【申請①】　　　　令和６年度　愛媛県ノーリフティングケア普及啓発事業

　推進事業所指定　応募申請書

令和　　年　　月　　日

愛媛県社会福祉協議会　会長　様

申請者

名　称

代表者職・氏名

愛媛県ノーリフティングケア普及啓発事業の推進事業所の指定を受けたいので、下記及び別添関係書類の内容で申請します。

記

１　応募理由

|  |
| --- |
|  |

２　事業所情報・入所者（利用者）の状況

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 | |  | | | | | | |
| 管理者氏名 | |  | | | | | | |
| 所在地 | | 〒 | | | | | | |
| 電話番号・ＦＡＸ | | TEL | | | FAX | | | |
| 担当者職・氏名 | |  | | | | | | |
| 床数 | |  | | | 労働衛生委員会  の設置 | | 有　　・　　無 | |
| ユニット・フロア数 | | ユニット数 | | | フロア数 | | | |
| 入所(利用)定員  入所(利用)者数 | | 入所(利用)定員  名 | | | 入所(利用)者数（　　　月　　　日現在）  名 | | | |
| 入所(利用)者の介護度 | | | | | | | | |
| 要介護５ | 名 | | 要介護４ | 名 | | 要介護３ | | 名 |
| 要介護２ | 名 | | 要介護１ | 名 | |  | | |
| 要支援２ | 名 | | 要支援１ | 名 | |

３　職員の状況・職場環境等

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 介護職員数 | | 名 | |
| 腰痛 | 職員のうち腰痛保持者数 | 名 | |
| 職場内の  腰痛発生要因と考えられる事項 |  | |
| 腰痛対策  取組み状況 |  | |
| 事故 | 事故発生件数  （いずれかに☑） | □　カウントしている  ⇒ カウントしている場合は、令和５年度の発生件数：　　　件  □　カウントしていない | |
| インシデント対策  取組み状況  （ヒヤリハットも含む） |  | |
| 応募 | 求人応募者数  ※介護・看護等に限る。 | 令和３年 | 人 |
| 令和４年 | 人 |
| 令和５年 | 人 |
| 離職 | 介護職員の離職率 | 令和３年 | ％ |
| 令和４年 | ％ |
| 令和５年 | ％ |

４　ノーリフティングケアに関係する福祉用具・機器の導入実績

（１）ベッドの所有状況等について

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ベッド所有台数 | 台 | ベッドの内訳  (高さ調節機能) | 電動 | 台 |
| 手動 | 台 |
| 介助バー所有台数 | | 台 |

（２）車いすの所有状況等について

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 車いす所有台数 | 台 | 車いす  の内訳  (種類) | スタンダード | 台 |
| モジュール | 台 |
| リクライニング | 台 |
| 上記のうちアームサポート跳ね上げ機能のあるもの | 台 | ティルト | 台 |
| ティルト＆リクライニング | 台 |
| その他（　　　　　　　　　　） | 台 |

（３）これまでの導入実績

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 機器の品名・種類等 | 数量 | 導入時期 | 利用状況（使用頻度） |
|  |  | 年　　月 | 多い　普通　少ない　ない |
|  |  | 年　　月 | 多い　普通　少ない　ない |
|  |  | 年　　月 | 多い　普通　少ない　ない |
|  |  | 年　　月 | 多い　普通　少ない　ない |
|  |  | 年　　月 | 多い　普通　少ない　ない |
|  |  | 年　　月 | 多い　普通　少ない　ない |
|  |  | 年　　月 | 多い　普通　少ない　ない |
|  |  | 年　　月 | 多い　普通　少ない　ない |
|  |  | 年　　月 | 多い　普通　少ない　ない |
|  |  | 年　　月 | 多い　普通　少ない　ない |
|  |  | 年　　月 | 多い　普通　少ない　ない |
|  |  | 年　　月 | 多い　普通　少ない　ない |
|  |  | 年　　月 | 多い　普通　少ない　ない |
|  |  | 年　　月 | 多い　普通　少ない　ない |
|  |  | 年　　月 | 多い　普通　少ない　ない |

（４）その他【ノーリフティングケア以外の機器の導入実績（福祉用具・機器、介護ロボット等）】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 機器の品名・種類等 | 数量 | 導入時期 | 利用状況（使用頻度） |
|  |  | 年　　月 | 多い　普通　少ない　ない |
|  |  | 年　　月 | 多い　普通　少ない　ない |
|  |  | 年　　月 | 多い　普通　少ない　ない |
|  |  | 年　　月 | 多い　普通　少ない　ない |
|  |  | 年　　月 | 多い　普通　少ない　ない |
|  |  | 年　　月 | 多い　普通　少ない　ない |
|  |  | 年　　月 | 多い　普通　少ない　ない |
|  |  | 年　　月 | 多い　普通　少ない　ない |
|  |  | 年　　月 | 多い　普通　少ない　ない |
|  |  | 年　　月 | 多い　普通　少ない　ない |
|  |  | 年　　月 | 多い　普通　少ない　ない |
|  |  | 年　　月 | 多い　普通　少ない　ない |
|  |  | 年　　月 | 多い　普通　少ない　ない |
|  |  | 年　　月 | 多い　普通　少ない　ない |
|  |  | 年　　月 | 多い　普通　少ない　ない |

５　ノーリフティングケア実施にあたっての課題・目標等

|  |  |
| --- | --- |
| 現在の課題 |  |
| 目　　標 |  |
| 実施体制・  マネジメント方法 |  |
| 利用者・家族への  アセスメント・  アプローチ等 |  |

６　実施体制・導入予定機器等

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ノーリフティングケア推進リーダー・サブリーダー | | | | | |
| リーダー | 役職  氏名 |  | サブリーダー | 役職  氏名 |  |
| サブリーダー | 役職  氏名 |  | サブリーダー | 役職  氏名 |  |
| 導入を予定（又は希望）している機器（介護ロボットを含む）  ※応募時点での状況でかまいません。 | | | | | |
| 機器の品名・種類等 | | | 数量 | 備　考 | |
|  | | |  |  | |
|  | | |  |  | |
|  | | |  |  | |
|  | | |  |  | |
|  | | |  |  | |
|  | | |  |  | |
|  | | |  |  | |
|  | | |  |  | |
|  | | |  |  | |
|  | | |  |  | |
|  | | |  |  | |
|  | | |  |  | |
|  | | |  |  | |
|  | | |  |  | |
|  | | |  |  | |