【様式１】　　　　　　　**ノーリフティングケア【導入前】職員アンケート**

記入日　令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |

該当するものの□内にレ印でチェックしてください。（　　）内には該当する事項を記入してください。

**１　あなたの基本情報について**

|  |
| --- |
| 職種　　　[ ] ①介護職　[ ] ②看護職　[ ] ③その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）経験年数　[ ] ①３か月以内　[ ] ②３か月以上１年未満　[ ] ③１年以上３年未満　[ ] ④３年以上５年未満[ ] ⑤５年以上10年未満　[ ] ⑥10年以上（　　　　）年性別　　　[ ] ①男　　　　　[ ] ②女年齢　　　[ ] ①１０代　[ ] ②２０代　[ ] ③３０代　[ ] ④４０代　[ ] ⑤５０代　[ ] ⑥６０歳以上ＢＭＩ\* 　[ ] ①18.5未満　[ ] ②18.5～25未満　[ ] ③25～30未満　[ ] ④30～35未満　[ ] ⑤35～40未満[ ] ⑥40以上　　\*ＢＭＩ＝体重〔㎏〕÷（身長〔ｍ〕×身長〔ｍ〕） |

**２　職務歴**

|  |  |
| --- | --- |
| 現在の業務に就く前に、他の業務を行ったことがありますか。（同じ職種であれば①） | [ ] ①いいえ[ ] ②はい 業務の内容（　　　　　　　　　　　　 ） |

**３-①　現在の状況（腰痛）について**

|  |  |
| --- | --- |
| なし※4に進む | [ ] ①まったく痛まない[ ] ②仕事中や就寝時間に腰が重い、腰が疲れやすい |
| 以前あり※3-②へ進む | [ ] ③以前、腰痛になったことがあるが、再発しておらず、治癒している[ ] ④以前、腰痛になったことがあり、再発経験もあるが現在は治癒している |
| あり※3-②へ進む | [ ] ⑤時々痛くなる[ ] ⑥現在腰痛があり、常に痛い |

**３-②　腰痛への対応等について**

|  |  |
| --- | --- |
| (ア) 初めて腰痛になった原因は | [ ] ①職場　[ ] ②家庭生活　[ ] ③交通事故　[ ] ④スポーツ中[ ] ⑤その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| (イ)その時の起こり方は | [ ] ①急激に起こった　　[ ] ②徐々に起こった |
| (ウ)その時の対策は | [ ] ①何もしていない[ ] ②家庭療法（湿布、塗り薬、ｺﾙｾｯﾄ、痛み止め服薬等）[ ] ③民間療法（鍼、マッサージ等）[ ] ④仕事を休んだ[ ] ⑤診療を受けた　　[ ] ⑥その他（　　　　　　　　　　　　） |
| (エ)その後、現在に至るまでの症状は（坐骨神経痛、下肢のしびれを含む） | [ ] ①（　　　）回発生[ ] ②初回から腰痛が持続している[ ] ③時折腰痛を感じる程度[ ] ④初回以降腰痛なし[ ] ⑤その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |

【表面】裏面につづく

**４　現在の症状（腰のツッパリ、倦怠感、重苦しさを含む）**※(１)～(３)でいいえと答えた場合は５に進んでください。

|  |  |
| --- | --- |
| (１)現在、腰痛はありますか | [ ] ①いいえ　[ ] ②はい（時々ある場合を含む） |
| (２)現在の業務に就いてから腰痛が発生しましたか | [ ] ①いいえ[ ] ②はい(ときどき)[ ] ③はい(たびたび)  |
| (３)現在の業務に就業後、腰痛が激しくなりましたか | [ ] ①いいえ　[ ] ②はい　　 |
| (４)現在の痛みの強さは | [ ] ①ときどき休憩をしないと仕事が続かない[ ] ②休憩をするほどではないが、かなり痛い[ ] ③ときどき軽い痛みを感じる程度[ ] ④腰がだるい程度 |
| (５)腰痛の状態を職場の管理職に伝えましたか | [ ] ①はい　　[ ] ②いいえ |
| (６)(５)でいいえと答えた方はなぜですか（複数回答可） | [ ] ①伝えるほどでもないと思った[ ] ②職業病で仕方ないと思った[ ] ③周りの人も同じ状況なので言わなかった[ ] ④服薬や、湿布を貼る等自分で対応できると思った[ ] ⑤すぐに軽快した[ ] ⑥その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| (７)現在、腰痛の治療を受けていますか | [ ] ①はい　　[ ] ②いいえ |

**５　業務の状況**

|  |  |
| --- | --- |
| (１)どのような勤務体制ですか | [ ] ①日勤　　[ ] ②２交代勤務（日勤・夜勤）[ ] ③その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| (２)業務において持ち上げたり引きずったりする介助はありますか | [ ] ①ほとんどがそう　[ ] ②一部あり[ ] ③ほとんどない　　[ ] ④ない |
| (３)負担の大きい介助場面は | [ ] ①体位変換、ベッド上移動　　[ ] ②おむつ交換[ ] ③移乗　　[ ] ④トイレ　　[ ] ⑤入浴[ ] ⑥その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| (４)負担の大きい介助姿勢は | [ ] ①前かがみ　[ ] ②しゃがむ　[ ] ③身体をひねる[ ] ④持ち上げる[ ] ⑤その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| (５)あなたの事業所では、腰痛対策のために福祉用具・機器を導入していますか | [ ] ①導入しており、活用している[ ] ②導入しているが、あまり活用していない[ ] ③導入していない |
| (６)(５)で②と答えた方、導入しているがあまり活用していない要因は何だと思いますか(複数回答可) | [ ] ①福祉用具・機器が不足している[ ] ②活用方法がきちんと習得できていない[ ] ③活用する時間がない　[ ] ④使うことに抵抗がある[ ] ⑤使うことの必要性や意義が分からない[ ] ⑥その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| (７)業務前,中,後に体操やストレッチを行っている | [ ] ①はい　　[ ] ②いいえ |
| (８)業務中に小休止や休憩は取れていますか | [ ] ①はい　　[ ] ②いいえ |
| (９)服装は動きやすく、着心地が良いですか | [ ] ①はい　　[ ] ②いいえ |
| (10)靴は滑りにくく、疲れにくいものですか | [ ] ①はい　　[ ] ②いいえ |
| (11)１日の睡眠時間はどのくらいですか | （　　　　）時間 |

【様式１　裏面】