



平成 29 年度 福岡市 ユマニチュード®施設導入プログラム
実践者育成 4 日間研修 申込書

申込日 年 月 日

お申込者 ※手続き等の受講案内は、申込責任者様宛に送付致します。

フリガナ 法人名 代表者 施設名 〒 - 施設の所在地			印
フリガナ 申込責任者		所属・役職等	
T E L		F A X	
M a i l			

応募要件等の確認と同意

次の各号の要件を満たしていることを確認し、「レ」でチェックしてください。

- ユマニチュードの導入を目指すユニット※(以下、「介入ユニット」という。)が準備できる。
※ 病棟・フロア・ユニット等で主としてケアのチームを構成している単位(看護体制等)
- 研修受講者に対するアンケートや測定データの提出等、効果測定に協力できる。
- 患者又は利用者及びその家族から測定データ提出等の効果測定への協力について同意を得ることができる。
- 本研修の効果測定期間に行うすべての効果測定において、患者又は利用者等の測定データを取得することに協力ができる。
- その他、本研修事業の目的を十分に周知し、意欲をもって取り組める体制を整えることができる。
- 効果測定結果を、他の病院や介護保険施設・事業所、市民等に対する普及啓発時の資料として使用することを認めることができる。
- 研修受講者が写る、研修風景写真等を、他の病院や介護保険施設・事業所、市民等に対する普及啓発時の資料として使用することを認めることができる。
- 病院名、施設名の公開を認めることができる。
- 患者又は利用者の家族に対して積極的に普及・啓発を行うことができる。
- 他の病院、介護保険施設・事業所から見学受け入れ等の依頼があった場合、業務に支障が生じない範囲で積極的に受けることができる。
- 市が主催するセミナーや講演会に協力することができる。
- 市の事業やユマニチュードに関連して、各種報道機関からの取材依頼があった場合、その取材に協力することができる。
- 法人代表者又は本研修の申込責任者は、10月12日[木]、10月13日[金]の内10分程度、電話インタビューを受けることができる。
- 本申込書を作成するにあたり、事前に附票に記入し研修の受講希望者名簿を作成することができる。

お申込み施設に関する調査票

Q1. お申込み施設の種類を選択してください。

- 診療所・病院
 介護老人福祉施設
 介護老人保健施設
 介護療養型医療施設
 養護老人ホーム
 軽費老人ホーム
 介護付有料老人ホーム
 認知症対応型共同生活介護

その他(種類を記入してください)

Q2. お申込み施設全体の概要についてご記入ください。

●病床(診療所・病院)又は定員数(高齢者施設)

- 10未満
 10-19
 20-49
 50-99
 100-149
 150-199
 200-299
 300-399
 400-499
 500-599
 600-699
 700-799
 800-899
 900以上

●病床の内訳(診療所・病院)

一般病床	療養病床		精神病床	感染症病床	結核病床
	医療型	介護型			
床	床	床	床	床	床
内、回復期リハビリテーション病棟			内、認知症病棟		
一般病床	療養病床			床	
床	床		床		

●施設全体のユニット数の合計をご記入ください。

※ 病棟・フロア・ユニット等で主としてケアのチームを構成している単位(看護体制等)を1ユニットとした場合の数

ユニット数	
-------	--

●施設の機能(診療所・病院)

- 高度急性期機能
 急性期機能
 回復期機能
 慢性期機能
 2次救急
 3次救急

●施設の職員数

※ 職員が複数の資格を有している場合や兼務されている場合は、主に従事している職名を一つ決めたうえで重複の無いようにご記入ください

職名	人数	職名	人数
看護師	名	准看護師	名
看護業務補助者	名	介護福祉士	名
その他の介護職員	名	計	名

●その他の職員

職名	人数	職名	人数
	名		名
	名		名
	名		名
	名		名
	名		名
	名		名
	名		名
	名		名
	名		名
	名		名
	名		名
	名		名
	名		名
	名		名
	名		名
その他の職員(事務等)	名	計	名

[その他の職員 記入例(診療所・病院)]

職名	人数	職名	人数
医師	3名	歯科医師	1名
薬剤師	1名	保健師	1名
理学療法士	1名	作業療法士	1名
	名		名
その他の職員(事務等)	4名	計	12名

[その他の職員 記入例(高齢者施設)]

職名	人数	職名	人数
施設長	1名	医師	1名
生活相談員	1名	栄養士	1名
機能訓練相談員	1名	介護支援専門員	1名
	名		名
その他の職員(事務等)	2名	計	8名

※ 本ページの内容は、電話インタビューの際にお伺いすることがございます。施設の代表者や本研修申込の責任者の方などによるご記入をお願いいたします

Q3. お申込み施設の特徴をご記入ください。

Q4. 現在行っている取り組み（他施設や地域との連携、患者・利用者の生活の質やサービスの向上、職員の技術の向上など）がありましたらご記入ください。

Q5. お申込施設の地域での役割についてご記入ください。

介入ユニットに関する調査票

※ お申し込みの介入ユニットが複数ユニットある場合は、本票をコピーしてご記入ください

Q7. ユニットの名称

--

Q8. ユニットの機能と主とする診療科(診療所・病院)

機能	<input type="checkbox"/> 高度急性期機能	<input type="checkbox"/> 急性期機能	<input type="checkbox"/> 回復期機能	<input type="checkbox"/> 慢性期機能	<input type="checkbox"/> 認知症病棟
診療科					

Q9. 入院患者又は入所者数

本ユニットの入院患者又は入所者数	名
内、65歳以上の入院患者又は入所者数	名

Q10. ユニットのケアスタッフ数、本研修受講者数とその割合

(ア) 本項目は、日常的に介入ユニットでケアを行っているケアスタッフを対象とします。

(イ) 雇用形態に関わらず、介入ユニットにおける1週間の勤務時間（以下、「所定労働時間」という。）のすべてを勤務する場合は「常勤」、それ以外を「非常勤」とし、非常勤の場合は、(ウ)の換算人数を用いて割合を計算します。

(ウ) 非常勤の場合は、次の式により換算人数を求めてください。 換算人数 = $\frac{\text{非常勤職員の1週間の勤務延べ時間数(残業除く)}}{\text{常勤者が勤務すべき1週間の所定労働時間}}$

ただし、常勤者が勤務すべき1週間の所定労働時間が、32時間未満の場合は、分母を32時間とします。

小数点以下第2位を四捨五入して第1位まで計上してください。

職名	介入ユニットに関わる全ケアスタッフ数			内、研修受講者数			
	常勤	非常勤		①常勤	非常勤		①+②
		実人数	換算人数		②実人数	換算人数	
看護師			.			.	(1)
准看護師			.			.	(2)
看護業務補助者			.			.	(3)
介護福祉士			.			.	(4)
その他介護職員			.			.	(5)
合計	(b)		(d)	(e)		(g)	(6)
				受講者の割合 = $\frac{(e)+(g)}{(b)+(d)}$			
				※小数点以下第4位を四捨五入して第3位まで計上			

Q11. 介入ユニットもしくは介入ユニットの含まれる病棟又は施設等における、直近1年間の平均在院日数又は平均在所日数

1年間の在院患者延日数又は入所者延日数	(h)	日
1年間の新規入院患者数又は入所者数	(i)	名
1年間の退院患者数又は退所者数	(j)	名
平均在院日数又は平均在所日数 = $\frac{(h)}{(i)+(j) \div 2}$		
※小数点以下第2位を四捨五入して第1位まで計上		

実践者育成 4 日間研修 お申込み合計受講者数

実践者育成 4 日間研修の全希望受講者数をご記入ください。

(Q10.介入ユニットの受講者と、それ以外の受講希望者の合計)

※ 受講定員を上回る場合は、介入ユニットの方を優先して調整いたします

●ケアスタッフからの受講希望者

職名	受講者数		
	③介入ユニット	④介入ユニット以外	③+④
看護師	(1)再掲 名	名	名
准看護師	(2)再掲 名	名	名
看護業務補助者	(3)再掲 名	名	名
介護福祉士	(4)再掲 名	名	名
その他の介護職員	(5)再掲 名	名	名
計	(6)再掲 名	名	計(7) 名

●その他の職員からの受講希望者

職名	受講者数	職名	受講者数
	名		名
	名		名
	名		名
	名		名
	名		名
	名		名
	名		名
	名		名
	名		名
	名		名
	名		名
	名		名
その他の職員(事務等)	名	計(8)	名

実践者育成 4 日間研修 費用負担額

実践者育成 4 日間研修 受講者計(9) (7)+(8)	研修費用単価 [税込]/名(10) (通常 162,000 円)	研修費用負担額 (9)×(10)
名	90,720 円	円

↑ 介入ユニットを複数お申し込みの場合は、合計してください。

実践者育成 4 日間研修受講者の研修希望グループ調査票

グループ毎のご希望受講者数をご記入ください。

- ※ 実践者育成 4 日間研修は、4 グループ開催します
- ※ 1 グループ当たりの定員は、他の参加機関と合わせて 15 名です
- ※ 参加するグループはご自由に選択していただけますが、できるだけ均等になるようグループ分けをお願いします
- ※ 特定のグループに希望が集中した場合、調整をお願いすることがあります
- ※ 研修途中でのグループの変更はできません
- ※ 参加人数が 10 名未満のグループは、日程変更や開催中止となる場合があります
- ※ グループ毎に会場は異なる場合があります。また日程により開催会場間で移動をお願いすることがあります
- ※ 受講のグループは、参加者の選定後、申し込みの先着順で決定します
- ※ 本項目は、電話インタビューの際にお伺いすることがございます。施設の代表者や本研修申込の責任者の方などによるご記入をお願いいたします

希望グループ			希望受講者数 (各最大 15 名)
グループ 1	11 月 13 日(月) ~ 11 月 14 日(火) 12 月 4 日(月) ~ 12 月 5 日(火)	計 4 日間	名
グループ 2	11 月 15 日(水) ~ 11 月 16 日(木) 12 月 6 日(水) ~ 12 月 7 日(木)	計 4 日間	名
グループ 3	11 月 27 日(月) ~ 11 月 28 日(火) 12 月 11 日(月) ~ 12 月 12 日(火)	計 4 日間	名
グループ 4	11 月 29 日(水) ~ 11 月 30 日(木) 12 月 13 日(水) ~ 12 月 14 日(木)	計 4 日間	名
受講者計			(9)再掲 名

研修会場ご協力のお願い

本研修は、研修会場を提供くださる施設にインストラクターと受講者がお伺いして研修を実施します。下記の2項目についてご検討をお願いします。

- ① 講義・実技演習を行う会議室・教室・講堂等のご提供
- ② 病棟・居室フロア等ベッドサイドにおけるケア実習の受け入れ

※ 「協力可」または「協力不可」に○をつけてください

① 講義・実技演習を行う会議室・教室・講堂等の提供のご協力	
・ スクール形式で机、椅子を配置して15名以上を収容することができる ・ 次の設備があり、配置できる プロジェクター1台、スクリーン1台、マイク2本以上、 ベッドメイキングされた電動ベッド2台、リクライニング車いす2台 シーツ(ベッドメイキングされたものを除く)2枚、大判タオル4枚 おむつ M,L サイズ各数枚	
協力可	協力不可

② 病棟・居室フロア等ベッドサイドにおけるケア実習の受け入れのご協力	
清潔ケア、食事介助、コミュニケーション等、普段行われている日常のケアを、ユマニチュードの技術を用いながら2名～4名1組でケアを行います。 ・ 1回当たり4,5組程度の実習を受け入れることができる ・ ケア実習について患者・入所者様からの同意書等の取得をお願いすることができる ・ ケア実習中、病棟・居室の責任者の立ち合いをお願いすることができる	
※ 実際に実施する場合は、別途詳細をご相談申し上げます	
協力可	協力不可

通信欄

--

お申込み・お問い合わせ先

デジタルセンセーション株式会社 ユマニチュード事業部
〒430-7712 静岡県浜松市中区板屋町 111-2 浜松アクトタワー12階
TEL 050-6865-2626(平日 10:00～17:00) FAX 053-415-9990 MAIL info@humanitude.care

「個人情報の取り扱い」について
本申込書にご記入いただきました個人情報は、本研修サービスのご提供、連絡等、研修の開催・運営を目的として利用いたします。また、弊社の提供する他のユマニチュードに関するサービスの情報をお届けする目的に利用いたします。当該個人情報は、弊社と弊社からの業務委託先(研修実施団体等)が取扱い致します。

【附票】ユマニチュード®実践者育成 4 日間研修 受講希望者名簿

「平成 29 年度 福岡市 ユマニチュード®施設導入プログラム 実践者育成 4 日間研修 申込書」の作成に際し、事前に本票を利用して研修の受講希望者名簿を作成してください。
記入欄が不足する場合は、コピーしてご使用ください。

枚中 枚目

フリガナ	生年月日	職 種	ケ ア 経験年数
お 名 前	性 別	所 属 ・ ユ ニ ッ ト 名 等	
実 践 者 育 成 4 日 間 研 修 希 望 グ ル ー プ			
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 看護業務補助者 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> その他の介護職員 <input type="checkbox"/> その他()	年
	男 ・ 女	所属	
		1 2 3 4	
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 看護業務補助者 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> その他の介護職員 <input type="checkbox"/> その他()	年
	男 ・ 女	所属	
		1 2 3 4	
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 看護業務補助者 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> その他の介護職員 <input type="checkbox"/> その他()	年
	男 ・ 女	所属	
		1 2 3 4	
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 看護業務補助者 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> その他の介護職員 <input type="checkbox"/> その他()	年
	男 ・ 女	所属	
		1 2 3 4	
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 看護業務補助者 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> その他の介護職員 <input type="checkbox"/> その他()	年
	男 ・ 女	所属	
		1 2 3 4	
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 看護業務補助者 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> その他の介護職員 <input type="checkbox"/> その他()	年
	男 ・ 女	所属	
		1 2 3 4	
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 看護業務補助者 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> その他の介護職員 <input type="checkbox"/> その他()	年
	男 ・ 女	所属	
		1 2 3 4	
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 看護業務補助者 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> その他の介護職員 <input type="checkbox"/> その他()	年
	男 ・ 女	所属	
		1 2 3 4	
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 看護業務補助者 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> その他の介護職員 <input type="checkbox"/> その他()	年
	男 ・ 女	所属	
		1 2 3 4	

【附票】ユマニチュード®実践者育成 4 日間研修 受講希望者名簿

「平成 29 年度 福岡市 ユマニチュード®施設導入プログラム 実践者育成 4 日間研修 申込書」の作成に際し、事前に本票を利用して研修の受講希望者名簿を作成してください。
記入欄が不足する場合は、コピーしてご使用ください。

枚中 枚目

フリガナ	生年月日	職 種	ケア 経験年数
お名前	性別	所 属 ・ ユ ニ ッ ト 名 等	
	実践者育成 4 日間研修希望グループ		
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 看護業務補助者 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> その他の介護職員 <input type="checkbox"/> その他()	年
	男 ・ 女	所属	
		1 2 3 4	
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 看護業務補助者 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> その他の介護職員 <input type="checkbox"/> その他()	年
	男 ・ 女	所属	
		1 2 3 4	
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 看護業務補助者 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> その他の介護職員 <input type="checkbox"/> その他()	年
	男 ・ 女	所属	
		1 2 3 4	
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 看護業務補助者 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> その他の介護職員 <input type="checkbox"/> その他()	年
	男 ・ 女	所属	
		1 2 3 4	
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 看護業務補助者 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> その他の介護職員 <input type="checkbox"/> その他()	年
	男 ・ 女	所属	
		1 2 3 4	
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 看護業務補助者 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> その他の介護職員 <input type="checkbox"/> その他()	年
	男 ・ 女	所属	
		1 2 3 4	
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 看護業務補助者 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> その他の介護職員 <input type="checkbox"/> その他()	年
	男 ・ 女	所属	
		1 2 3 4	
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 看護業務補助者 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> その他の介護職員 <input type="checkbox"/> その他()	年
	男 ・ 女	所属	
		1 2 3 4	