

大分県ノーリフティングケア用福祉機器導入支援事業実施要領

1 目的

この事業は、介護サービス事業者がノーリフティングケア用福祉機器を導入する経費の一部を助成することにより、ノーリフティングケア用福祉機器の使用による介護従事者の負担の軽減を図るとともに、その実際の活用モデルを他の介護サービス事業者に周知することにより、ノーリフティングケア用福祉機器の普及による働きやすい職場環境の整備により、介護従事者の確保に資することを目的とする。

2 定義

- (1) この要領において、「介護サービス事業」とは、介護保険法（平成9年12月17日法律第123号 以下「法」という。）第8条第1項に規定する居宅サービス（訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、福祉用具貸与及び特定福祉用具販売を除く。）、同条第14項に規定する地域密着型サービス、同条第26項に規定する施設サービス、介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律（平成23年法律第72号）第4条の規定による改正後の健康保険法等の一部を改正する法律（平成18年法律第83号）附則第130条の2第1項の規定により、なおその効力を有するものとされた法第8条第26項に規定する介護療養型医療施設、法第8条の2第1項に規定する介護予防サービス（介護予防訪問看護、介護予防訪問リハビリテーション、介護予防居宅療養管理指導、介護予防福祉用具貸与及び特定介護予防福祉用具販売を除く。）を行う事業を言う。
- (2) この要領において、「介護サービス事業者」とは、大分県内において介護サービス事業を行う者を言う。
- (3) この要領において、「介護従事者」とは、介護サービス事業に従事し要援護者に対する介護を行う者を言う。

3 実施主体

この事業の実施主体は、介護サービス事業者とする。

4 事業内容

- (1) 介護従事者の負担の軽減や業務の効率化のためにノーリフティングケア用福祉機器を導入する介護サービス事業者で大分県ノーリフティングケア用福祉機器導入支援事業費補助金交付要綱による補助を希望する者は、「ノーリフティングケア用福祉機器導入計画」（別紙様式1）を策定し、別に定める期日までに県に提出しなければならない。
県は、「ノーリフティングケア用福祉機器導入計画」を審査し適切と認める場合は、大分県ノーリフティングケア用福祉機器導入支援事業費補助金交付要綱に規定する補助金交付申請書の提出を指導するものとする。
- (2) この事業によりノーリフティングケア用福祉機器を導入する県内の介護サービス事業者は、県内の介護サービス事業所（要介護者の居宅を訪問して介護サービスを行

提供する場合は要介護者の居宅を含む。)で原則として3年以上当該ノーリフティングケア用福祉機器を使用するものとする。

- (3) 県は、必要な場合は、介護サービス事業者におけるノーリフティングケア用福祉機器の使用状況について、「ノーリフティングケア用福祉機器使用状況報告書」(別紙様式2)による報告を求めることができる。
- (4) 県は、「ノーリフティングケア用福祉機器導入計画」、「ノーリフティングケア用福祉機器使用状況報告書」の内容のうち、先駆的な取り組みで他の介護サービス事業者の参考となるものを、県のホームページ等により他の介護サービス事業者に周知するものとする。

5 適用期日

この要領は、令和元年10月15日から適用する。

この要領は、令和5年4月1日から適用する。

別紙様式 1

ノーリフティングケア用福祉機器導入計画

令和 年 月 日

報告担当者	職・氏名	
	電話番号	
	メールアドレス	

法人名、代表者職・氏名	介護サービス事業所名	介護サービスの種別
ノーリフティングケア用福祉機器の種別	ノーリフティングケア用福祉機器の製品名	
購入・リース・レンタルの別	リース・レンタルの場合の契約（予定）期間（原則として3年以上）	
	令和 年 月 ～令和 年 月	
導入台数	購入・リース・レンタルに要する経費の内訳	
【ノーリフティングケア用福祉機器導入に至る経緯】		
【ノーリフティングケア用福祉機器の使用計画】（概ね3年間の使用計画を記入すること。）		
【ノーリフティングケア用福祉機器導入により達成すべき目標・期待される効果等】		

別紙様式2

ノーリフティングケア用福祉機器使用状況報告書

令和 年 月 日

報告担当者	職・氏名	
	電話番号	
	メールアドレス	

法人名、代表者職・氏名	介護サービス事業所名	介護サービスの種別
ノーリフティングケア用福祉機器の種別	ノーリフティングケア用福祉機器の製品名	
ノーリフティングケア用福祉機器導入時期	導入台数	
令和 年 月 日		
【ノーリフティングケア用福祉機器の使用状況（使用する業務・使用頻度等）】 ※日々の活用状況等、具体的に記載すること。		
【ノーリフティングケア用福祉機器の導入効果（導入による業務改善状況等）】 ※介護時間の短縮、直接・間接負担の軽減効果、介護従事者（利用者）の満足度等、具体的に記載すること。		
【ノーリフティングケア用福祉機器の不都合な点】		

【ノーリフティングケア用福祉機器導入により達成すべき目標・期待される効果等】

要件1を満たす場合は記載してください。

※内容を審査の上、要件を満たすと認められる場合は補助率3/4

要件1 「ノーリフティングケア推進施設」に指定された事業所	※該当する場合は○を記入
----------------------------------	--------------

以下の項目に該当する場合はご記入ください。

※申請多数の場合、優先して採択するための判断基準となります

過去に本補助金の交付を受けていない事業所	※該当する場合は○を記入
昨年度申請したが、不採択となった事業所	※該当する場合は○を記入
ふくふく認証事業者（認証申請中も含む）	※該当する場合は○を記入