

d) 転倒予防事業プログラム終了後の指導効果を評価しているとお答えになった方にお聞きします。指導効果はみられましたか。以下より一つ選び、○をつけて下さい。

- ① ( ) 効果なし → 問5にお進み下さい  
② ( ) 効果がみられた

どの事業内容にどのような効果がみられたかご記入下さい

問4 問2で「いいえ」と答えた（転倒予防事業を実施していない）場合、お答え下さい。

a) 実施していない理由を以下より選び、○をつけて下さい。（複数回答可）

- ① ( ) 予算がない  
② ( ) スタッフがいない  
③ ( ) 施設および設備が整っていない  
④ ( ) 具体的な運営・指導プログラムが分からない  
⑤ ( ) 事業実施の必要性を感じない  
⑥ ( ) その他 ( )

b) 今後の転倒予防に関する計画について以下より一つ選び、○をつけて下さい。

- ① ( ) 近い将来実施する予定がある  
② ( ) 実施の予定はない  
③ ( ) その他 ( )

高齢者を対象とした健診・健康調査活動について伺います。

問5 あなたの市町村で実施している高齢者あるいは中高年以上を対象とした健診・健康調査活動の内容に、以下のものは含まれていますか。該当するものを以下より選び、○をつけて下さい。(複数回答可、⑬～⑲は有病率または受療状況について調査したもののみ回答)

- |               |               |               |
|---------------|---------------|---------------|
| ① ( ) 身長・体重   | ② ( ) 視力      | ③ ( ) 聴力      |
| ④ ( ) 握力      | ⑤ ( ) 歩行速度    | ⑥ ( ) 骨密度     |
| ⑦ ( ) 活動能力    | ⑧ ( ) 運動習慣    | ⑨ ( ) 食習慣     |
| ⑩ ( ) 飲酒・喫煙習慣 | ⑪ ( ) 転倒経験の有無 | ⑫ ( ) 骨折歴     |
| ⑬ ( ) 高血圧     | ⑭ ( ) 心疾患     | ⑮ ( ) 糖尿病     |
| ⑯ ( ) 脳卒中     | ⑰ ( ) パーキンソン病 | ⑱ ( ) 白内障・緑内障 |
| ⑲ ( ) 骨粗鬆症    |               |               |
| ⑳ その他 ( )     |               |               |

問6 健診・健康調査の結果は、健康教育を目的とした広報、地区組織の集まりなどを通して、住民に返されていますか。以下より一つ選び、○をつけて下さい。

- ① ( ) はい  
② ( ) いいえ

どのような方法で返されているのかご記入下さい

高齢者を対象とした保健事業の実施状況について伺います

問7 あなたの市町村で、この1年間に「閉じこもり」予防に関する保健事業は実施されていますか。以下より一つ選び、○をつけて下さい。

- ① ( ) はい  
② ( ) いいえ

問8 あなたの市町村で、この1年間に「生活機能(ADL)低下」予防に関する保健事業は実施されていますか。以下より一つ選び、○をつけて下さい。

- ① ( ) はい  
② ( ) いいえ

転倒予防事業に対する興味・関心についてお伺いします。

問9 あなたは、「高齢者の転倒予防を目的とした保健事業」にどの程度、関心をお持ちですか。  
以下より一つ選び、○をつけて下さい。

- ① ( ) 大変関心がある
- ② ( ) まあ関心がある
- ③ ( ) あまり関心がない
- ④ ( ) 全く関心がない

問10 機会があれば、何らかの研究機関と共同で、あるいは独自に高齢者の転倒予防に関する研究活動を実施したいと思いますか。以下より一つ選び、○をつけて下さい。

- ① ( ) 是非実施したい
- ② ( ) できれば実施したい
- ③ ( ) 実施したいとはあまり思わない
- ④ ( ) 実施したいとは全く思わない
- ⑤ ( ) その他 ( )

今回の調査は、平成12年実施予定の「高齢者の転倒予防を目的とした保健事業に関する実態調査」の予備的段階ですので、答えづらい点等ございましたら、ご自由にお書き下さい。忌憚のないご意見をお待ちしております。

ご協力ありがとうございました。

### Ⅲ 資料

## 村櫛町高齢者の健康と転倒に関する検診（パート3）のお知らせ

暑さの厳しい季節となりましたが、いかがお過ごしでしょうか？

さて、保健所では平成8年度から、標記の検診を実施していますが、今年は国の唯一の高齢者に関する研究機関である「国立長寿医療研究センター」の協力を得ることが出来、実施の運びとなりました。

今年の検診は、新たに目の検査（視力等の各種検査）を加え、より充実した内容を皆様にご提供いたします。自分では見えていると思っても、片目でしかよく見えていない場合もあります。転ばないように遠近感をとらえるためには、両目がしっかり見えていることが重要です。そこで、今回は一般の視力検査とともに立体視検査も含めた眼科検診を行います。自分では、気づかない体の変化をこの機会に把握し健康増進に役立てて下さい。もちろん、骨量検査、血圧測定、健康相談も行います。

なお、受診された個人のプライバシーは厳重に保護されますので、安心して受診されますようお願いしております。

### 記

- 1 日 時 **あなたの受診日時は8月7日（金）午後 2時30分です。**  
8月3日（月）午後1時から7日（金）まで村櫛会館で行います。  
ご都合が悪い場合は、あらかじめ保健予防課までご連絡下さい。
- 2 持ち物 同封の事前アンケート本人用・家族用（ご記入してお持ち下さい。）  
普段使うメガネ全部、コンタクトレンズを使用している方はケース、  
健康手帳  
昨年度受診の検診結果（お持ちの方のみで結構です。）
- 3 服 装 自由です。
- 4 問い合わせ 保健所 保健予防課 453-6118 担当 鈴木勝子

氏名	生年月日 (明治・大正・昭和)	年	月	日	歳
家族人員	人	単身・核家族・複合家族			

ご本人にお伺いします。

**問 1 あなたは、普段自分で健康だと思いますか？**

1. 非常に健康だと思う 2. まあ健康な方だと思う 3. あまり健康ではない 4. 健康ではない

**問 2 あなたは次の症状がありますか？**

- |                  |       |       |
|------------------|-------|-------|
| 1. 足のしびれや脱力感     | 1. ある | 2. ない |
| 2. 手足のふるえ        | 1. ある | 2. ない |
| 3. めまい、からだのふらふら感 | 1. ある | 2. ない |
| 4. 膝の痛み          | 1. ある | 2. ない |
| 5. 背中や腰の痛み       | 1. ある | 2. ない |

**問 3 あなたは、歩く時に杖や歩行器（手押し車など）をふだん使っていますか？**

1. いいえ 2. はい ( 1.杖 2.歩行器 3.両方使う )

**問 4 あなたの現在の活動範囲は次のどれに当てはまりますか？ひとつだけ○をつけて下さい。**

- 自動車・バス・電車・自転車などを使って外出する。
- 家庭内ではほぼ不自由なく動き回る。隣近所へは行くが、遠出はしない。
- 少しは動く (庭先に出てみる、小鳥の世話をしたり、簡単な繕いものなどをする程度)
- 起きているが余り動かない (寝床から離れている時間も方が多い)
- 寝たり起きたり (床は常時敷いてある、トイレ・食事は起きてくる)
- 寝たきり

**問 5 現在、お医者さんにかかっている病気がありますか？**

1. ある 病名 ( ) 2. ない
- 5-1 どんなお薬を飲んでいますか？
1. 飲んでいない 2. 降圧剤 (血圧を下げる薬) 3. 安定剤 4. 睡眠薬
5. カルシウム剤 6. わからない 7. その他 薬剤を記入して下さい ( )
- 5-2 全部合わせて ( ) 種類の薬を飲んでいる

**問 6 あなたは以下の病気になったこと (現在治療中も含む) がありますか？**

1. 脳卒中 2. 心臓病 3. 高血圧 4. 糖尿病 5. 白内障 6. パーキンソン病
7. 骨粗鬆症 8. 婦人科系の手術 ( a 子宮切除 b 片側卵巣切除 c 両側卵巣切除 d その他 )
9. 膝関節症 10. その他 ( )
11. 全部合わせて ( ) 種類の病気になったことがある。

**問 7 過去1年間に入院しましたか？**

1. 入院しない 2. 入院した 病名を記入して下さい ( )

**問 8 あなたは、過去1年 (昨年8月1日から今年7月31日まで) に転んだことがありますか？**

( 転ぶとは、地面や床などに膝や手、尻などがついてしまうこと、階段、ベッド、自転車からの転落も含む )

1. ある 転んだ回数は ( ) 回 2. ない

**問 9 現在、何か仕事をしていますか？**

1. している 2. していない  
9-1 どのような仕事ですか？  
1. 農作業 2. 家事 3. 自営業 4. 勤め 5. その他  
9-2 週何日仕事をなさっていますか？  
1. ほぼ毎日 2. 2～3日おき 3. 週1回

**問 10 あなたは、次の活動をよく行うほうですか？よく参加すると思われるものに○をつけて下さい。**

1. 自治会活動 2. 老人クラブ 3. ボランティア活動 4. 趣味の会（サークル）  
5. 宗教活動 6. 地域のお祭り 7. 親戚や近所の集まり 8. 知人・友人への見舞い  
9. 知り合いに対する看病 10. 頼まれたおつかいや留守番  
11. その他（ ）

**問 11 あなたは散歩や軽い体操を定期的にしていらっしゃいますか？**

1. している 2. していない

**問 12 あなたは運動やスポーツを定期的に行っていますか？**

1. している 2. していない  
12-1 どのような運動ですか？  
1. ゲードボール 2. ジョギング 3. ハイキング 4. 武道 5. 踊り・ダンス  
6. その他（ ）  
12-2 各スポーツを合わせると週何日行っていますか？  
1. ほぼ毎日 2. 5～6日 3. 2～4日 4. 1日以下

**問 13 次の質問にあてはまる場合には「はい」、あてはまらない場合には「いいえ」に○をつけて下さい。**

1. 自分の生活に満足していますか？ 1. はい 2. いいえ  
2. これまでにやってきた事や、興味のあることの多くを最近やめてしまいましたか？ 1. はい 2. いいえ  
3. 自分の人生はむなしなものと感じますか？ 1. はい 2. いいえ  
4. 退屈と感ることが、よくありますか？ 1. はい 2. いいえ  
5. 普段は気分の良いほうですか？ 1. はい 2. いいえ  
6. 自分にとって何か悪いことが起こるかもしれないという不安がありますか？ 1. はい 2. いいえ  
7. あなたはいつも幸せと感じていますか？ 1. はい 2. いいえ  
8. 自分が無力だと感ることがありますか？ 1. はい 2. いいえ  
9. 外に出て新しい物事をするより、家のなかにいるほうが好きですか？ 1. はい 2. いいえ  
10. ほかの人に比べ、記憶力が落ちたと感じますか？ 1. はい 2. いいえ  
11. いま生きることは、素晴らしいことと思えますか？ 1. はい 2. いいえ  
12. 自分の現在の状態は、まったく価値のないものと感じますか？ 1. はい 2. いいえ  
13. 自分は、活力が満ちあふれていると感じますか？ 1. はい 2. いいえ  
14. いまの自分の状況は、希望のないものと感じますか？ 1. はい 2. いいえ  
15. ほかの人はあなたより、恵まれた生活をしていると思えますか？ 1. はい 2. いいえ

ご協力ありがとうございました。  
当日、会場でお会いできることを楽しみにしています。

ご家族へお伺いします

**問 1 家屋環境についてあてはまる項目がありましたら○をつけて下さい。**

1. 道路から玄関までは平坦で段差などはない。
2. 玄関のところに手すりやスロープを設置している。
3. 上がりかまちのところに手すりや補助台を設置している。
4. 廊下に手すりをつけている。
5. 玄関等の屋内の段差は解消しているかスロープを設置している。
6. トイレに手すりが設置されている。
7. 風呂場の入り口や壁・浴槽に手すりをつけている。
8. 風呂場はすのこなどで段差を解消している。
9. 洗面所に何らかの改造を加えている。
10. その他 ( )

**問 2 転倒予防のために屋内・屋外で配慮したことがありましたら、教えて下さい。**

- 例)
- ・玄関マットは置くのをやめた。
  - ・ハウスの出入り口の段差を改善した。
  - ・足下が明るくなるよう照明をつけた。
- など、どんなささいなことでもありましたらご記入下さい。

ご協力ありがとうございました。

「高齢者健康基礎問診票」と一緒に、検診当日、受付へご提出をお願いします。

受付 NO. \_\_\_\_\_

高齢者の健康基礎・転倒調査票

調査員氏名 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 (明治・大正・昭和) 年 月 日 満 歳 1 男 2 女

メモ

調査項目

1 調査状況	1. 全項目完了	2. 一部未調査	3. 調査不能；拒否	4. 調査不能；入院、入所	5. 調査不能；長期不在	6. 調査不能；死亡(平成 年 月 日)	7. その他 ( )
2 調査方法	1. 会場面接	2. 訪問面接	3. 電話	4. 郵送	5. 留置	6. その他	
3 回答した人	1. 本人	2. 配偶者	3. 同居の子供で男性	4. 同居の子供で女性	5. その他		
4 対象所在	1. 自宅	2. 病院	3. 老人ホーム	4. その他 ( )			

問 1 あなたの日常の動作についてお伺いします。どれにあてはまりますか？

1. 耳は普通に聞こえますか？ (補聴器を使った状態でよい)	1. 普通(会話やテレビに不自由しない) 2. 大きい声でないと会話できない 3. ほとんど聞こえない
1-1 普段は補聴器を使っていますか	1. 日常補聴器を使用(必要時に使う。持ち歩く) 2. 使用しない。たまに使用する。
2. 本や新聞の字が見えますか？ (眼鏡を使用した状態でよい)	1. 普通(みえる) 2. 1 くらい離れて、顔を見てその人が誰かわかる程度 3. ほとんど見えない
2-1 ふだん、眼鏡を使用しますか？	1. 日常眼鏡を使用(必要時に使う。持ち歩く) 2. 使用しない。たまに使用する。
3. 自分ひとりで歩けますか？	1. 普通(ゆっくりならば歩ける。杖使用可) 2. 物につかまれば歩ける。介助されれば歩ける。 3. 歩行不能
4. 食事を自分で食べられますか？	1. 普通(特別な配慮はいらない) 2. 家族が魚をほぐすとか、肉を細かく切っておくなど食べやすくする必要がある。
5. 食べ物が良く噛めますか？	1. どんなものでもたいていのものは噛んで食べられる。 2. 噛みにくいものがあるため、食べ物が限られる。 3. ほとんど噛めない。
6. トイレに行くのに間に合わなくて失敗することがありますか？	1. 普通(トイレ、もしくは便器を使いもらすことはない) 2. ときどきもらすことがある。(下着を替える必要がある) 3. 常時おむつを使用
7. 夜寝てからトイレに何回位起きますか	1 晩に ( ) 回
8. 手足でご不自由なところはありますか？	1. なし 2. あり(片麻痺、切断、硬縮、関節可動域制限など)
9. 自分ひとりで入浴できますか？	1. 普通(特別な配慮はいらない) 2. 浴槽の出入り、あるいは洗うのを一部介助。 3. 全面介助
10. 自分で着替えができますか？	1. 普通(時間をかければ自分で着られる) 2. ボタンかけ、帯などについては介助 3. 全面介助
11. ふだん物忘れはしませんか？	1. 物忘れはしない、またはしても日常生活に支障なし。 2. 物忘れがあって日常生活に軽い支障あり。 3. 常に家族の介助が必要。
12. (以上の会話から、会話に支障があるかを判断する。)	1. 普通(問題なく会話できる) 2. 異常あり(聞き取りにくく何度も聞き返す場合含める)
13. 普段の外出にご自分で自転車を運転しますか？	1. はい 2. いいえ
14. 普段の外出で自転車にのりますか	1. はい 2. いいえ

**問 2** 次にあなたの日常の活動についてお伺いします。これから読み上げる各質問ごとに、あなたに当てはまるものに「はい」、当てはまらないものには「いいえ」とお答え下さい。

1. バスや電車を使ってひとりで外出できますか？	1. はい	2. いいえ
2. 日用品の買い物ができますか？	1. はい	2. いいえ
3. 自分で食事の用意ができますか？	1. はい	2. いいえ
4. 請求書の支払いができますか？	1. はい	2. いいえ
5. 銀行預金・郵便貯金の出し入れが自分でできますか？	1. はい	2. いいえ
6. 年金などの書類が書けますか？	1. はい	2. いいえ
7. 新聞を読んでいますか？	1. はい	2. いいえ
8. 本や雑誌を読んでいますか？	1. はい	2. いいえ
9. 健康についての記事や番組に関心がありますか？	1. はい	2. いいえ
10. 友達の家を訪ねることがありますか？	1. はい	2. いいえ
11. 家族や友達の相談にのることがありますか？	1. はい	2. いいえ
12. 病人を見舞うことができますか？	1. はい	2. いいえ
13. 若い人に自分から話しかけることがありますか？	1. はい	2. いいえ

**問 3** 眼のことについてお伺いします。

1. 緑内障といわれたことがありますか？	1. なし	2. 左眼	3. 右眼	4. 両眼	5. わからない		
2. 白内障といわれたことがありますか？	1. なし	2. 左眼	3. 右眼	4. 両眼	5. わからない		
3. 網膜の病気といわれたことがありますか？	1. なし	2. 左眼	3. 右眼	4. 両眼	5. わからない		
4. 右眼の手術を受けたことがありますか？ (○はいくつでも)	1. なし	2. 白内障手術	3. 緑内障手術	4. 網膜剥離手術	5. レーザー手術	6. その他 ( )	7. わからない
5. 左眼の手術を受けたことがありますか？ (○はいくつでも)	1. なし	2. 白内障手術	3. 緑内障手術	4. 網膜剥離手術	5. レーザー手術	6. その他 ( )	7. わからない

**問 4** 過去1年間に骨折したことがありますか？

1. ある	2. ない
1-1 どの骨折でしたか？	1. 大腿骨頸部骨折 2. 下肢の骨折 (1を除く) 3. 肋骨骨折 4. 上肢の骨折 5. その他

**問 5** 「転ばぬ先の杖通信」を知っていますか？

	1. 知っている	2. 知らない	
1 読んだことがありますか？	1. よく読む	2. 読んだことがある	3. 読んだことはない

**問 6** この検診を一昨年及び昨年は受けましたか？

1. 昨年も一昨年も受けた。	2. 昨年初めて受けた。	3. 一昨年受けたが昨年は受けなかった。	4. 今回初めて受けた。	5. わからない
----------------	--------------	----------------------	--------------	----------

**転倒調査**

(問診票問8)を確認し、過去1年間に転んだことが「ある」場合には、「1. ある」に○をつける。

過去1年間の転倒経験 1. ある 回数 問 7へ 2. ない→問 8へ

**問 7 過去1年間に転んだことの「ある」人に伺います。**

2回以上転んだことのある人は最もひどく転んだ時のことをお答え下さい。

1. それはいつですか?	月 日頃 (1. 春 2. 夏 3. 秋 4. 冬) 時頃 (1. 午前 2. 午後 3. 夜 4. 深夜 5. 早朝)
2. どこで転びましたか?	1. 家の中→ (1-1 具体的な場所を教えてください) 1. 玄関 2. 居間・部屋 3. トイレ 4. 風呂場 5. 食堂 6. 廊下 7. 階段 8. その他 ( ) 2. 家の外→ (1-2 具体的な場所を教えてください) 1. 庭 2. 平らな道 3. 坂道 4. 田畑 5. 屋外階段 6. 乗り物 7. その他 ( )
3. 転んだ時、何を履いていましたか?	1. 何も履いていなかった 2. 履いていた ↓ 1. くつ 2. げた 3. そうり、サンダル 4. スリッパ 5. 靴下、たび 6. はだし 7. その他 ( )
4. 何をしている時に転びましたか?	1. 歩いている時 2. 走っている時 3. 階段を登っている時 4. 階段を降りている時 5. 立ち止まっている時 6. 立ち上がっている時 7. 座ろうとした時 8. その他 ( )
5. どうして転んだのですか? (できるだけ詳しく思い当たる理由を説明して下さい。)	1. つまづいた 2. 滑った (床・地面が濡れていたり) 3. めまいがした、気が遠くなった 4. 身体がふらついた 5. 人や物にぶつかった 6. 段差や障害物のためつまづいた 7. 足を踏み外した 8. 転落した 9. 自転車に乗ってバランスを失う 10. 履き物が脱げた 11. その他 ( )
6. 転んでケガをしましたか?	1. 何もなかった 2. すり傷、切り傷 3. 打撲 4. 捻挫 5. 縫うことが必要な程のケガ 6. 骨折によるケガ 7. 気を失った 8. その他 ( )
6-1 転んでケガをした人に伺います。 どこをケガしましたか?	1. 頸 2. 肩胛骨 3. 肩関節 4. 肘 5. 手首、指 6. 上肢 7. 背 8. 腰 9. 臀部 10. 股関節 11. 膝 12. 足首足指 13. 下肢 14. その他 ( )
6-2 転んでケガをした人に伺います。 ケガの処置はどうしましたか?	1. 入院 ( 日位) 2. 通院 3. 放置 4. その他
7. 転ぶ前の活動範囲を思い出して下さい。	1. 自動車・車・バス・電車を使って外出する。 2. 家庭内ではほぼ不自由なく動き活動する。隣近所には行くが、遠出はしない。 3. 少しは動く。(庭先に出てみる、小鳥の世話をしたり、簡単な縫い物などをするという程度) 4. 起きているがあまり動かない (寝床から離れている時間の方が多い) 5. 寝たり起きたり (常に床は敷いてある、トイレ・食事には起きてくる) 6. 寝たきり



## 村郷町高齢者の健康と転倒に関する検診結果票（パート3）

		氏名					
		生年月日	明・大・昭	年	月	日生（	歳）
受付番号		住所	浜松市村郷町		電話番号	（	
		受診日	平成10年 8月		日		
<b>受診の内容</b>							
<b>1. 受付</b>		時			分受付		
<b>2. 問診</b>		<input type="checkbox"/> 高齢者健康基礎問診票（本人用・家族用）			<input type="checkbox"/> 調査票		
<b>3. 身体測定</b>		身長	cm	体重	kg		
		片足立ち	開眼	秒	閉眼	秒	
		握力	右	kg	左	kg	
		血圧	/		mmHg		
<b>4. 骨密度測定</b>		<input type="checkbox"/> 特に問題ありません <input type="checkbox"/> 現在の骨密度を維持するよう心掛けましょう <input type="checkbox"/> 食生活の見直しをしましょう <input type="checkbox"/> 運動を心掛けましょう <input type="checkbox"/> 転ばないように気をつけましょう					
<b>5. 視力検査</b>		<input type="checkbox"/> 視力に問題はありません <input type="checkbox"/> 眼科へ受診して下さい					
<b>6. 健康相談</b>							
相談内容				助言指導			
				従事者名（			
				）			
浜松市保健所 保健予防課 国立長寿医療研究センター 疫学研究部 連絡先 浜松市保健所 保健予防課 TEL 453-6118							