

平成22年8月18日

病 院 各 位

社団法人 全日本病院協会  
会 長 西 澤 寛 俊  
病 院 機 能 評 価 委 員 会  
委 員 長 木 村 厚

## 「第9回機能評価受審支援セミナー(Ver. 6.0)」◀神戸会場▶の開催について

平素から本会の活動につきまして、ご支援とご協力をいただき厚く御礼申し上げます。

財団法人日本医療機能評価機構（以下、「機構」という。）では、医療制度改革等や病院医療を取り巻く環境の変化に対応して、平成21年7月1日より「統合版評価項目 Ver.6.0」による運用を実施しております。

機構では、以前の統合版評価項目 Ver.5 と比べ、評価項目を整理統合し、小項目数について約3割減としたうえ、新たな視点での評価項目を新設し、既存項目についても内容の拡充を実施しております。

つきましては、当協会では、「病院機能評価 Ver.6.0 領域別重点30項目～これだけは外せない～」をテーマに別添のとおり、「第9回機能評価受審支援セミナー(Ver.6.0)」を開催いたします。併せて質問の多く出ておりました第7領域(精神)、第8領域(療養)に関しましても別途時間を取り説明させていただきますので、皆様におかれましては、是非ともご参加いただきたくご案内申し上げます。

社団法人 全日本病院協会 事務局

〒101-8378東京都千代田区三崎町3-7-12 清話会ビル

TEL : 03-3234-5165 FAX : 03-3237-9366

## 「第9回機能評価受審支援セミナー（Ver. 6.0）」〈神戸会場〉 実施要綱

1. 主催 社団法人 全日本病院協会
2. 共催 財団法人 日本医療機能評価機構
3. 開催日 平成22年10月9日（土） 12:30～16:30
4. 会場 三宮研修センター  
神戸市中央区八幡通4-2-12 / 最寄駅：三宮（JR線・阪急線・阪神線）
5. テーマ 「領域別重点30項目 ～これだけは外せない～」
6. 講師 (診療) 木村 厚 (財)日本医療機能評価機構 評価部会員  
(〃) 美原 盤 (財)日本医療機能評価機構 サーベイヤー  
(看護) 東 美智子 (財)日本医療機能評価機構 評価部会員  
(事務) 鈴木 紀之 (財)日本医療機能評価機構 評価部会員  
(精神) 南 良武 (財)日本医療機能評価機構 サーベイヤー  
(療養) 土屋 繁之 (財)日本医療機能評価機構 サーベイヤー  
(〃) 清水 郭子 (社)全日本病院協会 病院機能評価委員会 委員
7. プログラム 12:30～15:25  
診療、看護、事務の領域毎に分かれ、Ver. 6.0 の評価項目の中から、特に注意すべきポイントに絞り具体的な内容を説明致します。  
15:40～16:30（自由参加）  
精神、療養に分かれ、質問の多い項目を中心に説明致します。  
※いずれも質問にお答えできるよう質疑応答時間も十分に確保しております。  
※部門別セミナーのため、各施設から複数職種で参加することをお奨めします。  
診療、看護、事務の領域及び精神、療養の領域は同時時間帯で開催されるため、途中異動することはできませんので、1名につき1領域でのお申込となります。
8. 参加対象 病院機能評価を受審・更新申請、または受審検討病院の管理者、職員など
9. 募集人数 診療部門 80名（先着順とさせていただきます。）  
看護部門 80名（〃）  
事務部門 80名（〃）
10. 参加費 1名につき 会員病院 5,000円  
非会員病院 7,000円  
※1施設あたり6名までの申込とさせていただきます。
11. 申込方法 ・別紙申込書に必要事項をご記入のうえFAXにてお申し込み下さい。  
・申込書受理後、参加費振込案内・会場地図等を事務局よりご送付いたします。  
送付された案内をご確認のうえ、参加費を指定期日迄にお振込みください。
12. 締切日 平成22年9月17日（金）（定員に達し次第、締切となります）
13. その他 ・宿泊・交通等につきましては各自ご手配願います。  
・参加申込の際にお送りいただいた個人情報、適切に処理し、本セミナーの目的以外には使用いたしません。

# 第9回機能評価受審支援セミナー 申込書

平成22年10月9日(土) 12:30~16:30【三宮研修センター】

下記事項をご記入のうえ、FAXにてご返信ください

## FAX 03-3237-9366

※ 楷書にて正確にご記入ください

施設名	※正式名称でご記入ください		※いずれかにチェック <input type="checkbox"/> 新規受審 <input type="checkbox"/> 更新受審 <input type="checkbox"/> 受審検討中	
住所	〒 ー 都道府県			
TEL		FAX		

参加者 (1施設 6名まで)	氏名		所属部署 または、役職	12:30~15:25 受講希望領域 (希望領域一つに○)	15:40~16:30 【自由参加】 (希望する場合、受講 希望領域一つに○)
					診療・看護・事務
				診療・看護・事務	精神・療養
				診療・看護・事務	精神・療養
				診療・看護・事務	精神・療養
				診療・看護・事務	精神・療養
				診療・看護・事務	精神・療養

事務連絡担当者(1名)に『○』を付してください。

事前に確認しておきたい質問点等があれば、ご記入ください。	
評価項目	質問内容

(連絡事項)

- 受講希望領域は先着順のため、ご希望に添えない場合がございますので、ご了承ください。
- 申込書受付後、事務局より【振込み依頼票兼受講票】をFAXにてご送付いたします。
- 申込書をFAX送信後、10日たっても(土日祝除く)【振込み依頼票兼受講票】の返信がない場合は以下の事務局までご連絡ください。

<p>【問い合わせ先】 社団法人全日本病院協会 事務局 (機能評価受審支援セミナー) TEL: 03-3234-5165 (受付時間: 平日9:30~17:30 土日祝を除く)</p>
--