【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。

**設問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（　　　　）年年齢　　　[ ] ①１０代　[ ] ②２０代　[ ] ③３０代　[ ] ④４０代　[ ] ⑤５０代　[ ] ⑥６０歳以上 |

**設問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（　　　　　　　　　　　　 ） |

**設問３-①　現在の状況（腰痛）について**

|  |
| --- |
| 現在の腰痛の状況について、いずれかを選択いただき、それぞれに応じた設問に進んでください。 |
| [ ] 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　　　　　　　　　　　　　　**設問４に進む**[ ] 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　　　**設問３-②へ進む**[ ] ⑤時々痛くなる[ ] ⑥現在腰痛があり、常に痛い |

**設問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

**設問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、設問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休憩するほどではないが、常に痛みを感じている[ ] 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伝えるほどの痛みでもないと思った 　　 [ ] 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、ｺﾙｾｯﾄ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、通院するなど腰痛の治療を受けていますか | [ ] ①はい　　[ ] ②いいえ |

**設問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)業務において利用者の身体を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食事介助　[ ] ⑦更衣介助　[ ] ⑧その他（　　　　　　　　　　） |
| (４)負担の大きい介助姿勢は |
| [ ] ①前かがみや中腰　[ ] ②しゃがむ　[ ] ③身体をひねる　[ ] ④持ち上げる[ ] ⑤長時間の同一姿勢（立ったまま・座ったままなど） [ ] ⑥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・機器が不足しており、使用したい時に近くにない [ ] ②活用方法がきちんと習得できていない[ ] ③活用する場面・対象がない[ ] ④使うことに抵抗がある（準備等に時間がかかるので使うのが億劫など）[ ] ⑤使うことの必要性や意義が分からない [ ] ⑥その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| (７）不要なものを片付けて通路を広くするなど、介助に適した環境に調整していますか |
| [ ] ①はい　　[ ] ②いいえ |
| (８) 職員内で、利用者の身体能力を把握して介助方法等を共有する機会がありますか |
| [ ] ①はい　　[ ] ②いいえ |
| (９)業務前,中,後に体操やストレッチを行っていますか | [ ] ①はい　　[ ] ②いいえ |
| (10)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 |
| (11)服装は動きやすく、着心地が良いですか | [ ] ①はい　　[ ] ②いいえ |
| (12)靴は滑りにくく、疲れにくいものですか | [ ] ①はい　　[ ] ②いいえ |
| (13)１日の睡眠時間はどのくらいですか | 時間 |

【様式１　裏面】