

介護福祉機器導入に関するアンケート

氏名 _____ (直筆でお願いします。)

導入前アンケート 記入日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(現在、介護福祉機器を導入する部署に所属している方)

①-1 現在、従事している介護関係業務を行う上での身体的負担は大きいと感じていますか。

- A 感じている → 導入後アンケートでは②にご回答ください。
B 特に感じていない → 導入後アンケートでは③にご回答ください。

(今後、介護福祉機器を導入する部署に異動する予定の方)

①-2 今後、従事する予定となっている介護関係業務を行う上での身体的負担は大きいと思いますか。

- A 思う → 導入後アンケートでは②にご回答ください。
B 特に思わない → 導入後アンケートでは③にご回答ください。

導入後アンケート 記入日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

② 導入前アンケート①で感じていた身体的負担は、介護福祉機器を導入したことにより軽減しましたか (または軽減したと思いますか)。

- A 軽減した
B やや軽減した
C あまり軽減されなかった
D 全く軽減されなかった

③ 介護福祉機器の導入後も、介護関係業務が原因の身体的負担は発生していませんか。

- A はい
B いいえ

アンケート実施の注意事項

- 介護福祉機器を導入する部署で介護関係業務 (※) に従事 (導入部署に異動予定も含む。) している方が対象です。
※ 身体上または精神上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。
- 導入前アンケートは「導入・運用計画書を提出後、介護福祉機器を導入するまで」の間に、導入後アンケートは「介護福祉機器の導入後、一定の間介護関係業務に従事してから導入・運用計画が終了するまで」の間に実施してください。
また、導入前及び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。
- アンケートの回収率はいずれも 80%以上であることが必要です。
- 導入前アンケートを行った方が全員離職した場合は、導入の効果が低かったものとみなし、助成金は不支給となります。