

船橋市健康スケールについて

船橋市健康スケール質問項目 (1問ずつ、すべてにお答えください)		当てはまるところに○をつける	
要支援・要介護リスク評価尺度	① バスや電車を使って1人で外出できますか	0.はい	1.いいえ
	② 日用品の買物ができますか	0.はい	1.いいえ
	③ 預貯金の出し入れが自分でできますか	0.はい	1.いいえ
	④ 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0.はい	1.いいえ
	⑤ 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	0.はい	1.いいえ
	⑥ 15分位続けて歩いていますか	0.はい	1.いいえ
	⑦ この1年間に転んだことがありますか	1.はい	0.いいえ
	⑧ 転倒に対する不安は大きいですか	1.はい	0.いいえ
	⑨ 最近測った身長と体重はいくつですか？	身長 cm	体重 kg
	⑩ 昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1.はい	0.いいえ
設問項目	⑪ ふなばしシルバーリハビリ体操教室に参加していますか	1. 週1回以上 2. 月2～3回 3. 月1回 4. 年に数回 5. 参加していない	
	⑫ ふなばしシルバーリハビリ体操教室以外に30分以上の体操や運動のグループに参加していますか	1. 週1回以上 2. 月2～3回 3. 月1回 4. 年に数回 5. 参加していない	
	⑬ 趣味的なサークルやボランティア活動に参加していますか	1. 週1回以上 2. 月2～3回 3. 月1回 4. 年に数回 5. 参加していない	
	⑭ 片脚立ちで靴下がはけますか	0.はい	1.いいえ
	⑮ 家の中でつまずいたり、すべったりすることはありますか	1.はい	0.いいえ
	⑯ 家のやや重い仕事(掃除など)は困難ですか	1.はい	0.いいえ
	⑰ 2kg程度(1リットルの牛乳パック2個分)の買い物をして持ち帰るのは困難ですか	1.はい	0.いいえ
	⑱ 横断歩道を青信号で渡りきれますか	0.はい	1.いいえ
	⑲ 指輪っかテストで隙間がありますか(裏面参照)	1.届かない 2.ちょうど 3.隙間がある	
	⑳ 現在ご自身の歯は何本残っていますか。さし歯や金属をかぶせた歯も自分の歯に含めます。なお、成人の歯の総本数は、親知らずを含めて32本です。	1. 0本 2. 1～4本 3. 5～9本 4. 10～19本 5. 20本以上	
	㉑ 歯を磨いていますか(人にやってもらう場合も含む)	1. 毎日 2. 時々 3. 磨かない	
	㉒ 食事にかかる時間は長くなりましたか	1.はい	0.いいえ

健康スケールは、容易に簡便に高齢者の元気を計る物差しの作成を目的とし、「船橋市健康スケール及び運動器チェック指標検討協議会」において、整形外科医や理学療法士等の意見を取り入れながら開発しました。

この健康スケールは、【元気度チェック】、【ふなばしシルバーリハビリ体操事業等の評価項目】、【運動器機能の状態をみる項目】、【口腔機能の状態をみる項目】で構成されています。この健康スケールを行うことで、高齢者個人の現在の元気度、3年後の要支援・要介護リスクが分かり、また足腰の衰えチェック事業や介護予防教室事業に参加が必要な対象者の抽出を行うことができるものです。

①～⑩元気度チェック該当項目

千葉大学予防医学センターの辻大士氏らが開発した「要支援・要介護リスク評価尺度」を用い、各年齢における全国の平均を基準として、回答者の合計点数を比較し元気度を算出する。

⑪～⑬事業評価に関する項目

(ふなばしシルバーリハビリ体操事業等に関する項目)

⑭～⑲運動器に関する項目

④～⑧の項目と合わせて運動器の機能低下者(フレイル予備軍・要支援1相当)の抽出に使用し、回答結果に応じて足腰の衰えチェック事業の対象者とする。

⑳～㉒口腔機能に関する項目

口腔機能低下者の抽出に使用。対象者には介護予防教室をご案内する



健康スケールの結果、足腰の衰えチェック事業への参加、介護予防事業への参加等について、3年間の回答データを蓄積し、それぞれの指標の有効性や、事業の評価等について研究機関と共同でコホート分析を行う。

※コホート分析とは、2つの群を比べて、一定期間の経年変化をみるものです。

ご回答いただきました健康スケールの結果に加え、船橋市が保有する回答日以降の介護認定者情報や日常生活自立度状況、介護給付データ等は、船橋市個人情報保護条例を遵守し、保健・介護予防事業推進のため、大学等の研究機関へ提供し、統計処理、地区分析及び研究等に利用させていただきますのでご了承ください。(利用・提供する項目は下表をご覧ください。)

利用・提供する項目

被保険者番号(介護)、生年月日、性別、住所(町名のみ)、個人の要支援・要介護認定情報及び認定日、認知症高齢者の日常生活自立度状況、障害高齢者の日常生活自立度状況、介護給付費の合計金額(1年間ずつ)、介護保険資格情報(資格喪失日、死亡、転出)等

記入者氏名	連絡先	電話	()
-------	-----	----	-----