【申請②】

**愛媛県ノーリフティングケア普及啓発事業**

**事業実施に関する同意書**

愛媛県ノーリフティングケア普及啓発事業を円滑に進めるために、以下のことを理解し、同意いただける場合は□にチェックを入れ、署名・捺印してください。

|  |
| --- |
| 職場に腰痛のある職員が何人いるかを調査して把握することに同意します。\*1  　ノーリフティングケアは介護職員の負担軽減のためだけに行うのではなく、利用者の二次障害の予防及び自立支援につながり、それによって介護者の負担はより軽減され、良いサイクルが生まれます。そのことを理解したうえで事業に取り組みます。  　労働安全衛生マネジメントシステム（リスクマネジメントを行い、ＰＤＣＡサイクルを実践）を理解して実践し、職場のノーリフティングケアを推進することに同意します。\*2  　厚生労働省が示す「職場における腰痛予防対策指針」\*3を理解し活用することに　　同意します。  　本事業終了後もノーリフティングケアの概念に基づく介護業務が継続できるよう　努め、県内他事業所にも波及するよう発表や視察受入の機会があれば協力します。 |

\*1　【様式１】導入前職員アンケート及び【様式７】導入後職員アンケートを実施していただきます。

\*2　厚生労働省「職場のあんぜんサイト」（http://anzeninfo.mhlw.go.jp/yougo/yougo02\_1.html）にてご確認ください。

\*3　厚生労働省「職場における腰痛予防対策指針」（平成25年6月18日基発0618第1号）の別紙「作業態様別の対策」にある「Ⅳ福祉医療現場における介護・看護作業」の項目を特にご確認ください。

本事業の申込にあたり、上記事項に同意します。

令和　　　年　　　月　　　日

申請者

名称

代表者職・氏名