

## 大分県ノーリフティングケア先進施設指定要綱

### 1 目的

大分県と大分県社会福祉協議会では、介護サービス事業所等における職場環境改善及び介護人材の確保・定着を図るため、ノーリフティングケアの導入を推進している。ノーリフティングケアに係る先進施設の指定や他施設職員の研修受入れにより、ノーリフティングケアの更なる普及・促進を図る。

### 2 定義

この要綱において「施設」とは、通所系及び施設系の介護サービス事業所、有料老人ホーム等とする。

### 3 指定施設名称、指定要件等

大分県社会福祉協議会長名で先進施設の指定を2段階で行う。  
指定施設の考え方及びその指定要件は次のとおりとする。

#### 《指定施設の考え方》

#### (1) 先進施設(アドバンス)

職員の理解のもと、ノーリフティングケアが実践され、職員の労働安全衛生面での改善がある施設(業務による腰痛者2割以下)

#### (2) 先進施設(マスター)

職員の高い意識のもと、必要な福祉用具等も充足した環境でノーリフティングケアが実践され、職員の労働安全衛生面での改善がある施設(業務による腰痛者ゼロ)

#### 《指定要件》

(1) 別紙1「大分県ノーリフティングケア先進施設指定に係る審査基準」を満たすこととし、推進施設(アドバンス)は各項目が概ね「レベルⅡ」以上とし、先進施設(マスター)は概ね「レベルⅢ」を満たすものとする。

なお、推進施設(アドバンス)は特定の部所(ユニット等)での取り組みでも可とする。

(2) 数値基準の「業務による腰痛者の割合」については、別紙2「簡易腰痛調査票」(一般社団法人ナチュラルハートフルネットワーク作成)により、申請時点で職員の調査を実施するものとする。

調査票の「1 腰痛はありますか?」の「常に痛い、またはよく痛みがある」、「時々痛い」の人を腰痛者としてカウントしてください。

この調査票のその他の調査項目も労働安全衛生の向上のため役立ててください。

#### 4 指定手続

ノーリフティングケア先進施設の指定は次の手順で実施する。

- (1) 指定を受けようとする施設代表者は「指定申請書」(様式第1号)に必要な書類を添付し、指定された期日までに大分県社会福祉協議会会長あてに提出
- (2) 「指定申請書」受領後、大分県社会福祉協議会(大分県社会福祉介護研修センター)で書類の確認、審査を行うとともに、先進施設(マスター)の指定では、現地調査を併せて実施
- (3) 審査結果通知(様式第2号)を申請施設に郵送、指定要件合致施設には指定証(様式第3号)を併せて送付

#### 5 研修生受入

指定を受けた施設は、別紙3「ノーリフティングケア先進施設研修実施要領」に基づき、研修生の受け入れを行う。

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(アドバンス・マスター)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に記載しているので、参照してください。

《 提出書類の例 》

1	・「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	・「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	・「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	・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	・「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(アドバンス・マスター)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。

## 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(アドバ  
ンス・マスター) 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