

日本語版 MAPO インデックス データ収集票

(病院で調査を行う場合は入居者を患者と読み替えてください)

日付：_____年____月____日

調査員氏名：_____

<input type="checkbox"/> 病院	病棟名：	<input type="checkbox"/> 介護施設	ユニット（もしくは病棟）名：
ベッド数		平均入院（入居）日数	日

1. インタビュー調査

【職員について】

入居者の抱え上げ作業に従事するスタッフ数は？			
看護職	人	その他の医療・介護従事者	人

この内、腰痛等により人力での入居者の抱え上げができない職員数は？	人
入居者の抱え上げ作業に従事する職員のうち 50 歳未満の人数	人
入居者の抱え上げ作業に従事する職員のうち 50 歳以上の人数	人

各シフトで人力による入居者の抱え上げ業務に従事する職員数と時間を記載してください			
早出_____人 ： ～ ：	日勤_____人 ： ～ ：	夜勤_____人 ： ～ ：	その他_____人 ： ～ ：
職員数の合計 (A)			人

入居者の抱え上げ業務に従事するパートタイマー数と時間を記載してください			
各シフトにおけるパートタイマー数	時間	分数	係数
早出帯 人	： ～ ：	/	
日勤帯 人	： ～ ：	/	
夜勤帯 人	： ～ ：	/	
その他の時間帯 人	： ～ ：	/	
パートタイマー係数の合計 (B)			人

24 時間で人力による抱え上げ業務に従事する職員の総数 (OP) : 職員数の合計 (A) とパートタイマー係数 (B) の合計	OP
--	-----------

入居者の抱え上げ業務を実施する場合、通常 2 人 1 組で行っている	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
「はい」の場合、それぞれのシフト毎の組数を記載してください	
早出：_____組	日勤：_____組
夜勤：_____組	
「いいえ」の場合、それぞれのシフト毎のスタッフ数を記載してください	
早出：_____人	日勤：_____人
夜勤：_____人	

【入居者について】

全介助の必要な入居者数の1日当たり平均人数 (NC)	人
NCのうち寝たきりの人数	人
部分介助の必要な入居者数の1日当たり平均人数(PC)	人
介助が必要な入居者数(1日当たりの人数)はどれ位ですか? (NC+PC)	人

介助が必要な入居者と職員比	
全介助の必要な入居者数の1日当たり平均人数と職員比 NC÷OP	NC/OP
部分介助の必要な入居者数の1日当たり平均人数と職員比 PC÷OP	PC/OP

【職員の教育と訓練】

教育と訓練	
移乗介助作業に特化した理論と実習の訓練を開催している	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
はいを選択した場合、何か月前に開催しましたか?	
はいを選択した場合、何時間のコースでしたか?	時間
理論と実習の訓練に参加した職員数	人
情報提供	
福祉用具の使用方法に関する訓練のみ開催している	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
上記の訓練に参加した職員数	人
人力での抱え上げ作業のリスクに関して情報提供をしていますか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
上記の情報を提供した職員数	人
以上の取り組みの効果をチェックして記録していますか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	TF

【人力による介助作業】

シフトごとの入居者の人力による介助作業の数	50%以上の全介助入居者 (NC) に対して人力での抱え上げ作業を行う作業の数 (TL)				50%以上の部分介助入居者 (PC) に対して部分的な抱え上げ作業を行う作業の数 (PL)			
	早出	日勤	夜勤	その他	早出	日勤	夜勤	その他
頭方向への引き上げ								
ベッド上での体位変換								
ベッドと車いす間の移乗介助 (またはその逆)								
座位から立ち上がり介助 (またはその逆)								
ベッドからストレッチャー間の移乗介助 (またはその逆)								
車いすと便器間の移乗介助 (またはその逆)								
車椅子上で座り直し								
起き上がり (背臥位から座位) (またはその逆)								
その他								
各列の合計数								
TL・PL ごとの合計	TL				PL			

【福祉用具を使用した介助作業】

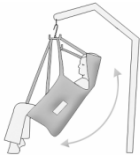

シフトごとの入居者の福祉用具を用いた介助作業の数	50%以上の全介助入居者 (NC) に対して 福祉用具を使用した 完全な抱え上げ作業の数 (ATL)				50%以上の部分介助入居者 (PC) に対して 福祉用具を使用した 部分的な抱え上げ作業の数 (APL)			
	早出	日勤	夜勤	その他	早出	日勤	夜勤	その他
頭方向への引き上げ								
ベッド上での体位変換								
ベッドと車いす間の移乗介助 (またはその逆)								
座位から立ち上がり介助 (またはその逆)								
ベッドからストレッチャー間の移乗介助 (またはその逆)								
車いすと便器間の移乗介助 (またはその逆)								
車椅子上で座り直し								
起き上がり (背臥位から座位) (またはその逆)								
その他								
各列の合計数								
福祉用具を使用した完全な抱え上げ(ATL)または部分的な抱え上げ(APL)毎の合計	ATL				APL			

福祉用具を使用した完全な抱え上げの割合 (%ATL) $ATL \div (TL + ATL)$	%
--	----------

福祉用具を使用した部分的な抱え上げの割合 (%APL) $APL \div (PL + APL)$	%
---	----------

2. 実地検査

【福祉用具】 介助が必要な入居者の抱え上げ/移乗用の福祉用具で保有している福祉用具について記載してください

全介助が必要な入居者用の移乗介助機器とストレッチャー		保有数	必要機能の不足	入居者や作業環境に合っていない	メンテナンス不足
移乗介助機器のタイプ：			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
移乗介助機器のタイプ：			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
天井走行式リフト：			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
調整可能なストレッチャーのタイプ：			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
調整可能なストレッチャーのタイプ：			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

【移乗介助機器要因(LF)】

移乗介助機器要因 (LF)	LF 値	LF
保有してない又は不適當かつ数が不足 ^{※3} している	4	
不足または不適當である	2	
適當かつ十分な数を保有している場合	0.5	

移乗介助機器とストレッチャー以外の福祉用具		保有数	必要機能の不足	入居者や作業環境に合っていない	メンテナンス不足
スライディングシート：			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
スタンディングマシーン：			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
取っ手付き介助ベルト：			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
スライディングボード：			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
その他：			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

◆入居者の衛生補助具の有無：あり なし

シャワートロリー：_____台	医療浴槽：_____台
シャワーチェア：_____台	シャワートレイ：_____台

◆介護施設の場合：シフト毎の入浴介助の回数と人力による完全な抱え上げもしくは部分的な抱え上げのどちらかを選択してください

入浴介助	NCの入居者		PCの入居者	
	早出帯の入浴数：____	日勤帯の入浴数：____	早出帯の入浴数：____	日勤帯の入浴数：____
完全な抱え上げ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
部分的な抱え上げ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

【福祉用具要因(AF)】

福祉用具要因 (AF)	AF 値	AF
保有してないまたは不足している	1	
十分かつ適当である場合	0.5	

【車いす】

車いすの特徴と問題点 (以下の問題点に該当する場合は☑して下さい)	A※	B※	C※	D※	E※	点数
車椅子タイプごとの合計台数	台	台	台	台	台	
メンテナンス不足	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
ブレーキの故障	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
取り外しのできないアームサポート	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
取り外しのできないフットサポート	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
扱いにくいバックサポート (背もたれ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
幅が 70cm 以上	cm	cm	cm	cm	cm	1
各列の点数						/
各列の点数の総合計 (A~E 列の合計)						点

車椅子台数の総合計	台
-----------	---

平均車椅子スコア (MSWh)	MSWh
-----------------	------

【浴室】

浴室の特徴と問題点 (以下の問題点に該当する場合は☑して下さい)	A※	B※	C※	D※	E※	点数
浴室は共有タイプまたは個室タイプのどちらかを選択してください	<input type="checkbox"/> 共有 <input type="checkbox"/> 個室	<input type="checkbox"/> 共有 <input type="checkbox"/> 個室	<input type="checkbox"/> 共有 <input type="checkbox"/> 個室	<input type="checkbox"/> 共有 <input type="checkbox"/> 個室	<input type="checkbox"/> 共有 <input type="checkbox"/> 個室	
各タイプの浴室数						/
福祉用具の使用に不十分なスペース	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
内開きのドア (外開きではない)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
シャワーなし	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
浴槽なし	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
ドアの横幅が 85cm 未満	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
取り外しができない障害物	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
各列の点数						/
各列の点数の総合計 (A~E 列の合計)						点

浴室数の総合計	
---------	--

平均浴室スコア (MBS)	MBS
---------------	-----

【トイレ】

トイレの特徴と問題点 (以下の問題点に該当する場合は☑して下さい)	A※	B※	C※	D※	E※	点数
トイレは共有タイプまたは個室タイプのどちらかを選択してください	<input type="checkbox"/> 共有 <input type="checkbox"/> 個室	<input type="checkbox"/> 共有 <input type="checkbox"/> 個室	<input type="checkbox"/> 共有 <input type="checkbox"/> 個室	<input type="checkbox"/> 共有 <input type="checkbox"/> 個室	<input type="checkbox"/> 共有 <input type="checkbox"/> 個室	
各タイプのトイレ個数						
車椅子が入るには不十分なスペース	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
内開きのドア（外開きではない）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
便器の高さが不十分（50cm 以下）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
手すりがない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
ドアの横幅が 85cm 未満	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
便器両脇のスペースが 80cm 未満	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
各列の点数						
各列の点数の総合計（A～E 列の合計）						点
トイレ個数の総合計						
平均トイレスコア（MTS）	MTS					

【居室】

居室の特徴と問題点 (以下の問題点に該当する場合は☑して下さい)	A	B	C	D	E	点数
居室タイプごとの部屋数						
居室タイプ1部屋あたりのベッド数						
ベッド間及びベッドと壁間の間隔が 90cm 未満	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
ベッドの足元と壁の間隔が 120cm 未満	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
取り外しができない障害物がある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
高さ固定のベッド	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
不適切なベッド：手動昇降式	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
不適切なベッド柵：取外しに力を要する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ドアの幅	cm	cm	cm	cm	cm	
ベッドと床との間が 15cm 未満	cm	cm	cm	cm	cm	2
ベッドの車輪がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
肘掛け椅子の高さが 50cm 未満	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0.5
各列の点数 (例:不適切なベッド ☑1点×Aタイプ2室=A列点数は2点)						
各列の点数の総合計 (A~E列の合計)						点
部屋数の総合計						

平均居室スコア (MRS)	MRS
---------------	-----

平均作業環境スコア (MES) の算出 MBS + MTS + MRS	MES
--	-----

【作業環境要因 (EF) の算出】

作業環境要因 (EF)			EF	
MES 値	0.0 - 5.8	5.9 - 11.6		11.7 - 17.5
EF 値	0.75	1.25		1.50

【高さ調節可能なベッド】

高さ調節可能ベッドの 台数と特徴 	台数	電動昇降式ベッド	手動昇降式ベッド	電動ベッドの可働箇所は何段階に分かれていますか (いずれかに○)	手作業による背上げ・膝上げ
ベッド A	台	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	1 2 3	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
ベッド B	台	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	1 2 3	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
ベッド C	台	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	1 2 3	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
ベッド D	台	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	1 2 3	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

常時臥床の入居者に浴槽や車椅子を使用していますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
---------------------------	--

【ご注意ください】

本インデックスは保健衛生業の労働衛生管理を担う安全衛生担当者の方等が使用することを念頭に開発したものです。従って、ご自身の事業場内でご使用いただく際には当センターへの連絡や許可を得ることなく使用可能です。

以下のいずれかに該当する場合には、当センターの許可が必要になりますので事前にご相談ください。

1. 自身が所属する事業場以外の施設で使用する
2. 研究目的で使用する
3. 研修会などで使用する
4. その他（商用利用等）

<連絡先>

独立行政法人 労働者健康安全機構 福岡産業保健総合支援センター

〒812-0016 福岡県福岡市博多区博多駅前南 2-9-30

福岡県メディカルセンタービル 1 階

TEL : 092(414)5264

FAX : 092 (414) 5239