

あなたの生活環境・習慣についておたずねします

問13 お住まいはどれにあてはまりますか？

₁ 1戸建て（1階建） ₂ 1戸建て（2階建以上） ₃ マンションまたはアパート



階段はよく利用しますか？

₁ いいえ ₂ はい

問14 同居している人はいますか？

₁ いいえ ₂ はい



それは誰ですか？（続柄などをお答えください。）

問15 息子さん、娘さん、ヘルパーさんなど、身の回りのお世話をしてくれる人はいますか？

₁ いいえ ₂ はい



それは誰ですか？（続柄などをお答えください。）

問16 今の痛みが出る前、トイレの出入りや動作（衣服の上げ下げ、後始末など）がひとりでできましたか？

₁ 全くできない ₂ 時々誰かの手助けが必要 ₃ できる

問17 今の痛みが出る前、使用している寝具は何でしたか？

₁ ベッド ₂ 布団

問18 今の痛みが出る前、日頃、座るのが多いのはどちらでしたか？

₁ 椅子 ₂ 畳もしくは床の上

問19 今の痛みが出る前、アルコール類を飲む習慣がありましたか？

₁ほとんど飲まない ₂週 回飲む ₃毎日 杯飲む

問20 今の痛みが出る前、コーヒーを飲んでいましたか？

₁ほとんど飲まない ₂週 回飲む ₃毎日 杯飲む

問21 今の痛みが出る前、日本茶を飲んでいましたか？

₁ほとんど飲まない ₂週 回飲む ₃毎日 杯飲む

問22 今の痛みが出る前、牛乳を飲んでいましたか？

₁ほとんど飲まない ₂週 回飲む ₃毎日 杯飲む

問23 今の痛みが出る前、チーズなど牛乳以外の乳製品は食べていましたか？

₁ほとんど食べない ₂週 回食べる ₃毎日 回食べる

問24 若い頃（30才頃まで）に、牛乳を飲んでいましたか？

₁ほとんど飲まない ₂週 回飲んでいた ₃毎日 杯飲んでいた

問25 若い頃（30才頃まで）に、チーズなど牛乳以外の乳製品は食べていましたか？

₁ほとんど食べない ₂週 回食べていた ₃毎日 回食べていた

問26 タバコを吸う習慣がありますか？

₁以前から吸わない ₂吸っていたがやめた ₃吸う



1日平均して何本くらい吸っていますか（吸っていましたか）？

本

合計、何年間吸っていますか（吸っていましたか）？

年間

問31 今までに家庭の外で仕事をしていましたか？

- ₁ いいえ（主に主婦業など） ₂ はい



その仕事はどれにあてはまりますか？

- ₁ 座っていることが多い
₂ 立ったり座ったりしている
₃ 立ち仕事が多いが、あまり動いていない
₄ 立ち仕事が多く、よく動いている

その仕事は何歳頃から何歳頃までしていましたか？

歳頃から

歳頃まで

今の痛みが出る前のあなたの生活活動状況についておたずねします

問32 今の痛みが出る前の外出の頻度はどれくらいでしたか？

₁ほとんど外出しない

₂週 回

₃毎日

1日にどの位の時間歩きましたか？

合計 時間 分

1日中ベッド上ですごしていましたか？

₁いいえ ₂はい

問33 今の痛みが出る前は、杖など、動く時に使用するものはありましたか？

₁いいえ ₂はい

それは何ですか？（最も使用していたものに☑印をしてください）

₁杖 ₂手押し車 ₃車椅子

₄その他（ ）

問34 今の痛みが出る前は、階段ののぼりおりはできましたか？

₁できた ₂手すりにつかまってやっと ₃できなかった

問38 更年期に女性ホルモンの投与を受けましたか？

₁うけなかった ₂うけた



何年間投与を受けましたか？

合計 年 ヶ月間

問39 両側の卵巣を切除したことがありますか？

₁いいえ ₂はい



それは何歳の時ですか？

歳時

問40 今までに「経口避妊薬」を使ったことがありますか？

₁いいえ ₂はい



合計でどれくらいの期間使いましたか？

合計 年 ヶ月間

質問は以上です。

「記入もれ」がないかどうか、もう一度お確かめください。

ご協力ありがとうございました。

アンケート2

(健康状態)

アンケート調査にご協力お願いいたします。

わからないところは、あけておいてください。

後日、確認させていただきます。

問1 あなたの健康状態は？ (一番よくあてはまるものに☑印をつけて下さい)

最高に良い	とても良い	良い	あまり 良くない	良くない
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

問2 1年前と比べて、現在の健康状態はいかがですか。
(一番よくあてはまるものに☑印をつけて下さい)

1年前より、 はるかに良い	1年前よりは、 やや良い	1年前と、 ほぼ同じ	1年前ほど、 良くない	1年前より、 はるかに悪い
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

質問票は次回外来受診日に病院へお持ちください。

問3 以下の質問は、日常よく行われている活動です。あなたは現在、健康上の理由で、こうした活動をするのがむずかしいと感じますか。むずかしいとすればどのくらいですか。

(ア～コまでのそれぞれの質問について、一番よくあてはまるものに☑印をつけて下さい)

とても むずかしい	少し むずかしい	ぜんぜん むずかしく ない
▼	▼	▼

ア) 激しい活動、例えば、一生けんめい走る、
重い物を持ち上げる、激しいスポーツをするなど…………… ₁ …………… ₂ …………… ₃

イ) 適度の活動、例えば、家や庭のそうじをする、
1～2時間散歩するなど…………… ₁ …………… ₂ …………… ₃

ウ) 少し重い物を持ち上げたり、運んだりする
(例えば買い物袋など) …………… ₁ …………… ₂ …………… ₃

エ) 階段を数階上までのぼる…………… ₁ …………… ₂ …………… ₃

オ) 階段を1階上までのぼる…………… ₁ …………… ₂ …………… ₃

カ) 体を前に曲げる、ひざまずく、かがむ…………… ₁ …………… ₂ …………… ₃

キ) 1キロメートル以上歩く…………… ₁ …………… ₂ …………… ₃

ク) 数百メートルくらい歩く…………… ₁ …………… ₂ …………… ₃

ケ) 百メートルくらい歩く…………… ₁ …………… ₂ …………… ₃

コ) 自分でお風呂に入ったり、着がえたりする…………… ₁ …………… ₂ …………… ₃

問4 今の痛みがでてから、仕事やふだんの活動（家事など）をするにあたって、身体的な理由で次のような問題がありましたか。（ア～エまでのそれぞれの質問について、一番よくあてはまるものに☑印をつけて下さい）

いつも	ほとんど いつも	ときどき	まれに	ぜんぜん ない
▼	▼	▼	▼	▼

ア) 仕事やふだんの活動をする
時間をへらした……………₁……………₂……………₃……………₄……………₅

イ) 仕事やふだんの活動が
思ったほど、できなかつた……………₁……………₂……………₃……………₄……………₅

ウ) 仕事やふだんの活動の内容に
よっては、できないものが
あつた……………₁……………₂……………₃……………₄……………₅

エ) 仕事やふだんの活動をする
ことがむずかかつた
(例えばいつもより努力を
必要としたなど)……………₁……………₂……………₃……………₄……………₅

問5 今の痛みがでてから、仕事やふだんの活動（家事など）をするにあたって、心理的な理由で（例えば、気分がおちこんだり不安を感じたりしたために）、次のような問題がありましたか。（ア～ウまでのそれぞれの質問について、一番よくあてはまるものに☑印をつけて下さい）

いつも	ほとんど いつも	ときどき	まれに	ぜんぜん ない
▼	▼	▼	▼	▼

ア) 仕事やふだんの活動をする
時間をへらした……………₁……………₂……………₃……………₄……………₅

イ) 仕事やふだんの活動が
思ったほど、できなかつた……………₁……………₂……………₃……………₄……………₅

ウ) 仕事やふだんの活動が
思ったほど、集中して
できなかつた……………₁……………₂……………₃……………₄……………₅

問6 今の痛みがでてから、家族、友人、近所の人、その他の仲間とのふだんのつきあいが、身体的あるいは心理的な理由で、どのくらい妨げられましたか。
 (一番よくあてはまるものに☑印をつけて下さい)

ぜんぜん、 妨げられ なかった	わずかに、 妨げられた	少し、 妨げられた	かなり、 妨げられた	非常に、 妨げられた
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

問7 今の痛みがでてから、体の痛みをどのくらい感じましたか。
 (一番よくあてはまるものに☑印をつけて下さい)

ぜんぜん、 なかった	かすかな 痛み	軽い 痛み	中くらい の痛み	強い 痛み	非常に 激しい痛み
▼	▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

問8 今の痛みがでてから、いつもの仕事（家事も含みます）が痛みのために、どのくらい妨げられましたか。 (一番よくあてはまるものに☑印をつけて下さい)

ぜんぜん、 妨げられ なかった	わずかに、 妨げられた	少し、 妨げられた	かなり、 妨げられた	非常に、 妨げられた
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

問9 次にあげるのは、今の痛みがでてから、あなたがどのように感じたかについての質問です。

(ア～ケまでのそれぞれの質問について、一番よくあてはまるものに☑印をつけて下さい)

いつも	ほとんど いつも	ときどき	まれに	ぜんぜん ない
▼	▼	▼	▼	▼

- ア) 元気いっぱいでしたか…………… 1 …………… 2 …………… 3 …………… 4 …………… 5
- イ) かなり神経質でしたか…………… 1 …………… 2 …………… 3 …………… 4 …………… 5
- ウ) どうにもならないくらい、
気分がおちこんでいましたか…………… 1 …………… 2 …………… 3 …………… 4 …………… 5
- エ) おちついていて、
おだやかな気分でしたか…………… 1 …………… 2 …………… 3 …………… 4 …………… 5
- オ) 活力（エネルギー）に
あふれていましたか…………… 1 …………… 2 …………… 3 …………… 4 …………… 5
- カ) おちこんで、ゆううつな
気分でしたか…………… 1 …………… 2 …………… 3 …………… 4 …………… 5
- キ) 疲れはてていましたか…………… 1 …………… 2 …………… 3 …………… 4 …………… 5
- ク) 楽しい気分でしたか…………… 1 …………… 2 …………… 3 …………… 4 …………… 5
- ケ) 疲れを感じましたか…………… 1 …………… 2 …………… 3 …………… 4 …………… 5

問10 今の痛みがでてから、友人や親せきを訪ねるなど、人とのつきあいが、身体的あるいは心理的な理由で、時間的にどのくらい妨げられましたか。

(一番よくあてはまるものに☑印をつけて下さい)

いつも	ほとんど いつも	ときどき	まれに	ぜんぜん ない
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

問11 次にあげた各項目はどのくらいあなたにあてはまりますか。(ア～エまでのそれぞれの質問について、一番よくあてはまるものに☑印をつけて下さい)

まったく そのとおり	ほぼ あてはまる	何とも 言えない	ほとんど あてはまら ない	ぜんぜん あてはまら ない
▼	▼	▼	▼	▼

- ア) 私は他の人に比べて病気に
なりやすいと思う…………… 1 …… 2 …… 3 …… 4 …… 5
- イ) 私は、人並みに健康である…………… 1 …… 2 …… 3 …… 4 …… 5
- ウ) 私の健康は、悪くなるような
気がする…………… 1 …… 2 …… 3 …… 4 …… 5
- エ) 私の健康状態は非常に良い…………… 1 …… 2 …… 3 …… 4 …… 5

質問は以上です。

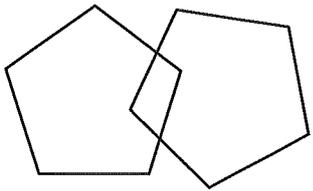
「記入もれ」がないかどうか、もう一度お確かめください。

ご協力ありがとうございました。

Mini-Mental State Examination (MMSE)

検査日： 年 月 日 曜日

氏名： 男・女 生年月日： 明・大・昭 年 月 日

質 問 内 容		得 点	
1 (5点)	今年は何年ですか。	年	0 1
	今の季節は何ですか。		0 1
	今日は何曜日ですか。	曜日	0 1
	何月ですか。	月	0 1
	何日ですか。	日	0 1
2 (5点)	ここは何県（都道府）ですか。	県	0 1
	何市（区町村）ですか。	市	0 1
	どこですか。（自宅、病院、施設など）		0 1
	建物の何階ですか。	階	0 1
	何地方ですか。（関東地方など）	地方	0 1
3 (3点)	これから言う3つの言葉を言ってみてください。 後でまた聞きますのでよく覚えてください。 (以下のいずれか一つで、採用した系列に○印を付けておく)		
	1 : a) 桜 b) 猫 c) 電車] 正答1個につき		0 1
	2 : a) 梅 b) 犬 c) 自動車] 1点を与える。		0 1
4 (5点)	100から7をひく（5回まで）93. 86. 79. 72. 65（正答1個に1点） 最初が誤りでも2度目が正解であれば1点。		0 1 2 3 4 5
5 (3点)	項目3で示した物品名を再度答えてもらう。		0 1
			0 1
			0 1
6 (2点)	(相手に時計を見せながら) これは何ですか。 (相手に鉛筆を見せながら) これは何ですか。		0 1
			0 1
7 (1点)	(次の文章を口頭で繰り返してもらおう) 「みんなで力を合わせて綱を引きます」		0 1
8 (3点)	(相手に口頭で指示する) 「右手にこの紙を持ってください」 「それを半分に折りたたんでください」 「それを机の上に置いてください」		0 1
			0 1
			0 1
9 (1点)	(次の文章を相手に読んでもらい、指示に従ってもらおう) 「目を閉じてください」		0 1
10 (1点)	(口頭で指示し) 「何か文章を書いてください」		0 1
11 (1点)	(口頭で指示し) 「次の図形と同じものを 書いてください」		0 1
得 点 合 計			

障害老人の日常生活自立度(寝たきり度) 判定基準

生活自立	ランク J	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する 1. 交通機関等を利用して外出する 2. 隣近所へなら外出する
準寝たきり	ランク A	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない 1. 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2. 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
寝たきり	ランク B	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ 1. 車いすに移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行く 2. 介助により車いすに移乗する
	ランク C	1 日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する 1. 自力で寝返りをうつ 2. 自力では寝返りも出来ない

(平成3年11月18日 老健第102-2号 厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知)

痴呆性老人の日常生活自立度判定基準

ランク	判断基準	見られる症状・行動の例	判断にあたっての留意事項及び提供されるサービスの例
I	何らかの痴呆を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。		在宅生活が基本であり、一人暮らしも可能である。相談、指導等を実施することにより、症状の改善や進行の阻止を図る。 具体的なサービスの例としては、家族等への指導を含む訪問指導や健康相談がある。また、本人の友人づくり、生きがいづくり等心身の活動の機会づくりにも留意する。
II	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。		在宅生活が基本であるが、一人暮らしは困難な場合もあるので、訪問指導を実施したり、日中の在宅サービスを利用することにより、在宅生活の支援と症状の改善及び進行の阻止を図る。 具体的なサービスの例としては、訪問指導による療養方法等の指導、訪問リハビリテーション、デイケア等を利用したりリハビリテーション、毎日通所型をはじめとしたデイサービスや日常生活支援のためのホームヘルプサービス等がある。
IIa	家庭外で上記IIの状態がみられる。	たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理等それまでできたことにミスが目立つ等	
IIb	家庭内でも上記IIの状態がみられる。	服薬管理ができない、電話の対応や訪問者との対応等一人で留守番ができない等	
III	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。		日常生活に支障を来たすような行動や意思疎通の困難さがランクIIより重度となり、介護が必要となる状態である。「ときどき」とはどのくらいの頻度を指すかについては、症状・行動の種類等により異なるので一概には決められないが、一時も目を離せない状態ではない。 在宅生活が基本であるが、一人暮らしは困難であるので、訪問指導や、夜間の利用も含めた在宅サービスを利用しこれらのサービスを組み合わせることによる在宅での対応を図る。 具体的なサービスの例としては、訪問指導、訪問看護、訪問リハビリテーション、ホームヘルプサービス、デイケア・デイサービス、症状・行動が出現する時間帯を考慮したナイトケア等を含むショートステイ等の在宅サービスがあり、これらを組み合わせる。
IIIa	日中を中心として上記IIIの状態が見られる。	着替え、食事、排便、排尿が上手にできない、時間がかかる。 やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声、奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等	
IIIb	夜間を中心として上記IIIの状態が見られる。	ランクIIIaに同じ	
IV	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランクIIIに同じ	常に目を離すことができない状態である。症状・行動はランクIIIと同じであるが、頻度の違いにより区分される。 家族の介護力等の在宅基盤の強弱により在宅サービスを利用しながら在宅生活を続けるか、または特別養護老人ホーム・老人保健施設等の施設サービスを利用するかを選択する。施設サービスを選択する場合には、施設の特徴を踏まえた選択を行う。
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等	ランクI～IVと判定されていた高齢者が、精神病院や痴呆専門棟を有する老人保健施設等での治療が必要となったり、重篤な身体疾患が見られ老人病院等での治療が必要となった状態である。専門医療機関を受診するよう勧める必要がある。

(平成5年10月26日 老健第135号 厚生省老人保健福祉局長通知)

—

(記入不要)

(6ヶ月時点用)

アンケート調査に ご協力お願いいたします

わからないところは、あけておいてください。

後日、確認させていただきます。

- 本日（この質問票に答える）の日付を記入してください。

平成	年	月	日
----	---	---	---

- あなたの性別、生年月日をお書きください。

性別	<input type="checkbox"/> ₁ 男	<input type="checkbox"/> ₂ 女				
生年月日	<input type="checkbox"/> ₁ 明治	<input type="checkbox"/> ₂ 大正	<input type="checkbox"/> ₃ 昭和（	年	月	日）

質問票は次回外来受診日に病院へお持ちください。

今、現在のあなたの生活活動状況についておたずねします

問4 今、現在の外出の頻度はどれくらいですか？

₁ほとんど外出しない

₂週

回

₃毎日



1日にどの位の時間歩きますか？

合計

時間

分

1日中ベッド上ですごしていますか？

₁いいえ

₂はい

問5 今、現在、杖など、動く時に使用するものはありますか？

₁いいえ

₂はい



それは何ですか？（最も使用していたものに印をしてください）

₁杖

₂手押し車

₃車椅子

₄その他（

）

問6 今、現在、階段ののぼりおりはできますか？

₁できる

₂手すりにつかまってやっと

₃できない

問7 今、現在、トイレの出入りや動作（衣服の上げ下げ、後始末など）がひとりでできますか？

₁全くできない

₂時々誰かの手助けが必要

₃できる

問8 骨折を起こされてから、コルセットをしていましたか？

₁いいえ ₂はい



装着していた期間を教えてください。

合計約 ヶ月間



その期間、コルセットはどれくらい装着していましたか。

₁ほぼ1日中 ₂1日の半分程度 ₃あまり装着していなかった

問9 最近6ヶ月間で転んだことはありましたか？

₁いいえ ₂はい



何回ですか？ 合計 回

問10 最近6ヶ月間で重いものを持ちましたか？

₁いいえ ₂はい

あなたの健康について

このアンケートはあなたがご自分の健康をどのように考えているかをおうかがいするものです。あなたが毎日をどのように感じ、日常の活動をどのくらい自由にできるかを知るうえで参考になります。お手数をおかけしますが、何卒ご協力のほど宜しくお願い申し上げます。

以下のそれぞれの質問について、一番よくあてはまるものに☑印をつけて下さい。

問1 あなたの健康状態は？（一番よくあてはまるものに☑印をつけて下さい）

最高に良い	とても良い	良い	あまり 良くない	良くない
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

問2 1年前と比べて、現在の健康状態はいかがですか。
（一番よくあてはまるものに☑印をつけて下さい）

1年前より、 はるかに良い	1年前よりは、 やや良い	1年前と、 ほぼ同じ	1年前ほど、 良くない	1年前より、 はるかに悪い
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5