

Q.脊椎椎体骨折になったらどうすれば良いの？

- A. コルセットをしたりして安静を保ちます。症状や骨の強さによって痛み止めや骨粗鬆症のお薬を内服します。先に述べたとおり、骨折を起こしたところが悪化していないかどうか、定期的に(最低6ヶ月程度)病院で検査を行いチェックすることがとても重要です。

Q.どのような人が悪化するの？

- A. 骨折の仕方などが関係するのではないかと考えられていますが、正確なことはわかっていません。
あらかじめ悪化することが予想できれば簡単な手術により、強い痛みを取ったり、下半身が麻痺するのを防ぐことができます。

厚生労働省の調査

今回当院では厚生労働省による調査の協力病院として、脊椎椎体骨折を起こした患者様を対象に、6ヶ月間の調査を行っております。調査内容は以下の通りです。

1. X線撮影 (初診時、6ヶ月時)

2. MRI (初診時、6ヶ月時)

3. 骨密度検査 (初診時)

4. 生活習慣などに関する問診 (初診時、6ヶ月時)

調査への参加、不参加にかかわらず椎体骨折の検査・治療に関しては従来より当院で行っている方法を用います。(参加していただくことにより増える負担は、問診のみです) 6ヶ月以内に痛みが治まった方に関しても、骨折部分の変形が進行している恐れがあるため6ヶ月時点でのX線撮影と問診を予定しております。

調査に参加していただくことにより、ご自身の背骨の状態や骨の密度のチェックが行えます。

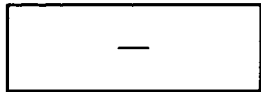
本研究へのご参加は自由で、参加されなくともまた途中でやめられてもそれらによって何ら不利益を受けることはありません。また調査内容は全体として統計的に集計されますが、個人の内容が外部に漏れることは決してありません。

本調査に是非ご協力くださいますようお願いいたします。

厚生労働省長寿科学総合研究事業【骨粗鬆症性椎体骨折における予後不良因子の解明】

大阪市立大学大学院医学研究科整形外科 骨粗鬆症性椎体骨折予後調査研究班

TEL 06-6645-3851 FAX 06-6646-6260



厚生労働省 長寿科学研究事業
“骨粗鬆症性椎体骨折の予後調査”

登録用紙（送信用）

登録患者情報	ID () 年齢 (歳) 性別 (男 ・ 女)
調査開始日時	平成 年 月 日
次回外来 受診日	月 日 午前・午後 : 頃 ----- あるいは 入院中
施設名	
担当医師	/
調査項目	<input type="checkbox"/> 単純レ線 (患部2R, 胸椎側面, 腰椎側面) <input type="checkbox"/> MRI (T1, T2*sagittal, axial)

研究対象基準（発症から3ヶ月以内の、65歳以上で椎体骨折が疑われる患者）に該当する方が受診されましたら、この用紙に必要事項を記入の上、当方にFax送信をお願い致します。次回受診日にあわせて私共調査員が貴院へ伺います。

主任研究者 大阪市立大学医学部整形外科 助教授 中村博亮
教授 高岡邦夫

大阪市立大学大学院医学研究科感覚・運動機能医学大講座整形外科学
〒545-8585 大阪市阿倍野区旭町1-4-3 Tel:06-6645-3851

Fax:06-6646-6260

同 意 書

私は、厚生労働省長寿科学総合研究事業『骨粗鬆症性椎体骨折の予後調査』に関し、別紙内容のとおり説明を受け、その旨を理解・納得しましたので、本調査への協力に同意します。

平成 年 月 日

病院 病院長 殿

大阪市立大学大学院医学研究科 骨粗鬆症性椎体骨折予後調査研究班 殿

住 所 _____

氏 名 (本人) _____ 印

代理人氏名 (続柄) _____ 印

(必ずカルテに貼付の事)

—

(記入不要)

アンケート1

(生活習慣)

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。

あなたの健康状態についておたずねします

問1 この背中中の痛みはいつからでしたか？


1 日前

2 週間前

3 カ月前

問2 痛みの原因はなんですか？

- ₁ わからない ₂ 体をひねった ₃ 重い物を持った ₄ 尻もちをついた
₅ 転んだ ₆ その他 ()

問3 今の痛みはどの程度ですか？（印をつけてください。例 ）



全く痛みのない状態



想像しうる最も強い痛みがある

問4 現在の身長・体重をお答えください。

身長 cm

体重 kg

問5 現在、以下の病気がありますか？

- | | | |
|-------------------------|---|--|
| 脳卒中 | <input type="checkbox"/> ₁ いいえ | <input type="checkbox"/> ₂ はい |
| パーキンソン病 | <input type="checkbox"/> ₁ いいえ | <input type="checkbox"/> ₂ はい |
| 目が見えにくい（白内障などのため） | <input type="checkbox"/> ₁ いいえ | <input type="checkbox"/> ₂ はい |
| 腰痛 | <input type="checkbox"/> ₁ いいえ | <input type="checkbox"/> ₂ はい |
| あしの痛み（膝痛など） | <input type="checkbox"/> ₁ いいえ | <input type="checkbox"/> ₂ はい |
| 高血圧 | <input type="checkbox"/> ₁ いいえ | <input type="checkbox"/> ₂ はい |
| 心臓病 | <input type="checkbox"/> ₁ いいえ | <input type="checkbox"/> ₂ はい |
| 気管支や肺の病気 | <input type="checkbox"/> ₁ いいえ | <input type="checkbox"/> ₂ はい |
| 肝臓病 | <input type="checkbox"/> ₁ いいえ | <input type="checkbox"/> ₂ はい |
| 腎臓病 | <input type="checkbox"/> ₁ いいえ | <input type="checkbox"/> ₂ はい |
| 胃腸の病気 | <input type="checkbox"/> ₁ いいえ | <input type="checkbox"/> ₂ はい |
| 糖尿病 | <input type="checkbox"/> ₁ いいえ | <input type="checkbox"/> ₂ はい |
| その他の病気 () | | |

問6 今の痛みが出る前に、骨粗鬆症のお薬を飲んでいましたか？

₁いいえ ₂はい



あてはまるお薬すべてに印をしてください。

₁ビタミンD（αロール、ワンアルファー）

₂ビタミンK（グラケー）

₃女性ホルモン剤（エストリール、エピスタなど）

₄ダイドロネル

₅ボナロン、フォサマック、ベネット、アクトネル

₆オステン

₇エルシトニン注射剤

₈その他（）

何年間、飲んでいましたか？ 合計 年 ヶ月間

問7 今までに、ステロイド剤による治療（飲み薬あるいは注射）を受けたことがありますか？

₁いいえ ₂はい



治療を受けた期間を教えてください。 約 年 ヶ月間

問8 今までに、痛み止めのお薬を飲んだことがありますか？

₁いいえ ₂はい



飲んでいた期間を教えてください。 約 年 ヶ月間

問9 今までに、転んだり尻もちをついたりすることで骨折したことがありますか？

₁ いいえ ₂ はい



あてはまる体の場所すべてに☑印をしてください。

₁ 背骨

₂ 手首 → 場所を教えてください。 ₁ 右 ₂ 左 ₃ 覚えていない

₃ 肩 → 場所を教えてください。 ₁ 右 ₂ 左 ₃ 覚えていない

₄ 股関節 → 場所を教えてください。 ₁ 右 ₂ 左 ₃ 覚えていない

₅ その他 ()

問10 今までに、病気やけがで「手術」を受けたことがありますか？

₁ いいえ ₂ はい



それは何の手術ですか。また何歳頃ですか。それぞれの手術についてお答えください。

何の手術	手術を受けた年齢
	歳頃
	歳頃
	歳頃
	歳頃
	歳頃

問11 最近2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？

 ◻

問12 最近2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

生活歴についておたずねします

問27 現在の婚姻状態についておたずねします。

₁ 結婚している ₂ 死別した ₃ 離婚した ₄ 未婚である



初めて結婚したのは何歳の時でしたか？

歳

問28 何歳まで学校に行きましたか？

歳

問29 最近1年間、運動、スポーツ、レジャー活動など定期的にしていましたか？

₁ いいえ ₂ はい



運 動 の 名 前	頻 度
(例. ウォーキング)	(月に 10 回)
	月に 回
	月に 回

問30 以前に、スポーツ活動を行う習慣はありましたか？

₁ いいえ ₂ はい



運 動 の 名 前	そ の 時 期	頻 度
	歳頃から 歳頃まで	月に 回
	歳頃から 歳頃まで	月に 回
	歳頃から 歳頃まで	月に 回

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

ここからの質問は女性の方のみおたずねします

問35 生理が始まったのは（初潮は）何歳の時でしたか？

歳

問36 生理は、何歳の時に終わりましたか？

歳



どのように終わりましたか？

₁ 自然に ₂ 手術のため ₃ その他 ()

問37 妊娠したことがありますか？

₁ いいえ ₂ はい



回数についてお答えください。

回

初めての妊娠は何歳の時でしたか？

歳

出産回数についてお答えください。（死産を除く）

回

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
あった……………₁……………₂……………₃……………₄……………₅

エ) 仕事やふだんの活動をする
ことがむずかしかった
(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。
