

## 機能評価受審支援相談事業

サーベイヤ―経験豊富なアドバイザーがお伺いいたします。丁寧な個人指導を行い、新規認定または更新の準備中の病院をサポートいたします。  
尚、当事業は病院の受審支援を目的としたもので、認定を保証するものではありません。

### 当相談事業を受けた病院からの声

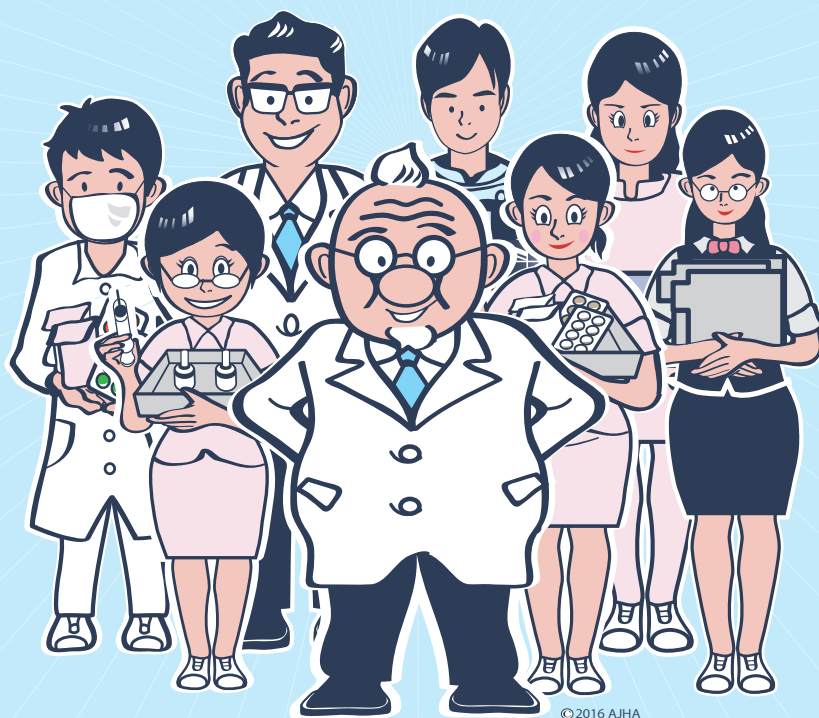
新病院に移り環境が変わった中で、3rdG:Ver.1.1を受審した感想を述べたいと思います。

- 1、ケアプロセスでは、情報等の整理や関連部署との統一が図られ、結束力が高められた。
- 2、私達が実施していることへの確認が出来たこと。また、少し見方・考え方を変えることで、改善が図れることを再度、確認することが出来た。
- 3、継続していくことの意識が高まったこと、築きあげたことを、継続していく努力を怠らず、質の向上にも努力していきたいと思います。

医療法人慈繁会附属 土屋病院 看護部長 矢吹喜美子

3rdG の特にケアプロセス審査のイメージがつかめず、更新審査の1年前に、診療・看護の先生方に同時にお越しいただき、本番さながらのケアプロセス調査を行ったことで、その後の準備の道筋がはっきりと見えてきました。

医療法人八女発心会 姫野病院 コメディカル部長 桐原 啓至



© 2016 AJHA

## 全日本病院協会 機能評価受審支援相談事業について

「全日本病院協会 機能評価受審支援相談事業」とは、日本医療機能評価機構の病院機能評価受審準備中の病院へ出向き相談に応じる事業です。日本医療機能評価機構の病院機能評価に精通している方の中から、当委員会でご依頼しましたアドバイザーがお伺いいたします。当事業は病院の受審支援を目的としたもので、認定を保障するものではありません。

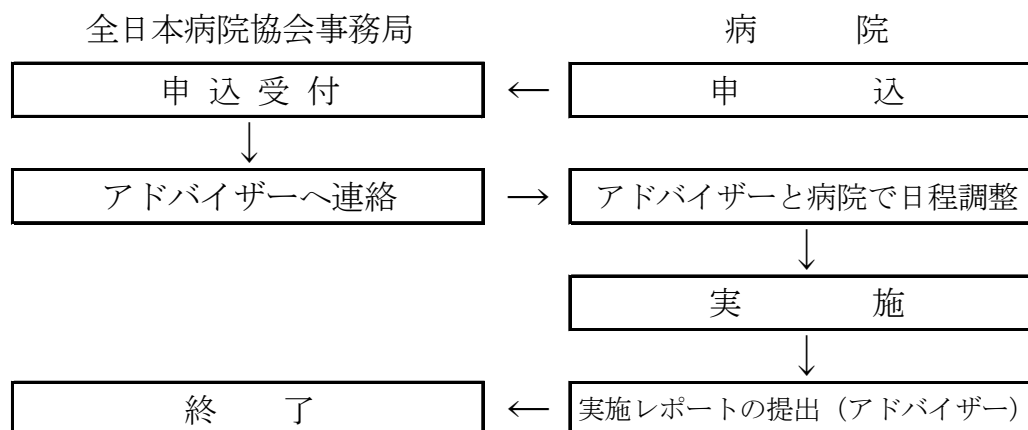
### 【実施要綱】

1. 派遣人数：1名から3名（ご希望の領域に対応いたします。）
2. 派遣期間：半日程度（概ね3～4時間）
3. 相談内容：病院機能評価受審にあたっての事前点検と基本的なアドバイス  
（相談内容については、堅く守秘いたします）
4. 申込方法：下記全日病 HP よりお申込書をダウンロードし、メールまたは FAX にてお申し込み下さい。

[http://www.ajha.or.jp/hms/hospital\\_list/](http://www.ajha.or.jp/hms/hospital_list/)

5. 費用：○申込料：10,000円  
※会員病院は申込料が免除となります。  
※同時入会の場合は会員扱いとなります。  
○謝金：アドバイザー1人あたり1回55,685円（源泉税含む）  
※上記金額のうち、アドバイザーに50,000円をお支払いただき、源泉税分5,685円は病院にて処理をお願いいたします。  
○旅費交通費：実費  
※金額については、当協会事務局よりお伝えします。（当協会の規定に準ずる）
6. 支払方法：申込料については事前に当協会の指定口座へ振込み。  
謝金及び旅費についてはアドバイザーが訪問時に病院より支払い。

### 【申込～実施手順について】



※病院・アドバイザー間の日程が合わない場合、当相談事業を実施できない場合がありますので、ご了承ください。

**全日本病院協会「機能評価受審支援相談事業」申込書**

|         |                      |     |     |     |     |       |
|---------|----------------------|-----|-----|-----|-----|-------|
| 申 込 日   | 年 月 日                |     |     |     |     |       |
| 施 設 名   |                      |     |     |     |     |       |
| 病院代表者名  | (役職 : )              |     |     |     |     |       |
| 所 在 地   | 〒 _____ (最寄駅 _____)  |     |     |     |     |       |
| 病 床 数   | 合 計                  | 一 般 | 療 養 | 精 神 | 結 核 | 感 染 症 |
|         | 床                    | 床   | 床   | 床   | 床   | 床     |
| 事務連絡担当者 | 氏名 (役職 : )           |     |     |     |     |       |
|         | TEL _____ /FAX _____ |     |     |     |     |       |
|         | Eメール _____           |     |     |     |     |       |

**1. 日本医療機能評価機構の病院機能評価受審予定日について**

|  |
|--|
| 1. 受審予定日 ( 年 月 日 ) ⇒ <input type="checkbox"/> 新規受審 ・ <input type="checkbox"/> 更新受審 |
| 2. 未 定   |

**2. アドバイス実施希望時期等について**

|  |
|--|
| ①アドバイス実施希望時期 _____年_____月頃   |
| ②アドバイス実施可能曜日 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 祝 |
| ※実施可能な曜日の□に「○」を記入  |

**3. アドバイスを受けたい領域・項目等について**

| 領域・評価項目 | 具体的な内容 |
|---------|--------|
|         |        |
|         |        |
|         |        |
| 〈その他〉   |        |