

参考資料 3-6 転倒不安感尺度

転倒不安感尺度

評価実施日 年 月 日 (回目評価)

氏名	年 月 日生 (歳)	評価者名
----	-------------	------

この評価は、あなたが感じる転倒の不安について調べるものです。
 これからいくつかの日常生活の動作について質問をいたします。
 それぞれの動作で、どれくらい転倒の不安があるのかをお聞かせください。
 「全く不安がない、少し不安がある、不安がある、とても不安がある」の4つの選択肢から、いまのあなたの気持ちにもっとも近いものを教えてください。

	次の動作で転ぶ不安は？	全く不安がない	少し不安がある	不安がある	とても不安がある
1	家の掃除をする	1	2	3	4
2	服を脱いだり、着たりする	1	2	3	4
3	簡単な食事の支度をする	1	2	3	4
4	お風呂やシャワーに入る	1	2	3	4
5	簡単な買い物をする	1	2	3	4
6	椅子から立ったり、座ったりする	1	2	3	4
7	階段を昇り降りする	1	2	3	4
8	近所を歩く	1	2	3	4
9	戸棚やタンスに手を伸ばす	1	2	3	4
10	急いで電話に出る	1	2	3	4

合計点数 _____

転倒不安感尺度の聞き取りをするときには、以下の方法で聞き取ってください。

【質問】

これからいくつかの日常的な動作について質問をいたします。それぞれ転倒の不安がどれくらいあるのかをお聞かせください。選択肢は、「全く不安がない、少し不安がある、不安がある、とても不安がある」の 4 つです。今の自分の気持ちにもっとも近いものを答えてください。

(それぞれの動作毎に繰り返してください) . . . の動作をするときに、どれくらい転倒の不安がありますか。

(もし、対象者がその動作をしない、あるいはできないと答えた場合は、次のように聞き直してください。)

この動作をしていない(できない)事はわかりました。もしした(できる)とすると、どれくらい転倒の不安がありますか。

(それでも、対象者がやはりその動作をしない、あるいはできないと答えた場合には、もう一度次のように聞き直してください。)

この動作をしていない(できない)事はわかりましたが、あえて、した(できる)と想像してみてください。もしした(できる)とするといかがでしょうか。

(それでも、対象者がやはりその動作をしない、あるいはできないと答えた場合には、欄外にコード D(わからない)と記載し、とても不安があるとして、採点をしてください。)