

# あおもりノーリフティングケア推進事業 令和6年度モデル施設申請書

## 1 施設

法人名			
事業所名			
事業所所在地			
サービス種別			
ご担当者名			
連絡先(電話番号)		メールアドレス	
常時雇用する労働者数(注1)	名		
入所(利用)定員	名	入所(利用)者の平均介護度	

(注1)2か月を超えて使用される者(実態として2か月を超えて使用されている者のほか、それ以外の者であっても期間の定めのない者及び2か月を超える雇用期間の定めのある者を含む。)であり、かつ、週当たりの所定労働時間が当該施設又は事業所の正規の従業員とおおむね同等である者

## 2 現在の職場環境

全職員数(注2)	名
上記のうち、腰痛保持者数(注3)	名
職場内の腰痛発生要因と 考えられる事項	
腰痛に対する取組状況	

(注2)事業所に勤務する延べ職員数(正職員・非常勤等問わず。介護職員以外も含む。)

(注3)別添の職員アンケートで、あり(「常に痛い」又は「時々痛い」)に該当する人数を記入してください。既に類似の調査を実施済の場合は、そちらの結果を記載いただいても差し支えありません。

## 3 研修参加予定者氏名及び役職

①統括マネージャー <施設長など管理者・現場管理者など> 腰痛予防対策を推進していく組織の統括マネジメントリーダーとして活動します。推進チームのリーダーとしてすべての計画の責任、進捗状況・結果など全体を把握し進み方を検討します。	
②職員の健康管理担当 <現場管理者・看護師など> 腰痛調査の実施計画の立案や実施内容のまとめ、分析し面談、評価などの対応策を実施し、リードをとります。	
③教育担当(教育企画担当・技術教育担当) <介護リーダーなど> 教育計画を立案し実施・推進していくリーダーです。	
④個別アセスメント・プランニング担当 <ケアマネ・介護リーダーなど> アセスメント・プランニングを実施します。	
⑤福祉用具導入計画・管理担当 <組織での導入と備品管理ができる人材・メンテナンスなど用具の使用管理の人材> 福祉用具の導入・購入計画や立案、福祉用具の管理を実施します。	

(注4)1つの役割に対して、複数名の参加も可能です。また、1名の方が2つ以上の役割を担うことも可能ですが、可能な限り5名以上の方が参加してください。

#### 4 目標

【モデル施設向け研修終了後、どのような状態になっていることを目標とするか、モデル施設として県内他施設等にどのように普及していくか等を記入してください。】

# 職員アンケート

記入日： 令和 年 月 日

◆各項目について、該当するものにチェック☑をつけてください。

①現在の状況（腰痛）について

あり	<input type="checkbox"/> 常に痛い、またはよく痛みがある
	<input type="checkbox"/> 時々痛い
なし	<input type="checkbox"/> 痛みまでは感じないが腰が疲れやすい
	<input type="checkbox"/> 全く痛まない
以前あり	<input type="checkbox"/> 以前、腰痛になったことがあるが、再発していない
	<input type="checkbox"/> 以前、腰痛になったことがあり、再発経験もある（現在は、治癒している）

②日常業務において、持ち上げや抱え上げなどの介助はありますか？

- ほとんどがそう      「一部あり」にチェックした場合は、具体的にご記入ください。
- 一部あり      →
- ほとんどない
- ない

--

③腰痛対策のために、あなたが日頃から取り組んでいることはありますか。

- 腰痛ベルトの使用
- 体操
- 腰痛関係研修等への参加
- その他の取り組み      →

--