

# 職場定着支援助成金 介護福祉機器 導入報告書

平成 年 月 日

申請事業主名

以下の導入事業所に係る導入効果を報告します。

導入事業所名  
雇用保険適用事業所番号

導入した介護福祉機器	台数
	台
	台
	台
	台
	台

(1)実施状況

		対象人数	アンケート実施日	回収人数	回収率
①機器の導入	導入前	人		人	#DIV/0!
	導入後	人		人	#DIV/0!
②介護技術研修	受講前	人		人	#DIV/0!
	受講後	人		人	#DIV/0!

(注1)対象人数

①機器の導入…機器の導入部署及び当該導入部署に異動する予定となっている他部署の介護労働者(雇用保険一般被保険者)

※ 介護労働者とは、専ら介護関係業務を行う者を指します。この「介護関係業務」とは、身体上又は精神上的の障害があることにより日常生活を営むのに支障がある方に対し、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練、看護、療養上の管理、移動の介護、衣服の着脱介護、体位交換、清拭等を行うものを指します。

②介護技術研修…導入事業所全体の介護労働者(雇用保険一般被保険者)

(注2)アンケートを行った場合は、回収率80%以上であることが必要です。

(注3)導入前及び受講前の状況の把握を行った労働者全員が離職した場合には、導入の効果が低かったものとみなし、不支給となります。

(注4)導入前と導入後のアンケートは同一人物に対して行ってください。

(2)実施結果

		導入前	導入後	改善率
機器の導入	① 機器の導入前、身体的負担が大きいと感じている職員数	人	人	
	② 機器の導入後、上記①のうち、身体的負担が減少した職員数	人	人	#DIV/0!
介護技術研修	③ 研修の受講前、身体的負担が大きいと感じている職員数	人	人	
	④ 研修の受講後、上記③のうち、作業方法が改善された職員数	人	人	#DIV/0!

改善率=身体的負担(作業方法)が減少(改善)した職員数/機器の導入前(研修の受講前)身体的負担が大きいと感じていた職員数

(労働局記入欄)

受理年月日	平成 年 月 日					
評価1	支給・不支給					
評価2	支給・不支給					
支給年月日	支給決定番号		第 号			
備考						
決裁欄	局長	部長	課長	課長補佐	係長	担当