**様式第５号**

**調査票**

|  |  |
| --- | --- |
| 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指導者養成研修修了証（写し）　※R4年度に受講した場合は、添付不要

　[ ] 本様式内で示されている資料

【WEB提出】

職種を問わず全職員が回答（短時間勤務職員を除く）

　[ ] 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

　[ ] 腰痛調査

**1．　モデル施設の役割としての取組実績**

１－１）「ノーリフティングケア」の普及推進のための視察や見学の受け入れ実績について記入してください

|  |
| --- |
| 記載方法：受け入れ先の法人名、事業所名、日程、人数、内容について記載することモデル施設認定期間１年目の実績：モデル施設認定期間２年目の実績：モデル施設認定期間３年目の実績：※受け入れ内容について、事業所に問い合わせることがあります。 |

１－２）「ノーリフティングケア」の普及推進のための実践発表・報告の実績について記入してください

|  |
| --- |
| モデル施設認定期間１年目の実績：モデル施設認定期間２年目の実績：モデル施設認定期間３年目の実績：※発表時の資料を添付してお送りください（各年度、１つずつで構いません）。 |

　１－３）ノーリフティングケア指導者養成研修への参加

|  |
| --- |
| 【参加年度と人数を記載】 |

**２．組織体制の構築、ノーリフティングケアの教育に関する取組み実績**

２－１）理解度テスト：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。

２－２）ノーリフティングケアを実践する組織体制を図示し、ノーリフティングケア推進に関わる他の委員会との連携のありかたや、ノーリフティングケア推進するための委員会等の開催頻度・役割・内容・委員会のメンバー等について、具体的に記載すること

|  |
| --- |
| ノーリフティングケア推進体制図と直近の委員会の議事録等を添付してください※ノーリフティングケア推進のための委員会同士の連携の在り方（委員会等の詳細）についても図示すること。資料等があれば別紙に添付で可 |

２－３）ノーリフティングケアの職員教育に関する体制などについて

|  |
| --- |
| 教育体制図（研修内容・頻度などの詳細も図示すること）ノーリフティングケアの技術チェック方法・マニュアル・合否の基準などを記載※別紙に添付でも可。ただし、内容が分かるように補足すること |

２－４）指導者の育成について※基準等について別紙に添付すること。

|  |
| --- |
| 指導者の合否基準指導者の養成人数：今後（３年間）の指導者養成計画・養成方法　など |

**３．環境整備に関する取組み実績**

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すること

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 危険（リスクの高い）場所 | 危険な理由 | 改善箇所 |
| 例）整理されていない脱衣場・写真 | 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 |

○モデル施設認定１年目の取組み

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

○モデル施設認定２年目の取組み

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

○モデル施設認定３年目の取組み

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

上記の課題収集・分析、改善計画の立案の方法について記載すること

|  |
| --- |
| リスク抽出方法と現場からの意見・声を聞く体制について図示すること改善計画立案の方法や委員会等の役割について記載すること |

３－２）福祉用具の導入実績、および導入計画について記入してください

|  |
| --- |
| モデル施設認定期間中の福祉用具の導入実績を記載すること今後、３年間の導入計画を立案し、記載すること |

**４．職員の健康管理（腰痛予防）に関する環境整備に関する取組み実績**

４－１）腰痛発生リスクの高い介護内容について

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| リスクの高い介護作業 | その理由 | 改善（結果） |
| 例）居室での移乗場面：バスタオルを用い、二人介助を行っている・写真 | 身長差のある職員二人でタオルを用いた持ち上げ介助を行っているため。 | 対象者のアセスメントを見直し、移動式リフトを用いた移乗介助へと変更した　　　・写真 |

○モデル施設認定１年目の取組み

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| リスクの高い介護作業 | その理由 | 改善（結果） |
|  |  |  |

○モデル施設認定２年目の取組み

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| リスクの高い介護作業 | その理由 | 改善（結果） |
|  |  |  |

○モデル施設認定３年目の取組み

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| リスクの高い介護作業 | その理由 | 改善（結果） |
|  |  |  |

※委員会等で、改善計画を立案すること

上記の課題収集・分析、改善計画の立案の方法について記載すること

|  |
| --- |
| リスクの高い介護作業の情報収集方法を記載腰痛保有者の調査・把握・対応方法等について衛生委員会等との連携の在り方を記載※委員会等での計画立案の方法も記載すること |

**５．対象者に対するノーリフティングケアの提供**

５－１）ケアプラン等の定期的な見直しではなく、ノーリフティングケアの実践のためにケア提供方法の再検討や方法が適しているか、技術に課題は無いかなどについて、見直す仕組みを記載

合わせて、職員が同じケアを提供できているか確認する方法についても記載すること

|  |
| --- |
|  |