【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】