【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 |