

『夢前花街道事業』と『加点式健診事業』の 連携による地域活性化実践研究

<概要>

本研究事業は、社会システムイノベーションセンターのプロジェクトとして、医学研究科・地域医療教育学部門の岡山雅信教授とともに2018年から取り組んでおり、日本生命財団と科研費基盤研究(B)による助成を得ています。

まず、「加点式健康診断」は、岡山雅信教授、八幡晋輔助教によって考案された新しい「ほめる」健康診断です。この健診では様々な健診票を参考にした問診票で、家族、職業、運動量、人付き合いなどから健康や活動、心の状態を尋ね、良い部分を見つけ出します。その結果をもとに、健康にプラスの効果をもたらす部分をほめます。ほめられることにより受診者の健康づくりへの意欲を引き上げ、「地域のイベントに参加しよう、運動しよう」と思うようになります。つまり、健康づくりへのモチベーションアップがねらいです。なお、この「よいとこ面談」は研修を受けた学生が担います。

藤岡秀英副センター長は「経済社会政策」を研究テーマとして、医療保険と介護保険の研究を土台に「地域創生政策」の理論化と実践に取り組んでいます。この「よいとこ健診」も、姫路市夢前町山之内地区の「夢前花街道事業」という地域創生事業の一環として進められています。「夢前花街道事業」は、地域住民と大学生がさまざまな舞台で交流を深める取り組みです。例えば「盆踊り再開事業」「カモミール収穫ボランティア」等があり、それら事業を通じた、大学関係者と地域住民との交流が「よいとこ健診」の実施につながっています。

<主な取組>

一般的な健診は、健康上の問題点を発見するものですが、「よいとこ健診」は、まったく逆に「良いところをほめる」ことで、フレイル予防、健康づくりのモチベーションアップにつながる「行動変容」をうながすところに新規性があります。「コミュニティ活動」への積極的な参加と地域活性化に結びつけることが目的です。これら一連の取り組みを通じて、健康診断の受診率を高め、フレイル予防の向上を目指しています。中長期的には、夢前町での一人当たり医療費・介護費の抑制につながるなど、社会的課題解決への貢献が期待されます。

特徴として異分野研究者・地域・産官学の協働があげられます。本事業は社会システムイノベーションセンター、経済学研究科、医学研究科、甲南女子大学、兵庫教育大学、立命館大学から研究者11名と院生、学部生が多数参加しています。現在、岡山大学医学部、鳥取大学医学部からも参加者が加わっています。そして、「(株)香寺ハーブガーデン」をはじめとする地域の民間企業や、夢前包括支援センター、姫路市中央保健センター、連合自治会、長寿会(老人会)の地域組織も参画しています。産官学・地域社会と共創した実践的研究・教育です。

また、2020年度には、コロナ禍のなかでも、ITを活用した「オンライン健診」を開発し、9月と3月に夢前町前之庄公民館にて、Zoomを使った「よいとこ健診面談」を2回実施しました。これにより全国のどこでも「よいとこ健診(加点式健診)」が可能であることが実証されています。

<参考 URL>

「よいとこ健診」とは：<https://www.med.kobe-u.ac.jp/dcme/yoitoko/>

社会システムイノベーションセンター：<http://www.cfssi.kobe-u.ac.jp/index.html>

問い合わせ先

■神戸大学 社会システムイノベーションセンター

副センター長（地域連携担当） 藤岡 秀英

TEL：090-8888-7447 Mail：fujioka@econ.kobe-u.ac.jp

■神戸大学 大学院医学研究科 医学教育学分野医学教育部門

特命教授 岡山 雅信

TEL：078-382-6732 Mail：okayamam@med.kobe-u.ac.jp

受診日 20 / /

整理番号

よいとこ健診票

フリガナ:

氏名:

性別:



男



女

生年月日: 西暦

年

月

日

1. 現在病気にかかっている、又は過去に病気にかかったことがありますか

ある

ない

1-2. 先ほどの質問で "ある" と答えた方にお聞きします

現在かかっている、又は過去にかかったことのある病名**全てに☑**をつけてください

<input checked="" type="checkbox"/> 脳卒中	<input checked="" type="checkbox"/> その他の心疾患	<input checked="" type="checkbox"/> 高尿酸血症
<input checked="" type="checkbox"/> 脳出血 (脳卒中)	<input checked="" type="checkbox"/> 慢性的な腎不全	<input checked="" type="checkbox"/> 腎不全以外の腎疾患
<input checked="" type="checkbox"/> 脳梗塞 (脳卒中)	<input checked="" type="checkbox"/> 人工透析	<input checked="" type="checkbox"/> 糖尿病
<input checked="" type="checkbox"/> その他の脳血管疾患	<input checked="" type="checkbox"/> 貧血	<input checked="" type="checkbox"/> 肝臓病
<input checked="" type="checkbox"/> 狭心症	<input checked="" type="checkbox"/> 高血圧	<input checked="" type="checkbox"/> 胃・十二指腸潰瘍
<input checked="" type="checkbox"/> 心筋梗塞	<input checked="" type="checkbox"/> 低血圧	<input checked="" type="checkbox"/> うつ
<input checked="" type="checkbox"/> 心不全	<input checked="" type="checkbox"/> 不整脈	<input checked="" type="checkbox"/> 骨粗鬆症
<input checked="" type="checkbox"/> 虚血性心疾患	<input checked="" type="checkbox"/> 高脂血症	<input checked="" type="checkbox"/> その他 ()

2. 喫煙について

2-1. ここ1ヶ月間でたばこを吸っていますか

はい

いいえ

2-2. 過去に、通算100本以上、または本数にかかわらず通算6ヶ月以上たばこを吸いましたか

はい

いいえ

3. 現在お仕事についておられますか

<input checked="" type="checkbox"/>	はい	<input checked="" type="checkbox"/>	いいえ
-------------------------------------	----	-------------------------------------	-----

4. これまでのお仕事について以下の2項目（「産業分類」と「職業分類」）にそれぞれをつけてください（複数回答可）

退職されている方は、現役の頃のお仕事についてお答えください

専業主婦(主夫)の方は「産業分類」はチェックせず、「職業分類」の「M 家庭内労働（家事・育児）」にチェックしてください

産業分類

<input checked="" type="checkbox"/>	A 農業, 林業	<input checked="" type="checkbox"/>	H 運輸業, 郵便業	<input checked="" type="checkbox"/>	O 教育, 学習支援業
<input checked="" type="checkbox"/>	B 漁業	<input checked="" type="checkbox"/>	I 卸売業, 小売業	<input checked="" type="checkbox"/>	P 医療, 福祉
<input checked="" type="checkbox"/>	C 鉱業, 採石業	<input checked="" type="checkbox"/>	J 金融業, 保険業	<input checked="" type="checkbox"/>	Q 複合サービス事業
<input checked="" type="checkbox"/>	D 建設業	<input checked="" type="checkbox"/>	K 不動産業, 物品賃貸業	<input checked="" type="checkbox"/>	R その他サービス業
<input checked="" type="checkbox"/>	E 製造業	<input checked="" type="checkbox"/>	L 学術研究, 専門技術サービス業	<input checked="" type="checkbox"/>	S 公務
<input checked="" type="checkbox"/>	F 電気・ガス・水道業	<input checked="" type="checkbox"/>	M 宿泊業, 飲食サービス業	<input checked="" type="checkbox"/>	T 分類不能の産業
<input checked="" type="checkbox"/>	G 情報通信業	<input checked="" type="checkbox"/>	N 生活関連サービス業, 娯楽業		

職業分類（仕事上の役割）

<input checked="" type="checkbox"/>	A 管理的職業従事者	<input checked="" type="checkbox"/>	F 保安職業従事者	<input checked="" type="checkbox"/>	K 運搬・清掃等従事者
<input checked="" type="checkbox"/>	B 専門的・技術的職業従事者	<input checked="" type="checkbox"/>	G 農林漁業従事者	<input checked="" type="checkbox"/>	L 分類不能の職業
<input checked="" type="checkbox"/>	C 事務従事者	<input checked="" type="checkbox"/>	H 生産工程従事者	<input checked="" type="checkbox"/>	M 家庭内労働（家事・育児）
<input checked="" type="checkbox"/>	D 販売従事者	<input checked="" type="checkbox"/>	I 輸送機械運転従事者		
<input checked="" type="checkbox"/>	E サービス職業従事者	<input checked="" type="checkbox"/>	J 建設・採掘従事者		

5. 同居家族に関して当てはまるもの**全てに**をつけてください

<input checked="" type="checkbox"/>	独居	<input checked="" type="checkbox"/>	配偶者	<input checked="" type="checkbox"/>	子
<input checked="" type="checkbox"/>	子の配偶者	<input checked="" type="checkbox"/>	実の親	<input checked="" type="checkbox"/>	配偶者の親
<input checked="" type="checkbox"/>	孫	<input checked="" type="checkbox"/>	兄弟姉妹	<input checked="" type="checkbox"/>	祖父母
<input checked="" type="checkbox"/>	その他の親戚	<input checked="" type="checkbox"/>	血縁関係のない者		

○あなたの活動について質問します

各々の質問に対して、“はい”か“いいえ”に☑して答えてください

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

(古谷野互,柴田博,中里克治ら:地域老人における活動能力の測定—老研式活動能力指標の開発—.日公衛誌 34:109-114,1987 より,一部改変)

○あなたの人付き合いについて質問します

A あなたは下記のような会・グループにどのくらいの頻度で参加していますか

(1) ボランティアのグループ

<input checked="" type="checkbox"/> 週4回以上	<input checked="" type="checkbox"/> 週2~3回	<input checked="" type="checkbox"/> 週1回	<input checked="" type="checkbox"/> 月1~3回	<input checked="" type="checkbox"/> 年に数回	<input checked="" type="checkbox"/> 参加していない
---	---	---	---	--	---

(2) スポーツ関係のグループやクラブ

<input checked="" type="checkbox"/> 週4回以上	<input checked="" type="checkbox"/> 週2~3回	<input checked="" type="checkbox"/> 週1回	<input checked="" type="checkbox"/> 月1~3回	<input checked="" type="checkbox"/> 年に数回	<input checked="" type="checkbox"/> 参加していない
---	---	---	---	--	---

(3) 趣味関係のグループ

<input checked="" type="checkbox"/> 週4回以上	<input checked="" type="checkbox"/> 週2~3回	<input checked="" type="checkbox"/> 週1回	<input checked="" type="checkbox"/> 月1~3回	<input checked="" type="checkbox"/> 年に数回	<input checked="" type="checkbox"/> 参加していない
---	---	---	---	--	---

(4) 学習・教養サークル

<input checked="" type="checkbox"/> 週4回以上	<input checked="" type="checkbox"/> 週2~3回	<input checked="" type="checkbox"/> 週1回	<input checked="" type="checkbox"/> 月1~3回	<input checked="" type="checkbox"/> 年に数回	<input checked="" type="checkbox"/> 参加していない
---	---	---	---	--	---

(5) 特技や経験を他者に伝える活動

<input checked="" type="checkbox"/> 週4回以上	<input checked="" type="checkbox"/> 週2~3回	<input checked="" type="checkbox"/> 週1回	<input checked="" type="checkbox"/> 月1~3回	<input checked="" type="checkbox"/> 年に数回	<input checked="" type="checkbox"/> 参加していない
---	---	---	---	--	---

B あなたの住んでいる地域についておうかがいします

(6) あなたの地域の人々は、一般的に信用できると思いますか

<input checked="" type="checkbox"/> とても信用できる	<input checked="" type="checkbox"/> まあ信用できる	<input checked="" type="checkbox"/> どちらともいえない
<input checked="" type="checkbox"/> あまり信用できない	<input checked="" type="checkbox"/> 全く信用できない	

(7) あなたの地域の人々は、多くの場合、他の人の役に立とうと思えますか

<input checked="" type="checkbox"/> とてもそう思う	<input checked="" type="checkbox"/> まあそう思う	<input checked="" type="checkbox"/> どちらともいえない
<input checked="" type="checkbox"/> あまりそう思わない	<input checked="" type="checkbox"/> 全くそう思わない	

(8) あなたは現在住んでいる地域にどの程度愛着がありますか

<input checked="" type="checkbox"/> とても愛着がある	<input checked="" type="checkbox"/> まあ愛着がある	<input checked="" type="checkbox"/> どちらともいえない
<input checked="" type="checkbox"/> あまり愛着がない	<input checked="" type="checkbox"/> 全く愛着がない	

C あなたとまわりの人の「たすけあい」についておうかがいします

(9) あなたの心配事や愚痴(ぐち)を聞いてくれる人。該当する**全てに☑**をしてください

<input checked="" type="checkbox"/> 配偶者	<input checked="" type="checkbox"/> 同居の子ども	<input checked="" type="checkbox"/> 別居の子ども	<input checked="" type="checkbox"/> 兄弟姉妹・親戚・親・孫
<input checked="" type="checkbox"/> 近隣	<input checked="" type="checkbox"/> 友人	<input checked="" type="checkbox"/> その他()	<input checked="" type="checkbox"/> そのような人はいない

(10) 反対に、あなたが心配事や愚痴(ぐち)を聞いてあげる人。

該当する**全てに☑**をしてください

<input checked="" type="checkbox"/> 配偶者	<input checked="" type="checkbox"/> 同居の子ども	<input checked="" type="checkbox"/> 別居の子ども	<input checked="" type="checkbox"/> 兄弟姉妹・親戚・親・孫
<input checked="" type="checkbox"/> 近隣	<input checked="" type="checkbox"/> 友人	<input checked="" type="checkbox"/> その他()	<input checked="" type="checkbox"/> そのような人はいない

(11) あなたが病気で数日間寝込んだときに看病や世話をしてくれる人。

該当する**全てに☑**をしてください

<input checked="" type="checkbox"/> 配偶者	<input checked="" type="checkbox"/> 同居の子ども	<input checked="" type="checkbox"/> 別居の子ども	<input checked="" type="checkbox"/> 兄弟姉妹・親戚・親・孫
<input checked="" type="checkbox"/> 近隣	<input checked="" type="checkbox"/> 友人	<input checked="" type="checkbox"/> その他()	<input checked="" type="checkbox"/> そのような人はいない

○あなたの人付き合いについてもう少し質問します

A 家族 ここでは、家族や親戚などについて考えます

(1) 少なくとも月に1回、会ったり話をしたりする家族や親戚は何人いますか

<input checked="" type="checkbox"/>	いない(0)	<input checked="" type="checkbox"/>	1人(1)	<input checked="" type="checkbox"/>	2人(2)	<input checked="" type="checkbox"/>	3,4人(3)	<input checked="" type="checkbox"/>	5~8人(4)	<input checked="" type="checkbox"/>	9人以上(5)
-------------------------------------	--------	-------------------------------------	-------	-------------------------------------	-------	-------------------------------------	---------	-------------------------------------	---------	-------------------------------------	---------

(2) あなたが、個人的なことでも話すことができるくらい気楽に感じられる家族や親戚は何人いますか

<input checked="" type="checkbox"/>	いない(0)	<input checked="" type="checkbox"/>	1人(1)	<input checked="" type="checkbox"/>	2人(2)	<input checked="" type="checkbox"/>	3,4人(3)	<input checked="" type="checkbox"/>	5~8人(4)	<input checked="" type="checkbox"/>	9人以上(5)
-------------------------------------	--------	-------------------------------------	-------	-------------------------------------	-------	-------------------------------------	---------	-------------------------------------	---------	-------------------------------------	---------

(3) あなたが、助けを求めることができるくらい親しく感じられる家族や親戚は何人いますか

<input checked="" type="checkbox"/>	いない(0)	<input checked="" type="checkbox"/>	1人(1)	<input checked="" type="checkbox"/>	2人(2)	<input checked="" type="checkbox"/>	3,4人(3)	<input checked="" type="checkbox"/>	5~8人(4)	<input checked="" type="checkbox"/>	9人以上(5)
-------------------------------------	--------	-------------------------------------	-------	-------------------------------------	-------	-------------------------------------	---------	-------------------------------------	---------	-------------------------------------	---------

B 友人関係 ここでは、近くに住んでいる人を含むあなたの友人全体について考えます

(4) 少なくとも月に1回、会ったり話をしたりする友人は何人いますか

<input checked="" type="checkbox"/>	いない(0)	<input checked="" type="checkbox"/>	1人(1)	<input checked="" type="checkbox"/>	2人(2)	<input checked="" type="checkbox"/>	3,4人(3)	<input checked="" type="checkbox"/>	5~8人(4)	<input checked="" type="checkbox"/>	9人以上(5)
-------------------------------------	--------	-------------------------------------	-------	-------------------------------------	-------	-------------------------------------	---------	-------------------------------------	---------	-------------------------------------	---------

(5) あなたが、個人的なことでも話すことができるくらい気楽に感じられる友人は何人いますか

<input checked="" type="checkbox"/>	いない(0)	<input checked="" type="checkbox"/>	1人(1)	<input checked="" type="checkbox"/>	2人(2)	<input checked="" type="checkbox"/>	3,4人(3)	<input checked="" type="checkbox"/>	5~8人(4)	<input checked="" type="checkbox"/>	9人以上(5)
-------------------------------------	--------	-------------------------------------	-------	-------------------------------------	-------	-------------------------------------	---------	-------------------------------------	---------	-------------------------------------	---------

(6) あなたが、助けを求めることができるくらい親しく感じられる友人は何人いますか

<input checked="" type="checkbox"/>	いない(0)	<input checked="" type="checkbox"/>	1人(1)	<input checked="" type="checkbox"/>	2人(2)	<input checked="" type="checkbox"/>	3,4人(3)	<input checked="" type="checkbox"/>	5~8人(4)	<input checked="" type="checkbox"/>	9人以上(5)
-------------------------------------	--------	-------------------------------------	-------	-------------------------------------	-------	-------------------------------------	---------	-------------------------------------	---------	-------------------------------------	---------

(栗本鮎美, 栗田主一, 大久保孝義, 坪田恵, 浅山敬, 高橋香子, 末永カツ子, 佐藤洋, 今井潤. 日本語版 Lubben Social Network Scale 短縮版 (LSNS-6) の作成と信頼性および妥当性の検討. 日本老年医学会雑誌. 48(2): 149-157, 2011 より)

○あなたの感情について質問します

各々の質問に対して、“はい”か“いいえ”に☑して答えてください

	はい	いいえ	
1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	毎日の生活に満足していますか
2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	毎日の活動力や周囲に対する興味が低下したと思いますか
3	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	生活が空虚だと思いますか
4	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	毎日が退屈だと思ふことが多いですか
5	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	大抵は機嫌よく過ごすことが多いですか
6	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	将来の漠然とした不安に駆られることが多いですか
7	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	多くの場合は自分が幸福だと思ひますか
8	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	自分が無力だなあと思ふことが多いですか
9	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	外出したり何か新しいことをするより家にいたいと思ひますか
10	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	何よりもまず、もの忘れが気になりますか
11	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	いま生きていることが素晴らしいと思ひますか
12	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	生きていても仕方がないと思ふ気持ちになることがありますか
13	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	自分が活気にあふれていると思ひますか
14	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	希望がないと思ふことがありますか
15	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	周りの人があなたより幸せそうに見えますか

杉下守弘, 朝田隆. 高齢者用うつ尺度短縮版-日本版(Geriatric Depression Scale - Short Version - Japanese, GDS-S-J)の作成について. 認知神経科学. 11(1): 87-90, 2009.

Sugishita K, Sugishita M, Hemmi I, Asada T, Tanigawa T. A Validity and Reliability Study of the Japanese Version of the Geriatric Depression Scale 15 (GDS-15-J). Clin Gerontol. 40(4): 233-240, 2017 より

○あなたの咀嚼力（そしゃくりょく）について質問します

次の食品群をかみ切ることができますか

一つでもかみ切れない食品があれば、「かみ切れない」に☑をつけてください

食事の時に入れ歯を使っている人は、入れ歯を使った状態について回答して下さい

質 問	かみ切れる	かみ切れない
1. バナナ・豆腐・煮物・コーンビーフ	✓	✓
2. ご飯・つみれ・ゆでたアスパラガス	✓	✓
3. 油揚げ・酢だこ・白菜の漬物・ほしぶどう	✓	✓
4. 豚肉ももゆで・生にんじん・セロリ	✓	✓
5. さきイカ・たくあん	✓	✓

柳沢幸江 他. 食物の咀嚼筋活動量,及び食物分類に関する研究 小児歯科学雑誌 1989;27:74-84.

Hirano H, et al. Masticatory ability in relation to oral status and general health on aging. The Journal of Nutrition, Health & Aging 1999;3:48-53.

(次のページに続く)

○あなたの飲食物の飲み込みについて質問します

各質問の該当する項目に☑をつけてください

1. 飲み込みの問題が原因で、体重が減少した

✓	0	問題なし	(体重は減少していない)
✓	1		(よくわからない)
✓	2		(この3カ月間で、0～1 kg体重が減少した)
✓	3		(この3カ月間で、1～3 kg体重が減少した)
✓	4	ひどく問題	(この3カ月間で、3 kg以上体重が減少した)

2. 飲み込みの問題が外食に行くための障害になっている

✓	0	問題なし	(全くそうは思わなかった)
✓	1		(めったにそうは思わなかった)
✓	2		(ときどきそう思うことがあった)
✓	3		(よくそう思った)
✓	4	ひどく問題	(いつもそう思った)

3. 液体を飲み込む時に、余分な努力が必要だ

✓	0	問題なし	(全くそうは感じない。または、そういう問題はない)
✓	1		(めったにそうは思わなかった)
✓	2		(ときどきそう思うことがあった)
✓	3		(よくそう思った)
✓	4	ひどく問題	(いつもそう思った)

4. 固形物を飲み込む時に、余分な努力が必要だ

✓	0	問題なし	(全くそうは感じない。または、そういう問題はない)
✓	1		(めったにそうは思わなかった)
✓	2		(ときどきそう思うことがあった)
✓	3		(よくそう思った)
✓	4	ひどく問題	(いつもそう思った)

5. 錠剤を飲み込む時に、余分な努力が必要だ

✓	0	問題なし	(全くそうは感じない。または、そういう問題はない)
✓	1		(めったにそうは思わなかった)
✓	2		(ときどきそう思うことがあった)
✓	3		(よくそう思った)
✓	4	ひどく問題	(いつもそう思った)

6. 飲み込むことが苦痛だ

✓	0	問題なし	(全くそうは感じない。または、そういう問題はない)
✓	1		(めったにそうは思わなかった)
✓	2		(ときどきそう思うことがあった)
✓	3		(よくそう思った)
✓	4	ひどく問題	(いつもそう思った)

7. 食べる喜びが飲み込みによって影響を受けている

✓	0	問題なし	(全くそうは感じない。または、そういう問題はない)
✓	1		(めったにそうは思わなかった)
✓	2		(ときどきそう思うことがあった)
✓	3		(よくそう思った)
✓	4	ひどく問題	(いつもそう思った)

8. 飲み込む時に食べ物がのどに引っかかる

✓	0	問題なし	(全くそうは感じない。または、そういう問題はない)
✓	1		(めったにそうは思わなかった)
✓	2		(ときどきそう思うことがあった)
✓	3		(よくそう思った)
✓	4	ひどく問題	(いつもそう思った)

9. 食べる時に咳が出る

✓	0	問題なし	(全く出ない)
✓	1		(めったに出ない)
✓	2		(ときどき出ることがある)
✓	3		(よく出る)
✓	4	ひどく問題	(いつも出る)

10. 飲み込むことはストレスが多い

✓	0	問題なし	(全くそうは感じない。または、そういう問題はない)
✓	1		(めったにそうは思わなかった)
✓	2		(ときどきそう思うことがあった)
✓	3		(よくそう思った)
✓	4	ひどく問題	(いつもそう思った)

○健診結果の活用方法について質問します

今回の健診結果で、あなたの健康に関する大きな課題が見つかった場合、保健医療・介護福祉関係者から積極的な関わりを受けることを希望しますか

※ ”はい” と答えられた方には、後日姫路市国民健康保険課職員などからご連絡させていただきます場合があります

”いいえ” と答えられた方にも、健診結果の通知書はお渡しさせていただきます

✓	はい
---	----

✓	いいえ
---	-----

=====

以下は測定担当者が記入しますので、空欄にしておいてください。

○Timed Up & Go Test

通常の歩行速度		秒
---------	--	---

○オーラルディアドコキネシス（パ・タ・カ測定）

パ 5秒間で _____回 平均 _____回/秒	タ 5秒間で _____回 平均 _____回/秒	カ 5秒間で _____回 平均 _____回/秒
---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------

○30 ml水飲みテスト

はい	いいえ	
✓	✓	1回の嚥下で飲めた
✓	✓	むせずに飲めた。
✓	✓	5秒以内で飲めた。
✓	✓	しばしばむせる、全量飲むことが困難