料の入金確認後、修了証と比較対照表を送付します。

## 【eメールの場合】 送信先：shinryo@hospital.or.jp

件名を「医事補修了証の申請」とし、以下の①～⑥を入力して送信してください。

- ①氏名
- ②診療情報管理士認定番号 または 通信教育受講番号
- ③送付先郵便番号・住所 および 勤務先名・所属（送付先が勤務先の場合のみ）
- ④送付先電話番号
- ⑤申請料の振込予定日
- ⑥「個人情報等の取扱いに関して」の同意の有無（同意する・しないの記載。同意しない場合、発行できません）

## 【郵送の場合】

以下の申請書を記入し、返信用の長3封筒（84円切手貼付）を同封して送付してください。

宛先：日本病院会 医事補修了証申請係 〒102-8414 東京都千代田区三番町9-15 本社ビル4F

## 「医師事務作業補助者 基礎知識研修 修了証」申請書

記入日： 年 月 日

姓		名	
フリガナ			
①氏名			
②診療情報管理士認定番号		②通信教育受講番号	
③送付先住所	〒		
③勤務先名・所属 ※送付先が勤務先の場合のみ			
④送付先電話番号		⑤申請料の振込予定日	月 日
⑥「個人情報等の取扱いに関して」の同意の有無	<input type="checkbox"/> 同意します ※ <input checked="" type="checkbox"/> チェックを入れてください。チェックがない場合は発行できません。		

▼個人情報等の使用に係る同意（下記【個人情報等の取扱いに関して】に同意いただけましたらチェック願います。チェックがない場合は申し込みできません）

### 【個人情報等の取扱いに関して】

一般社団法人日本病院会診療情報管理士教育委員会は、下記により貴殿の個人情報等を取り扱います。内容を確認のうえ、ご承諾いただきますようお願いいたします。

- 個人情報の利用目的について：貴殿から提示いただいた氏名、住所、電話番号、メールアドレス、顔写真など個人を識別できる情報（以下「個人情報」という）の利用目的は以下の通りとし、貴殿の承諾なく目的外の利用は行いません。
  - ・申し込みいただいた教育等の提供のため
  - ・申し込みいただいた試験の実施のため
  - ・修了もしくは認定の管理のため
  - ・教育、試験、修了および認定等に関する受講料、受験料、認定料等のお支払い手続きのため
  - ・各種問い合わせ対応、案内のため
- 個人情報の第三者提供について：取得した個人情報を、以下に該当する場合を除き、第三者へ提供することはありません。
  - ・上記1の利用目的の範囲内において、必要に応じて厳正に管理された委託先に個人情報の取り扱いを委託する場合
- 個人情報の提供の任意性について：個人情報の開示、変更、削除の求めがあった場合には、貴殿からの申し出であることを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。
- 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は、上記1の教育、試験、修了および認定等を受けることはできません。
- その他：事業の記録および紹介の目的で、個人の特定ができない範囲で講義風景等の写真、映像を撮影、使用することがあります。

### ▼振込先

郵便局備え付けの振込用紙（青印字）を利用し、  
申請者氏名と受付番号を必ず記入してください。

《郵便振替》

□座番号：00190-5-396045

□座名：一般社団法人 日本病院会 通信教育部

### 事務局記入欄

受理日： 年 月 日 担当：

受付番号