別紙様式１ 【　記　載　例　】

ノーリフティングケア用福祉機器導入計画

 令和　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 報告担当者 | 職・氏名 | 施設長・大分　県太郎 |
| 電話番号 | 097-XXX-XXX |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ | info@□□.co.jp |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 法人名 | 介護サービス事業所名 | 介護サービスの種別 |
| 社会福祉法人○○会（理事長　○○○○） | 特別養護老人ホーム○○苑ショートステイ○○ | 介護老人福祉施設短期入所生活介護 |
| ノーリフティングケア用福祉機器の種別 | ノーリフティングケア用福祉機器の製品名 |
| 跳ね上げ式車椅子移乗用ボード | ○○社□□型車椅子　型式ABCD-123EF△△社☆☆ボード　型式 EFGH-456IJ |
| 購入・リース・レンタルの別 | リース・レンタルの場合の契約（予定）期間（原則として３年以上） |
| 購入 |  　令和　　年　月　～令和　　年　月 |
| 導入台数 |  　　　購入・リース・レンタルに要する経費の内訳 |
| □□型車椅子　　５台☆☆ボード　　１０台 | 　□□型車椅子　100,000円× 5台=500,000円（非課税）　☆☆ボード 　　30,000円×10台=300,000円　　小計　　　　　　　　　　　　 800,000円　　消費税　　　 　　　　　　　　 30,000円　　合計 830,000円 |
| 【ノーリフティングケア用福祉機器導入に至る経緯】当事業所では、介護職員の腰痛予防対策を推進しており、コルセットの着用や移乗方法の研修を行ってきた。今年度のノーリフティングケアマネジメント研修において、職員の腰痛予防だけではなく、利用者への負担が少なく拘縮や表皮剥離が減少した事例の紹介があり、ノーリフティングケアが効果的だと考えた。対応策の一つとして、跳ね上げ式車椅子と移乗用ボードを導入する。 |
| 【ノーリフティングケア用福祉機器の使用計画】（概ね３年間の使用計画を記入すること。）①　令和○年○月頃、跳ね上げ式車椅子○台と移乗用ボード○台を導入予定。既に所有しているボード○台とあわせ、○階の○ユニットに車椅子と移乗用ボードを○台ずつ設置する。②　ノーリフティングケア推進のリーダーを定め、リーダーから職員に機器の正しい使用方法を研修する。③　主にベッドと車椅子の間、車椅子とトイレの間での移乗に使用する。④　家族会で、入居者の家族にボードでの移乗を紹介する。⑤　内部研修を繰り返し行い、施設全体でノーリフティングケアに取り組んでいく。⑥　他のフロアへ跳ね上げ式車椅子及び移乗用ボードの導入を検討する。 |
| 【ノーリフティングケア用福祉機器導入により達成すべき目標・期待される効果等】・職員の腰痛を予防し負担を軽減することで、腰痛による離職者ゼロを目指す。・職員に優しい介護を実践することで、事業所の求人に効果が期待できる。・入居者の内出血、表皮剥離など移乗時のケガの減少や拘縮の予防が期待できる。 |

|  |
| --- |
| 要件１を満たす場合は記載してください。※内容を審査の上、要件を満たすと認められる場合は補助率３／４ |
| 要件１　「ノーリフティングケア推進施設」に指定された事業所 | ※該当する場合は○を記入　　　 |

|  |
| --- |
| 以下の項目に該当する場合はご記入ください。※申請多数の場合、優先して採択するための判断基準となります |
| 過去に本補助金の交付を受けていない事業所 | ※該当する場合は○を記入　　　 |
| 昨年度申請したが、不採択となった事業所 | ※該当する場合は○を記入　　　 |
| ふくふく認証事業者（認証申請中も含む） | ※該当する場合は○を記入　　　 |