【様式７】　　　　　　　**ノーリフティングケア**　**導入後**　**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　ノーリフティングケア導入後の腰痛状況について（腰のツッパリ、倦怠感、重苦しさを含む）**

|  |
| --- |
| 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  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  ⑤時々痛くなる  ⑥現在腰痛があり、常に痛い |

⇒導入前アンケートでの上記の回答番号を教えてください。（　　　　）番

**設問３　ノーリフティングケアを導入したことによって、身体的負担は軽減したと思いますか？**

①軽減した　　②やや軽減した　　③ほとんど軽減しなかった　　④全く軽減しなかった

※①、②、③と回答した場合は下欄に軽減した内容、介助場面等を教えてください

|  |
| --- |
|  |

**設問４　導入した福祉用具・機器の利用状況について**

①よく使う　　②あまり使わない　　③全く使わない

※②、③と回答した場合は下欄に理由を記入してください

|  |
| --- |
|  |

【表面】裏面につづく

**設問５　負担が大きいと感じる介助場面を教えてください（３つまで回答可）**

（１）負担の大きい介助場面

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（　　　　　　　　　　　　　　　）

⇒導入前アンケートでの上記の回答番号を教えてください。（　　　　　　）番

（２）負担の大きい介助姿勢

①前かがみや中腰　②しゃがむ　③体をひねる　④持ち上げる

⑤長時間の同一姿勢（立ったままや座ったままなど）⑥その他（　　　　　　　 　　　　）

⇒導入前アンケートでの上記の回答番号を教えてください。（　　　　　　）番

**設問６　ノーリフティング導入後に、職員や利用者に変化はありましたか？（３つまで回答可）**

①腰痛や肩こりが起こりにくくなった

②大きな力を出さなくても介助ができるようになった

③介護事故が起こりにくくなった

④気持ちに余裕を持って介助できるようになった

⑤どの職員が介助を行っても、同じ質の介助を提供できるようになった

⑥利用者が安全で安心して移動できるようになった

⑦利用者一人ひとりにあった福祉用具を使うことで、きめ細かい介助を行えるようになった

⑧腰痛など（ストレス含む）による休業や転職や退職を考えなくなった。

⑨高齢になっても今の仕事を続けることができると思うようになった

⑩その他　　↓その他にチェックした場合は具体的内容を下記に記入してください。

|  |
| --- |
|  |

**設問７　ノーリフティングケアの研修で学んだことは、日常業務に反映できていますか？**

①内容を理解し、実践できるようになった

②内容を理解し、少しずつ実践できている

③内容が理解できておらず、実践もできていない

□④内容は理解できているが、実践には至っていない。

※①、②と答えた方は下記も回答してください（３つまで回答可）

①ストレッチングを取り入れるようになった

②業務中に小休止や休憩を取るようになった

③服装や靴は着心地、履き心地が良く、疲れにくいものを着用するようになった

④日常や介護での姿勢を見直し、負担軽減できる姿勢を意識するようになった

⑤利用者の機能に合った福祉用具を適切に活用するようになった

⑥利用者の２４時間の姿勢を意識するようになった

⑦ノーリフティングケアは事業所全体で取り組むべきであり、委員会の役割が重要だと理解した

⑧ノーリフティングケアの考え方を今後も継続していくべきだと感じている

【様式７　裏面】