

既往疾患（過去に治療をうけ症状固定した疾患：複数回答可）

- | | | | |
|---------|----------------|----------------------|-----------|
| 1. 脳卒中 | 2. 心血管疾患 | 3. 呼吸器疾患 | 4. 悪性腫瘍 |
| 5. 上肢骨折 | 6. 下肢骨折 | 7. 脊椎骨折 (含：骨粗鬆症性) | 8. 運動器の外傷 |
| 9. 関節炎 | 10. 消化管疾患 (| 11. その他) |) |

3. 身体計測・機能テスト

次ページの測定手順を参照して下さい

測定結果記入欄

| | | | | | |
|--|--|--|---|--|--|
| <p>身長</p> <p>(小数点第2位を 四捨五入)</p> | <p><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/>.<input type="text"/></p> <p>cm</p> | | <p>体重</p> <p>(小数点第2位を 四捨五入)</p> | <p><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/>.<input type="text"/></p> <p>kg</p> | |
| <p>握力</p> <p>(小数点第1位を 四捨五入)</p> | <p>右<input type="text"/><input type="text"/>kg</p> | <p>左<input type="text"/><input type="text"/>kg</p> | <p>利き手</p> | <p><input type="checkbox"/>右<input type="checkbox"/>左</p> | |
| <p>利き足</p> <p>(片足で立 ちやすい 軸足)</p> | <p><input type="checkbox"/>右 <input type="checkbox"/>左</p> | | | | |
| <p>腰に手をあ てての開眼 片脚起立時 間</p> <p>(小数点第2位を 四捨五入)</p> | <p>右<input type="text"/><input type="text"/>.<input type="text"/> 秒</p> | | <p>左<input type="text"/><input type="text"/>.<input type="text"/> 秒</p> | | |

記入していただく箇所はここまでです。

参考資料：測定の手順（このページ以後には記入欄はありません）

1. 握力測定の手順

握力の測定手順

1. スメドレー式握力計（通常の握力計です）を用いる。
2. 測定は右左各 1 回とする。
3. 握力計の「握り幅」を示指の PIP 関節が直角になるように調節
4. 測定は立位で両足を自然に左右に開き、安定した直立姿勢で、上肢は伸展位で下垂。
5. 握力計は、示針を外側に向けて、身体から離して握る。
6. 検者の「かけ声」と共に力を入れる。
7. 力を入れるときには、握力計を振り下ろさない。
8. 測定値は小数点第一位を四捨五入して記入する。

2. 開眼片脚起立時間測定（この部分、特によくお読みください）

はじめに左右で 1 回ずつ練習させてください。

方法 1（安全のため壁や机などのそばで実施）

1. 腰に手をあてての開眼片脚起立時間測定手順

1. 開眼で、片足立ちができる時間をストップウォッチを用いて測定する。
2. 測定は、固い床面で、履き物を脱いで行う。図のように両手を腰に当てて、片足立ちの体勢をとる。
3. 足の挙げ方は、最も安定する方法で可。反対側の足に触れてはならない。
4. 測定は、片足を挙げた時から、挙げた足が床に着くまでの時間を測定する。
5. 軸足が動いた（ずれた）時は、その時点までの時間を測定する。
6. 測定時間は 60 秒までとする。
7. 1 回目で 60 秒に達しなかったときには、2 回目を行う。
8. 2 回行って、いずれも 60 秒に達しなかった場合には、長い方の値を採用する。
9. 被験者が転ぶ危険があるので、細心の注意を払い、よろけた場合にはすぐに支える。

10. 全く挙げられない場合は 0 秒、片足を一瞬しか挙げられない場合 1 秒とする。

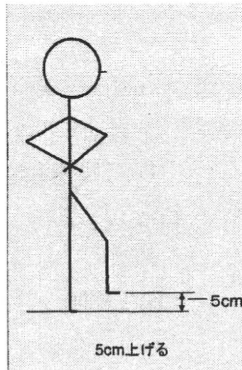
11. 読み取りは小数点第 2 位を四捨五入して記入する。(例：12.3 秒)

テスト終了の条件は a-c のいずれか

a) 挙げた足が床に触れた場合

b) 軸足（支持脚）の位置がずれた場合

c) 腰に当てた両手、もしくは片手が腰から離れた場合



参考資料：ここより後ろにも記入欄はありません。

運動器症候群の重症度判定

| | |
|--------------------|---|
| 1. 健常者 | 歩行や起き上がりなどの日常生活上の基本的動作を自分で行うことが可能であり、かつ、薬の内服、電話の利用などの手段的日常生活動作を行う能力もある状態 |
| 2. および歩行・移動に支障のない者 | |
| 3. 特定高齢者相当 | 歩行・移動に支障があるが、日常生活動作は自立しており要支援、要介護に該当しない者 |
| 4. 要支援相当 | 日常生活上の基本的動作については、ほぼ自分で行うことが可能であるが、日常生活動作の介助や現在の状態の防止により要介護状態となることの予防に資する手段的日常生活動作について何らかの支援を要する状態 |
| 5, 6. 要介護 1, 2 相当 | 日常生活上の基本的動作についても、自分で行うことが困難であり、何らかの介護を要する状態。今回の調査対象は要介護 1 および 2 に相当するものとする（ほぼ全面的な介助を要する要介護 3 - 5 相当のものは除外してください）。 |

なお要介護1, 2の内容は以下ようになります。

| | |
|-------------|---|
| 5. 要介護 1 | 要支援状態から、手段的日常生活動作を行う能力がさらに低下して、部分的な介護が必要となる状態 |
| 6. 要介護 2 | 要介護1の状態に加え、日常生活動作についても部分的な介護が必要となる状態 |

注：日常生活上の基本的動作：食事、排泄、起き上がり、歩行、階段の昇降、入浴などの動作

手段的日常生活動作：薬の内服、電話の利用、炊事、部屋の片付け、日用品の買い物、金銭管理など

医師記入票 2回目

| | | |
|-----------------|---|---------|
| 施設名 () | 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 識別番号シール |
| 検査日 平成 年 月 日 | 生年月日 <input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 | |

1. 前回の調査時とくらべて状態の変化がありましたか？（医師による判断）

変わっていない

よくなった

悪くなった

変わっていない、場合のみ2回目調査を実施

2. 開眼片脚起立時間（小数点第2位を四捨五入）

上肢を水平挙上して（1回目とやりかたが異なります）

右□□. □ 秒 左□□. □秒

記入していただく箇所はここまでです。

参考資料：開眼片脚起立時間測定（上肢を水平挙上して）

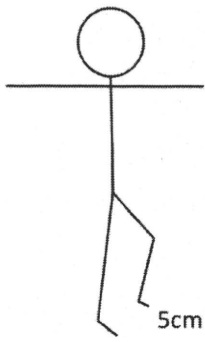
方法（安全のため壁や机などのそばで実施）

左右1回ずつ練習させてから計測してください。

1. 両上肢を水平挙上しての開眼片脚起立時間測定手順
1. 開眼で、片足立ちができる時間をストップウォッチを用いて測定する。
2. 測定は、固い床面で、履き物を脱いで行う。図のように両上肢を水平位まで外転し、片足立ちの体勢をとる。
3. 足の挙げ方は、最も安定する方法で可。反対側の足に触れてはならない。
4. 測定は、片足を挙げた時から、挙げた足が床に着くまでの時間を測定する。
5. 軸足が動いた（ずれた）時は、その時点までの時間を測定する。
6. 測定時間は60秒までとする。
7. 1回目で60秒に達しなかったときには、2回目を行う。
8. 2回行って、いずれも60秒に達しなかった場合には、長い方の値を採用する。
9. 被験者が転ぶ危険があるので、細心の注意を払い、よろけた場合にはすぐに支える。
10. 全く挙げられない場合は0秒、片足を一瞬しか挙げられない場合1秒とする。
11. 読み取りは小数点第2位を四捨五入して記入する。（例：12.3秒）

テスト終了の条件はa-cのいずれか

- a) 挙げた足が床に触れた場合
- b) 軸足（支持脚）の位置がずれた場合
- c) 手が体幹か壁などに触れた場合



運動器機能評価質問票 (1回目)

回答していただく方ご本人が自らお書きください。ご本人が記入することが困難な場合は、ご本人のことを最もよくご存じの方が、聞き取りの上で記入してください。

選ぶ回答では当てはまるものを選んで、□に✓をつけて下さい。

| | | | | | | |
|-----|---|---------|---|---|---|-----------|
| 回答者 | 生年月日 | : 大正・昭和 | 年 | 月 | 日 | (□ 男 □ 女) |
| 回答日 | 平成 | 年 | 月 | 日 | | |
| 1. | これまでに最も長く従事した職業を一つ選んでください。 <input type="checkbox"/> 専門技術職 <input type="checkbox"/> 管理職 <input type="checkbox"/> 事務職 <input type="checkbox"/> 営業販売職 <input type="checkbox"/> サービス職 <input type="checkbox"/> 保安職 <input type="checkbox"/> 農林漁業職 <input type="checkbox"/> 運輸通信職 <input type="checkbox"/> 生産労務職 <input type="checkbox"/> 専業主婦 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他の職業 () | | | | | |
| 2. | 同居者の方は？ (複数回答可) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> こども <input type="checkbox"/> こどもの配偶者 (嫁・婿) <input type="checkbox"/> 上記以外の親族・その他 | | | | | |
| 3. | あなたの要介護認定については次のうちどれですか。 <input type="checkbox"/> 申請していない <input type="checkbox"/> 申請したが非該当 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3以上 <input type="checkbox"/> 不明 | | | | | |
| 4. | 運動器の特定高齢者の認定を受けていますか <input type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> わからない | | | | | |
| 5. | これまでに骨折をしたことがありますか。(複数回答可) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 鎖骨 <input type="checkbox"/> 上腕骨 <input type="checkbox"/> 肘 <input type="checkbox"/> 前腕骨 <input type="checkbox"/> 手関節・手 <input type="checkbox"/> 肋骨 <input type="checkbox"/> 脊椎 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 大腿骨 <input type="checkbox"/> 膝関節・膝蓋骨 <input type="checkbox"/> 下腿骨 <input type="checkbox"/> 足関節・足 | | | | | |
| 6. | 歩行補助具を利用していますか。最も使用頻度が高いものを1つ選んでください。 <input type="checkbox"/> 利用しない <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 歩行車 <input type="checkbox"/> 松葉杖 <input type="checkbox"/> T字杖 <input type="checkbox"/> 下肢装具 (膝装具、膝サポーター、短または長下肢装具、足首サポーター、足底板) <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | |
| 7. | 歩行補助具の使用場所は <input type="checkbox"/> 屋内でも使う <input type="checkbox"/> 外出時のみ使う 使用状況は (屋内屋外あわせて) <input type="checkbox"/> たまに使う <input type="checkbox"/> 時々使う <input type="checkbox"/> いつも使う | | | | | |

8. この1年間に家の中で転んだことがありますか。

- ない 1回 2～3回 4～5回 それ以上

9. 目の調子が悪いために、新聞などを読むことが困難ですか。

眼鏡を使ってもかまいません。

- 困難でない 少し困難 中程度困難 かなり困難 ひどく困難

10. 耳の調子が悪いために、他人の話を聞き取ることが困難ですか。

補聴器を使ってもかまいません。

- 困難でない 少し困難 中程度困難 かなり困難 ひどく困難

「運動器疾患と日常生活での困難さについての調査」

「お体の状態」と「ふだんの生活」について、手足や背骨のことで困難なことがあるかどうかをおたずねします。この1ヵ月の状態を思い出して以下の質問にお答え下さい。それぞれの質問に、もっとも近い回答を1つ選んで、□に✓をつけて下さい。

この1ヵ月のからだの痛みなどについてお聞きします。

1. 頰・肩・腕・手のどこかに痛み（しびれも含む）がありますか。
 痛くない 少し痛い 中程度痛い かなり痛い
 ひどく痛い
2. 背中・腰・お尻のどこかに痛みがありますか。
 痛くない 少し痛い 中程度痛い かなり痛い
 ひどく痛い
3. 下肢（脚のつけね、太もも、膝、ふくらはぎ、すね、足首、足）のどこかに痛み（しびれも含む）がありますか。
 痛くない 少し痛い 中程度痛い かなり痛い
 ひどく痛い
4. ふだんの生活でからだを動かすのはどの程度つらいと感じますか。
 つらくない 少しつらい 中程度つらい かなりつらい
 ひどくつらい

この1ヵ月のふだんの生活についてお聞きします。

5. ベッドや寝床から起きたり、横になったりするのどの程度困難ですか。
 困難でない 少し困難 中程度困難 かなり困難
 ひどく困難

6. 腰掛けから立ち上がるのはどの程度困難ですか。
- 困難でない 少し困難 中程度困難 かなり困難
 ひどく困難
7. 家の中を歩くのはどの程度困難ですか。
- 困難でない 少し困難 中程度困難 かなり困難
 ひどく困難
8. シャツを着たり脱いだりするのはどの程度困難ですか。
- 困難でない 少し困難 中程度困難 かなり困難
 ひどく困難
9. ズボンやパンツを着たり脱いだりするのはどの程度困難ですか。
- 困難でない 少し困難 中程度困難 かなり困難
 ひどく困難
10. トイレで用足しをするのはどの程度困難ですか。
- 困難でない 少し困難 中程度困難 かなり困難
 ひどく困難
11. お風呂で身体を洗うのはどの程度困難ですか。
- 困難でない 少し困難 中程度困難 かなり困難
 ひどく困難
12. 階段の昇り降りのはどの程度困難ですか。
- 困難でない 少し困難 中程度困難 かなり困難
 ひどく困難
13. 急ぎ足で歩くのはどの程度困難ですか。
- 困難でない 少し困難 中程度困難 かなり困難
 ひどく困難
14. 外に出かけるとき、身だしなみを整えるのはどの程度困難ですか。
- 困難でない 少し困難 中程度困難 かなり困難
 ひどく困難
15. 休まずにどれくらい歩き続けることができますか (もっとも近いものを選んで下さい)。
- 2～3 km以上 1 km程度 300m程度 100m程度

全く控えている

24. 家の中で転ぶのではないかと不安ですか。

- 不安はない 少し不安 中程度不安 かなり不安
 ひどく不安

25. 先行き歩けなくなるのではないかと不安ですか。

- 不安はない 少し不安 中程度不安 かなり不安
 ひどく不安

ふだんの生活での問題についてお聞きします。

それぞれについて、当てはまると思われるものを

1つ選んで□にレをつけて下さい。

1. 移動の程度

- 私は歩き回るのに問題はない
 私は歩き回るのにいくらか問題がある
 私はベッド（床:とこ）に寝たきりである

2. 身の回りの管理

- 私は身の回りの管理に問題はない
 私は洗面や着替えを自分でするのにいくらか問題がある
 私は洗面や着替えを自分ではできない

3. ふだんの活動（例：仕事、勉強、家族・余暇活動）

- 私はふだんの活動を行うのに問題はない
 私はふだんの活動を行うのにいくらか問題がある
 私はふだんの活動を行うことができない

4. 痛み・不快感

- 私は痛みや不快感はない
- 私は中程度の痛みや不快感がある
- 私はひどい痛みや不快感がある

5. 不安・ふさぎこみ

- 私は不安でもふさぎこんでもいない
- 私は中程度に不安あるいはふさぎこんでいる
- 私はひどく不安あるいはふさぎこんでいる

最後の質問は移動と転倒についてです。これでおしまいです。

前にも同じような質問がありました。

以下の質問には「はい」か「いいえ」に ✓ をつけて下さい。

- | | | | | | |
|----|------------------------------|--------------------------|----|--------------------------|-----|
| 1 | バスや電車で一人で外出していますか | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ |
| 2 | 日用品の買い物をしていますか | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ |
| 3 | 預貯金の出し入れをしていますか | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ |
| 4 | 友人の家を訪ねていますか | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ |
| 5 | 家族や友人の相談にのっていますか | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ |
| 6 | 階段を手すりや壁を伝わらずに昇っていますか | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ |
| 7 | 椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ |
| 8 | 15分くらい続けて歩いていますか | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ |
| 9 | この1年間に転んだことがありますか | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ |
| 10 | 転倒に対する不安は大きいですか | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ |
| 11 | 週に1回以上は外出していますか | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ |

以上で質問は終わりです。ご協力ありがとうございました。

運動器機能評価質問票 (2回目)

回答していただく方ご本人が自らお書きください。ご本人が記入することが困難な場合は、ご本人のことを最もよくご存じの方が、聞き取りの上で記入してください。

選ぶ回答では当てはまるものを選んで、□に✓をつけて下さい。

| | | | | | | | | |
|-----|------|---|-------|---|---|---|------|------|
| 回答者 | 生年月日 | ： | 大正・昭和 | 年 | 月 | 日 | (□ 男 | □ 女) |
| 回答日 | 平成 | 年 | 月 | 日 | | | | |

「運動器疾患と日常生活での困難さについての調査」

「お体の状態」と「ふだんの生活」について、手足や背骨のことで困難なことがあるかどうかをおたずねします。この1カ月の状態を思い出して以下の質問にお答え下さい。それぞれの質問に、もっとも近い回答を1つ選んで、□に✓をつけて下さい。

この1カ月のからだの痛みなどについてお聞きします。

1. 頸・肩・腕・手のどこかに痛み（しびれも含む）がありますか。
 痛くない 少し痛い 中程度痛い かなり痛い
 ひどく痛い
2. 背中・腰・お尻のどこかに痛みがありますか。
 痛くない 少し痛い 中程度痛い かなり痛い
 ひどく痛い
3. 下肢（脚のつけね、太もも、膝、ふくらはぎ、すね、足首、足）のどこかに痛み（しびれも含む）がありますか。

- 痛くない 少し痛い 中程度痛い かなり痛い
 ひどく痛い

4. ふだんの生活でからだを動かすのはどの程度つらいと感じますか。
 つらくない 少しつらい 中程度つらい かなりつらい
 ひどくつらい

この1カ月のふだんの生活についてお聞きします。

5. ベッドや寝床から起きたり、横になったりするのはどの程度困難ですか。
 困難でない 少し困難 中程度困難 かなり困難
 ひどく困難
6. 腰掛けから立ち上がるのはどの程度困難ですか。
 困難でない 少し困難 中程度困難 かなり困難
 ひどく困難
7. 家の中を歩くのはどの程度困難ですか。
 困難でない 少し困難 中程度困難 かなり困難
 ひどく困難
8. シャツを着たり脱いだりするのはどの程度困難ですか。
 困難でない 少し困難 中程度困難 かなり困難
 ひどく困難
9. ズボンやパンツを着たり脱いだりするのはどの程度困難ですか。
 困難でない 少し困難 中程度困難 かなり困難
 ひどく困難
10. トイレで用足しをするのはどの程度困難ですか。
 困難でない 少し困難 中程度困難 かなり困難
 ひどく困難
11. お風呂で身体を洗うのはどの程度困難ですか。
 困難でない 少し困難 中程度困難 かなり困難
 ひどく困難

12. 階段の昇り降りほどの程度困難ですか。
 困難でない 少し困難 中程度困難 かなり困難
 ひどく困難
13. 急ぎ足で歩くのはどの程度困難ですか。
 困難でない 少し困難 中程度困難 かなり困難
 ひどく困難
14. 外に出かけるとき、身だしなみを整えるのはどの程度困難ですか。
 困難でない 少し困難 中程度困難 かなり困難
 ひどく困難
15. 休まずにどれくらい歩き続けることができますか (もっとも近いものを選んで下さい)。
 2～3 km以上 1 km程度 300m程度 100m程度
 10m程度
16. 隣・近所に外出するのはどの程度困難ですか。
 困難でない 少し困難 中程度困難 かなり困難
 ひどく困難
17. 2 kg程度の買い物 (1 リットルの牛乳パック 2個程度) をして持ち帰ることはどの程度困難ですか。
 困難でない 少し困難 中程度困難 かなり困難
 ひどく困難
18. 電車やバスを利用して外出するのはどの程度困難ですか。
 困難でない 少し困難 中程度困難 かなり困難
 ひどく困難
19. 家の軽い仕事 (食事の準備や後始末、簡単なかたづけなど) は、どの程度困難ですか。
 困難でない 少し困難 中程度困難 かなり困難
 ひどく困難
20. 家のやや重い仕事 (掃除機の使用、ふとんの上げ下ろしなど) は、どの程度困難ですか。
 困難でない 少し困難 中程度困難 かなり困難
 ひどく困難