【申請①】　　　令和３年度愛媛県ノーリフティングケア普及啓発モデル事業

応募申請書

令和　　年　　月　　日

愛媛県社会福祉協議会　会長

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モデル事業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 | |  | | | | | | |
| 住所 | | 〒 | | | | | | |
| 電話番号・ＦＡＸ | | TEL | | | FAX | | | |
| 担当者職・氏名 | |  | | | | | | |
| モデル事業実施床数 | |  | | | 労働衛生委員会  の設置 | | 有　　・　　無 | |
| モデル事業実施  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・現在の職場環境

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 介護職員数 | 名 | 左記のうち  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  取組状況 |  | | |

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 |

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 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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  職・氏名 |  | サブリーダー職・氏名① |  |
| サブリーダー職・氏名② |  | サブリーダー職・氏名③ |  |
| 機器の導入計画 | | | |
| 機器の品名・種類等 | | 数量 | 導入区分 |
|  | |  | 県社協へ依頼　　自前購入 |
|  | |  | 県社協へ依頼　　自前購入 |
|  | |  | 県社協へ依頼　　自前購入 |
|  | |  | 県社協へ依頼　　自前購入 |
|  | |  | 県社協へ依頼　　自前購入 |
|  | |  | 県社協へ依頼　　自前購入 |
|  | |  | 県社協へ依頼　　自前購入 |
|  | |  | 県社協へ依頼　　自前購入 |
|  | |  | 県社協へ依頼　　自前購入 |
|  | |  | 県社協へ依頼　　自前購入 |
|  | |  | 県社協へ依頼　　自前購入 |
|  | |  | 県社協へ依頼　　自前購入 |
|  | |  | 県社協へ依頼　　自前購入 |
|  | |  | 県社協へ依頼　　自前購入 |
|  | |  | 県社協へ依頼　　自前購入 |