

# 医事課職員のための実務習得コース

## ① 医事課の基礎実務編 ② レセプト請求編

□日 時：① 2019年 6月20日(木) 10:00～17:00 (6H)  
② 2019年 6月21日(金) 10:00～17:00 (6H)

□講 師：COMフレンズ合同会社代表  
**奥村 慶雄氏**  
株式会社メディサイト 代表取締役  
**松村 眞吾氏**

□会 場：本会関西本部内 専用教室（下記案内図参照） □主 催：一般社団法人 日本経営協会  
大阪市西区靱本町1-8-4 大阪科学技術センタービル内

### □開催にあたって

医事課における診療報酬請求事務は、医療機関の収入に関わる重要な業務です。そのため、医事課職員は各種医療保険や制度について理解し、医療政策の変化を把握して業務を遂行していくことが必要となります。

本コースは、医事課業務の基本から実務に携わる上で必要となる知識を、2日間で身につけていただく内容となっております。

①医事課の基礎実務編(1日目)は、医事課職員の役割や業務を行う上で必須の知識・法律について、算定要件や施設人員基準について基礎から解説いたします。その上で、②レセプト請求編(2日目)は、実際のレセプト請求の流れや特に注意すべき項目について学んでいただくと共に、近年導入が進んでいるDPCについても解説を加えます。また、質疑応答を通して、参加者の皆様が抱えておられる実務課題についても検討を行います。

### 講師紹介

[レクチャー担当]

COMフレンズ合同会社代表

**奥村 慶雄氏**

1976年 日本福祉大学社会福祉学部Ⅱ部卒業。在学中に有床診療所の医事業務を経験。卒業後、大阪府保険医協会に入社。2013年3月退職(社保、経営など37年間勤務)。1989年～2018年 日本福祉大学社会福祉実習教育研究センター講師(実習指導)。2013年4月 医療と福祉介護を融合する重要性を認識し、コンサルタントではなくコーディネート業として「COMフレンズ」を創業。障害者相談支援事業、障害者と老人の訪問介護事業を開設。

[コーディネーター]

株式会社メディサイト 代表取締役

**松村 眞吾氏**

慶應義塾大学商学部卒業。神戸大学MBA。会社勤務を経て、2002年 株式会社メディサイトを設立。医療法人KFCC勝川ファミリークリニック事務長、大阪市立大学大学院経営学研究科特任教授、同 医学部附属病院アドバイザーなどを経て、2018年4月より横浜市立大学大学院国際マネジメント研究科特任教授。関西学院大学「地域医療経営人材育成プログラム」講師なども務める。幾つかの医療法人顧問を務めながら、医療経営に関する執筆、講演多数。

### ■ 申込要領 ■

参加料：  
(1名につき)

|      |              | 参加料      | 消費税等    | 合 計      |
|------|--------------|----------|---------|----------|
| 本会会員 | 全コース受講（2日間）  | 40,000 円 | 3,200 円 | 43,200 円 |
|      | ①②を選択受講（1日間） | 25,000 円 | 2,000 円 | 27,000 円 |
| 一 般  | 全コース受講（2日間）  | 46,000 円 | 3,680 円 | 49,680 円 |
|      | ①②を選択受講（1日間） | 28,000 円 | 2,240 円 | 30,240 円 |

申込方法：裏面の参加申込書に必要事項を記入のうえ、郵送又はFAXにて下記へお申込みください。追って、参加料と振込口座名を記載した請求書をご派遣責任者までお送りします。

参加料は開催の3営業日前までに必ずお振込みください。

(経理処理の都合等にて遅れる場合にはご一報ください)

●領収書は「振込金受領書」をもってかえさせていただきますのでご了承ください。

●電話では、ご予約のみ承ります。(後日、必ず申込書をご送付ください)

●振込み手数料は貴社(団体)にてご負担ください。

#### キャンセルについて

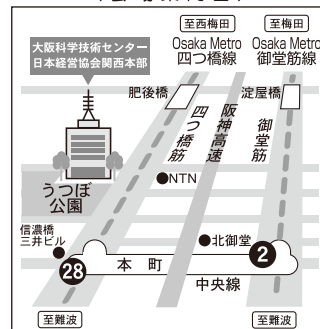
開催日の3営業日前からは受講料(税込)の30%、開催当日は100%をキャンセル料として申し受けます。なお、当日まで連絡なくご欠席の場合も、100%のキャンセル料となりますので、あらかじめご了承ください。

そ の 他：●教材は原則として当日お渡しいたします。  
●ご参加者が定員を超えた場合や(講師と)同業の方からのお申込みはお断りする場合があります。  
●録音・録画・写真撮影は原則としてお断りいたします。  
●参加者が少人数の場合、中止もしくは延期させていただく場合がございます。中止の場合は、ご入金いただいた参加料を全額返金いたします。

お申込・お問合せ先：一般社団法人 日本経営協会 関西本部 企画研修グループ 担当：田中

〒550-0004 大阪市西区靱本町1-8-4 大阪科学技術センタービル5階 URL <https://www.noma.or.jp/kansai/>  
TEL 06(6443)6962(ダイヤルイン) FAX 06(6441)4319 E-mail [ksosaka@noma.or.jp](mailto:ksosaka@noma.or.jp)

#### 〈会場案内図〉



- 大阪方面よりお越しの場合
  - ▶四つ橋線「本町」駅下車(28号出口)北へ徒歩5分
- 新大阪方面よりお越しの場合
  - ▶御堂筋線「本町」駅下車(2号出口)西へ徒歩8分
- なんば方面よりお越しの場合
  - ▶四つ橋線「本町」駅下車(28号出口)北へ徒歩5分
  - ▶御堂筋線「本町」駅下車(2号出口)西へ徒歩8分

| I 医事課の基礎実務編<br>6月20日(木)10:00～17:00(6H)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | II レセプト請求編<br>6月21日(金)10:00～17:00(6H)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <div>1. 医事課の役割と業務内容</div> <div>(1) 医事課の役割、目的、実務</div> <div>(2) 医療機関と医療スタッフの専門用語・略語</div> <div>2. 医療保険制度の基礎</div> <div>(1) 日本の医療保険制度<br/>(職域の医療保険と国民健康保険)</div> <div>(2) 医療法、健康保険法、福祉各法（公費負担制度）<br/>の給付</div> <div>3. 診療報酬の算定／施設人員基準</div> <div>(1) 入院診療の算定原則<br/>入院基本料／入院基本料加算／特定入院料／<br/>DPCの基本</div> <div>(2) 外来診療の算定原則</div> <div>① 初診料／再診料／外来診療料</div> <div>② 出来高算定の基本と加算要件</div> <div>③ 労災特掲診療費と特例算定の概要</div> <div>(3) DPCの仕組みと院内部署の連携</div> <div>① DPCの基本及び専門用語とその意味</div> <div>② 分類コードと診断群の判定</div> <div>③ 出来高部分の算定</div> | <div>1. 診療報酬請求から支払いまでの道筋</div> <div>(1) 審査のしくみ<br/>～突合・縦覧点検から査定、再審査まで</div> <div>(2) 指導と監査</div> <div>(3) レセプト記載要領とレセプトチェック</div> <div>2. 施設人員基準とその管理</div> <div>(1) 基本診療料 とくに入院基本料の施設基準管理<br/>病棟の種別と看護要員数、入院患者数、平均在<br/>院日数、平均夜勤時間数、重症度・医療・看護<br/>必要度、医療区分、特定入院料と届出事項など</div> <div>(2) 特掲診療料 ～画像診断や特殊な検査、医学管理、<br/>地域・在宅支援を中心に</div> <div>3. 急性期病院の取り組みとそのモデル</div> <div>(1) ストラクチャー評価からアウトカム評価へ<br/>機能評価係数Ⅱ等機能評価の留意点<br/>重症度、医療・看護必要度の留意点</div> <div>(2) 在宅療養支援病院、同後方支援病院などの取組み</div> <div>4. 実践的質疑応答</div> <div>ご参加者の皆さまから事前にお寄せいただいた質問事項に<br/>ついて検討いたします。</div> |
| <div>&lt;お願い&gt; II（レセプト請求編）に申込みをされた方には、事前に質問用のフォーマットをお送りしますので、開催の約1週間前までにご回答ください。</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

※出張研修も承っております。裏面のお申込先までお問い合わせ下さい。(3)

FAX (06)6441-4319 一般社団法人 日本経営協会・関西本部企画研修グループ(田中) 宛

|                                                                                                                  |  |                                     |  |                     |                                                           |                                                  |   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------|--|---------------------|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|---|
| NOMA                                                                                                             |  | 「医事課職員のための実務習得コース」参加申込書(2706・07・08) |  |                     | 2019.6/20(Ⅰ)<br>6/21(Ⅱ)<br>43,200/49,680<br>27,000/30,240 |                                                  |   |
| (フリガナ) 病院名:                                                                                                      |  | TEL( )                              |  | —                   |                                                           | 病 床 数:                                           | 床 |
| (フリガナ) (〒 ) 所在地:                                                                                                 |  | FAX( )                              |  | —                   |                                                           | ご派遣責任者:                                          |   |
|                                                                                                                  |  |                                     |  |                     |                                                           | 所属・役職:                                           |   |
| 参 加 者 氏 名                                                                                                        |  | 所 属 ・ 役 職 名                         |  | 受講講座<br>(○印をおつけ下さい) |                                                           | ●お支払い方法<br>□ 銀行振込<br>□ その他<br>ご請求先(ご担当)<br>(ご所属) |   |
| (フリガナ)                                                                                                           |  |                                     |  | 全 I II              |                                                           |                                                  |   |
| (フリガナ)                                                                                                           |  |                                     |  | 全 I II              |                                                           |                                                  |   |
| (フリガナ)                                                                                                           |  |                                     |  | 全 I II              |                                                           |                                                  |   |
| ※Eメールで本会セミナー情報をご案内いたしますので、アドレスをご記入ください。                                                                          |  |                                     |  |                     |                                                           | 通信欄                                              |   |
| 参加申込書にご記入いただいた情報は、以下の目的に使用させていただきます。<br>①参加券や請求書の発送などの事務処理 ②セミナー・イベントなど本会事業のご案内 なお、②がご不要の場合は□にチェックしてください。—— □ 不要 |  |                                     |  |                     |                                                           |                                                  |   |