**様式第２号**

**最終報告書**

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 法人代表者名 |  |
| 事業所名 |  |
| 事業所住所 |  |
| 事業所代表者名 |  |
| 申請担当者名 |  |
| 電話番号 |  |
| 電子メール |  |

【添付資料】

ノーリフティングケアマネジメント研修修了証（写し）

本様式内で示されている資料

【WEB提出】

ノ―リフティングケアの理解と実践における理解度テスト

　　（職員全員が各自回答（短時間勤務職員を除く））

　　※Googleフォームで実施。回答フォームは兵庫県高齢政策課より送付します。

**１　ノーリフティングケアを推進するための組織体制の構築**

　ノーリフティングケアを推進する組織体制や、委員会等について記載

|  |
| --- |
| 【ノーリフティングケア推進体制を図表で記載】※資料の添付でも可能  （体制図に加え、推進委員会の役割、ミーティングの開催頻度（１回/月など）、各委員会の連携のあり方なども明記すること）  【全職員へ施設長から**ノーリフティングケア宣言**を行うこと。宣言で伝えた内容（概要）と、全職員へ共有するための開催頻度（実績など）を記載（別紙に、宣言時の会議録および資料を添付すること）】   * ノーリフティングケア宣言を行った（　　　年　　月　　日） |

**２　職員の教育体制**

　２－１）ノーリフティングケアを推進するための教育目標、研修会の開催頻度・内容について記載

※一般的な教育目標ではなく、ノーリフティングケア推進における目標（目標値）を記載すること

|  |
| --- |
| 【ノーリフティングケアを推進するための教育目標】  【研修内容・頻度・実績などの概要】  【教育担当者】 |

　２－２）指導者養成の取組み実績や、今後の養成計画を記載

※指導者：職員へ教育や技術チェックを実施するなど、ノーリフティングケアの取組みを先導する役割

|  |
| --- |
| 【指導者の基準】 ○○ができるなど具体的に記載すること。※基準表の添付でも可  【指導者養成の取組み計画】※計画表の添付でも可 |

　２－３）ノーリフティングケアの技術チェック方法・実績・今後の計画を記載

（チェック表を作成済の場合、添付すること）

|  |
| --- |
| 【技術チェック方法とチェック基準】  【技術チェックの実績】  【今後の計画】 |

**３　環境整備**

３－１）介護現場の危険な場所の把握、リスク要因、改善（実践）結果について具体的に記載

（分かりやすい工夫を行うこと。例えば、改善の前後で写真を撮り、貼り付ける等）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 危険（リスクの高い）場所 | 危険な理由 | 改善内容・箇所 |
| 例）整理されていない  脱衣場  ・写真を添付 | 不要な物品が多いため、介護スペースが狭く、福祉用具も使用できないため、持ち上げ介助を行っている | 不要な物品を整理し、利用者が立ち上がりやすいように手すりを設置した。介護者もケアを提供しやすくなり、環境改善とともに、リスク軽減につながった  　　　　　・写真を添付 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 危険（リスクの高い）場所 | 危険な理由 | 改善内容・箇所 |
|  |  |  |
| 危険（リスクの高い）場所 | 危険な理由 | 改善内容・箇所 |
|  |  |  |
| 危険（リスクの高い）場所 | 危険な理由 | 改善内容・箇所 |
|  |  |  |

３－２）福祉用具の導入計画（申請書の提出年度）について（例）を参考にして具体的に記載

　（例）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 導入する福祉用具 | 必要数 | 必要理由（具体的に） |
| １．スライディングシート(例) | 20枚 | 要介護度が4～5の利用者が50人いるが、既存のスライディングシートが10枚しかなく、シートを活用したい体位交換が必要な利用者2人に対して1枚使用するとして25枚必要と考える。研修などで使用する予備を5枚必要と考えると30枚は施設に欲しいため。 |
| 導入する福祉用具 | 必要数 | 必要理由（具体的に） |
|  |  |  |

３－３）今後３年間（モデル施設認定期間）における中長期的な導入計画を立案し記載

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 導入する福祉用具 | 必要数 | 必要理由（具体的に） |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

福祉用具管理担当者について

|  |
| --- |
| 【福祉用具管理担当者】  氏名：　　　　　　　　職種： |

**４　職員の健康管理（腰痛予防）**

４－１）職員の腰痛率や腰痛発生リスクの高い介護作業の把握方法や、改善に向けた取組み体制（腰痛予防対策における委員会等の体系）を記載

|  |
| --- |
| 【安全衛生委員会の有無：有・無】  【上記で有の場合、安全衛生委員会の役割と他の委員会との連携ついて記載】  【上記で無の場合、安全衛生委員会に変わる委員会の概要や活動内容、他の委員会との連携について記載】 |

４－２）腰痛発生リスクの高い介護内容の分析と改善計画について記入してください

（分かりやすい工夫を行うこと。例えば、改善の前後で写真を撮り、貼り付ける等）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 【腰痛発生リスクの高い介護内容】 | 【改善計画】 | 【取組結果】 |
| １． |  |  |
| ２． |  |  |
| ３． |  |  |

参考：項目３・項目４に関連するチェック項目

|  |
| --- |
| 温度： 室内が快適な温度・湿度に保てている |
| 照明： 作業場所、通路階段などで足元や周囲の安全が確認できるように適切な照度が保てている |
| 床面： 階段・廊下・室内などの床が滑りにくい状態である |
| 段差： つまづきや、車いすやストレッチャーなどの支障となる段差がない |
| 作業空間： 作業や動作に支障がないよう十分に広い作業空間が確保されている |
| 設備や荷の配置動作など： 作業姿勢、動作が不自然にならないよう、物品の配置や作業台や椅子の高さ等が配慮されている |
| 福祉用具の充足： 適切な機能のものが必要な枚数だけ配備されている |
| 福祉用具の配置： 出し入れしやすい場所に置いている |
| 福祉用具の管理： 定期的に管理・点検を行っている |
| 定期的に（6ヶ月以内に１回）、腰痛の健康診断が行われている |
| 始業前の腰痛予防体操が行われている |
| ストレス対策や長時間労働対策が行われている |

**５　対象者に対するノーリフティングケアの提供**

５－１）ノーリフティングケアの理念をもとにしたアセスメントを行い、ケア提供方法について、以下に記載

※氏名はイニシャルで記入。

≪アセスメント票≫

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | | | 病　名 |  |
| 介護度 |  | | | 障　害 |  |
| 身　長 |  | 体　重 |  | 痛みなど |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 本人の機能：できること  （アセスメント） | 現状のケア  （ケアプラン） | 実践していくケア  （ケア提供方法の見直し） |
| 認知度  理解度 |  |  |  |
| コミュニ  ケーション |  |  |  |
| 動き |  |  |  |
| 寝返り |  |  |  |
| ベッド上での上下移動 |  |  |  |
| ベッド上での横移動 |  |  |  |
| 起き上がり |  |  |  |
| 立ち上がり |  |  |  |
| 移乗 |  |  |  |
| 歩行 |  |  |  |
| トイレ動作 |  |  |  |

５－２）ケアプランの周知徹底の方法（手段）について記入

※具体的なケアプランの周知方法・手段があれば別紙にて添付すること

|  |
| --- |
|  |

５－３）上記の対象者における「**移乗場面**」の確認。

※移乗場面は、オンライン調査の際に確認します。調査場面は、**福祉用具（リフト・ボード・シートのいずれか）を活用した居室におけるベッド→車いすの移乗場面**としますので、録画等による準備をお願いします。