

2019年4月吉日

病院長 様  
医師事務作業補助者 ご担当者 様

特定非営利活動法人 日本医師事務作業補助研究会  
第8回石川地方会のご案内

拝啓 時下ますますご健勝のこととお喜び申し上げます。

平素は本会に格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

本会石川県支部は、2012年に発足し、実務者の継続教育と交流推進を目的として地方会を重ね、本年度で8回目となります。これまでは、書類や教育・チーム医療・ヒヤリハットなどをテーマとし、実務者のスキルアップに努めてまいりました。

昨今、医師の働き方改革が推進される中、医師のタスクシフトの要として医師事務作業補助者の役割が注目され、医師事務作業補助者が行う業務の一つである代行入力は、今や医師の負担軽減のための必須業務となっております。そこで今回は「代行入力について学ぼう」をテーマとし、基調講演とパネルディスカッションのプログラムをご用意いたしました。「代行入力」の業務開拓や業務改善へつなげ、スキルアップを目指す機会になればと考えております。

ご多忙中とは存じますが、万障お繰り合わせの上ご参加下さいますようお願い申し上げます。

敬具

特定非営利活動法人 日本医師事務作業補助研究会  
理事長 矢口 智子  
石川県支部長 北野 裕枝  
石川県支部世話人一同

特定非営利活動法人 日本医師事務作業補助研究会 第8回石川地方会

テーマ 「 代行入力について学ぼう 」

2019年5月25日(土) 14:00~17:00 (13:30受付開始)



プログラム

- 14:00 開会の挨拶 石川県支部世話人 山本 信孝 (金沢脳神経外科病院 副院長)
- 14:05 石川県支部活動報告  
石川県支部長 北野 裕枝 (金沢脳神経外科病院 臨床支援課)
- 14:15 講演「清く明るく正しい医師事務・クラークの代行入力と電子カルテ業務」  
座長：勝木 保夫 (やわたメディカルセンター 理事長)  
講師：今田 光一 (高岡整志会病院 関節鏡・スポーツ整形外科部長)
- 15:15 休憩
- 15:30 パネルディスカッション 「外来における代行入力について ~それぞれの立場から~」  
外来における代行入力(診療録・オーダー等)について、医師や管理者からの見解や、各医療機関および加算対象外のクリニックにおける取り組みについて事例報告を行います。  
  
座長：上田 博 (芳珠記念病院 名誉院長)  
矢口 智子 (日本医師事務作業補助研究会理事長)  
パネリスト：岡田 俊英 (石川県立中央病院 院長)  
今田 光一 (高岡整志会病院 関節鏡・スポーツ整形外科部長)  
鷺尾 留美 (恵寿総合病院 医療秘書課長)  
竹田 麻里 (浅ノ川総合病院 医療秘書室)  
紺井 恭子 (多賀クリニック 事務)
- 16:55 閉会挨拶 石川県支部世話人 水野 恭嗣 (能美市立病院 院長)

参加費

会員：1,500円 一般：3,000円 対象者：実務者・配置管理者・医師・関係者  
※参加費は当日受付にてお支払いください。

申し込み

締切日：2019年5月10日(金) 定員：200名

事前に申し込みが必要となります。参加を希望される方は、参加申込書に必要事項を記入の上、FAXにてお申し込みください。

会場案内



会場：石川県地場産業振興センター  
新館コンベンションホール  
(金沢市鞍月2丁目1番地)

## 懇親会のご案内

地方会の終了後、懇親会をご用意させていただきました。  
季節のお野菜と石川自慢の食材を使用した美味しいお料理とお酒をお楽しみ頂きながら、  
楽しい親睦の会にしたいと思っております。  
皆さまどうぞ、ご参加ください。

### 日本医師事務作業補助研究会 第8回石川地方会 【懇親会】

日時：2019年5月25日（土） 18:00~20:00

場所：八兆屋（石川県庁前店）※地場産業センターより車で2分、徒歩10分  
石川県金沢市西都1丁目96番地 TEL:076-267-1186

会費：4,500円（税込み）飲み放題2時間付き

（懇親会会場にてお支払いください。領収書を発行致します。）

※会場の都合上、当日参加の受付は出来ません。予めお申込み下さい。

※送迎バスの用意はございませんのでご了承ください。駐車場75台あり。

※なお、申し込み後のキャンセル等の変更がある場合は、5月17日（金）までに下記まで、ご連絡下さい。



お問合せ先：芳珠記念病院 医療サービス課  
新井・下出  
TEL: 0761-51-5551 (代)

# 第8回石川地方会 参加申込書 (2019年5月25日開催)

|                              |             |        |   |                              |
|------------------------------|-------------|--------|---|------------------------------|
| 病院名                          |             |        |   |                              |
| 住所                           |             |        |   |                              |
| 電話番号                         |             |        |   |                              |
| FAX 番号                       | ※必ずご記入ください。 |        |   |                              |
| (ふりがな)<br>参加者氏名              | 所属          | 職名(役職) | 会員/非会員<br>※会員番号をご明記ください                 | 懇親会参加                        |
| ( )                          |             |        | <input type="checkbox"/> 会員<br>(会員番号: ) | <input type="checkbox"/> する  |
|                              |             |        | <input type="checkbox"/> 非会員            | <input type="checkbox"/> しない |
| ( )                          |             |        | <input type="checkbox"/> 会員<br>(会員番号: ) | <input type="checkbox"/> する  |
|                              |             |        | <input type="checkbox"/> 非会員            | <input type="checkbox"/> しない |
| ( )                          |             |        | <input type="checkbox"/> 会員<br>(会員番号: ) | <input type="checkbox"/> する  |
|                              |             |        | <input type="checkbox"/> 非会員            | <input type="checkbox"/> しない |
| ( )                          |             |        | <input type="checkbox"/> 会員<br>(会員番号: ) | <input type="checkbox"/> する  |
|                              |             |        | <input type="checkbox"/> 非会員            | <input type="checkbox"/> しない |
| ( )                          |             |        | <input type="checkbox"/> 会員<br>(会員番号: ) | <input type="checkbox"/> する  |
|                              |             |        | <input type="checkbox"/> 非会員            | <input type="checkbox"/> しない |
| ※代行入力でお聞きしたいことなどがあればご記入ください。 |             |        |   |                              |

※5名以上での参加申し込みの場合は、恐れ入りますがこちらの用紙を複写しご利用してください。

**※2019年5月10日(金)までにFAXでお申し込みください。**

※受付完了のお知らせをFAXにて返信いたします。1週間経過して返信のない場合は、お手数ですが問い合わせ先までご連絡お願いいたします。

FAX : 0761-51-5557

芳珠記念病院 医療サービス課 (新井・下出)

E-mail : r-shien@houju.jp TEL:0761-51-5551 (代)