

様式第1号

大分県ノーリフティングケア先進施設指定申請書

令和 年 月 日

大分県社会福祉協議会会長 殿

(施設名)

(住 所)

(代表者職・氏名)

印

大分県ノーリフティングケア先進施設(マスター・アドバンス)の指定を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添付して申請します。

記

- 1 ノーリフティングケアに組織的に取り組んでいることが分かる書類
- 2 ノーリフティングケアによる職員の労働安全衛生面での改善実績が分かる書類
- 3 ノーリフティングケアの視点でのアセスメント・プランニング行われ、統一的なケアが実践されていることが分かる書類
- 4 ノーリフティングケアに係る職員研修が計画的に実施され、職員の理解のもとケアが実践されていることが分かる書類
- 5 ノーリフティングケアを実施するための福祉道具等の整備及び用具管理の状況が分かる書類

※ 1) 「アドバンス」または「マスター」の指定申請に対応して、必要ない部分に二重線を引いてください。

2) 「マスター」の指定申請については、現地調査を実施します。

3) 提出書類の例を別紙で記載しているので、参照してください。

《 提出書類の例 》

1	<ul style="list-style-type: none"> ・「施設の全体概要」、「施設の活動指針」、「推進委員会の組織図、名簿」、「推進委員会のリスクマネジメント等に係る活動記録」など
2	<ul style="list-style-type: none"> ・「簡易調査票」（一般社団法人ナチュラルハートフルネットワーク作成）による調査データ（概ね1年以上の取組み期間が必要） ・過去に実施した腰痛調査等のデータ など
3	<ul style="list-style-type: none"> ・「アセスメント・プランニングの流れ、担当者」、「利用者のケアプラン」など
4	<ul style="list-style-type: none"> ・ノーリフティングケアに係る「職員研修の実績」、「指導基準」（マニュアル、評価表、チェックリスト等） ・「指導者名簿」 など
5	<ul style="list-style-type: none"> ・「福祉用具整備状況」、「福祉用具導入計画」など

令和 年 月 日

殿

大分県社会福祉協議会

会長 ○ ○ ○ ○ 印

大分県ノーリフティングケア先進施設(マスター・アドバンス)指定
の審査結果通知について

令和 年 月 日付けで申請のありました上記の件については、下記のとおりになりましたので、通知します。

なお、指定要件に合致した施設には、大分県ノーリフティングケア先進施設(アドバンス・マスター)の指定証を別途交付します。

記

審査結果

(指定要件の合致・不合致)

※ 指定施設は、他施設の研修生受け入れが必要です。

様式第3号

指 定 証

施設名

所在地

上記施設を大分県ノーリフティングケア先進施設(マスター・アドバンス)に指定します

令和 年 月 日

社会福祉法人
大分県社会福祉協議会
会長

印