

ことになる。

1. 原因疾患に対する治療

運動器不安定症と診断がついたら、背景にある下肢や脊椎などの原因疾患に対する保存的治療をまずは行う。

わが国では、運動器疾患の保存的治療に関する高水準の臨床研究 (RCT) が次々と行われている。変形性膝関節症 (膝 OA) に対する下肢伸展拳上 (SLR) テストあるいは非ステロイド性抗炎症薬 (NSAIDs) 含有貼付剤の効果、慢性腰痛に対する腰痛体操の効果などが確認されている⁷⁻⁹⁾。これら世界的にみても優れた研究デザインによる臨床研究成績は、運動器リハビリテーションという概念の確立において、重要な推進要素となった。

2. 歩行・移動能力の改善——運動器リハビリテーション

下肢の筋力強化・バランス改善などが、歩行・移動能力改善の中心的手法となる。効果が検証されている片足起立運動 [ダイナミックフラミンゴ (DF) 療法] を中心に紹介する。

DF 療法は、大腿骨頸部の骨密度改善を目的として阪本¹⁰⁾が 1993 年に考案した治療法で、何かにつかまって片脚で立つ姿勢を 1 分間続けさせる簡便なものである。1 分間の片脚起立で得られる大腿骨頭に加わる負荷の総量は、53 分間の歩行で得られる総負荷量と同等と計算されている。1 分間の片足立ちを左右行い、日に 3 回実施する。この DF 療法に大腿四頭筋を強化する膝伸ばし体操を併用したところ、転倒率が有意に減少したとの調査結果が、日本臨床整形外科学会が全国で行った研究で示されている¹¹⁾。

足の筋力を増強しバランスを向上させる運動は、ほかにも種々のものがある。水中での運動、太極拳が有効との報告もあるが、足に負荷をかけバランスを意識する運動なら、どのようなやり方でもある程度の効果はみられるので、生活習慣として運動を取り入れるよう指導していただきたい。運動の頻度は週に 1 回では効果が少なく、できれば毎日、少なくとも週に 3 回は行う。運動の効果が筋肉に残っているのはせいぜい 2~3 日といわれているからである。

おわりに

運動器不安定症という名称は、カルテに記載し治療対

象とできる疾患名である。膝 OA などの通常の疾患と異なるのは、長期臥床後の運動器廃用あるいは高頻度転倒者など、従来は治療対象としにくかった者を早期に抽出し、転倒予防の運動器リハビリテーションなどを予防的に実施することができるようになった点にある。運動器疾患を担う整形外科医は、運動器不安定症の診断と治療を十分に理解し、積極的に関与していただきたい。運動器の手術的治療を経験・熟知している整形外科医が、その保存的治療も一貫して担当するというわが国の診療体制は、世界に類をみない優れたものと考えられ、その維持には整形外科医の保存的治療に払う関心が不可欠からである。

文 献

- 1) Lautenschlager NT, Cox KL, Flicker L et al : Effect of physical activity on cognitive function in older adults at risk for Alzheimer disease : a randomized trial. *JAMA* **300** : 1027-1037, 2008
- 2) Yoshimura N, Muraki S, Oka H et al : Prevalence of knee osteoarthritis, lumbar spondylosis and osteoporosis in Japanese men and women : the research on osteoarthritis/osteoporosis against disability (study). *J Bone Miner Metab* **27** : 620-628, 2009
- 3) 福永哲夫 : 高齢者のためのホーム貯筋術の EBM. *心臓リハ* **11** : 235-238, 2006
- 4) 坂田悍教 : 運動器不安定症を有する地域高齢者に関する開眼片脚起立特性. *整・災外* **50** : 17-25, 2007
- 5) 日本整形外科学会ホームページ. <<http://www.joa.or.jp/jp/index.asp>> [Accessed 19 May 2010]
- 6) 中村耕三 : ロコモティブシンドローム (運動器症候群) 一超高齢社会における健康寿命と運動器. *日整会誌* **83** : 1-2, 2009
- 7) Doi T, Akai M, Fujino K et al : Effects of home exercise of quadriceps on knee OA compared with NSAIDs. *Am J Phys Med Rehabil* **87** : 1-12, 2008
- 8) Doi T, Akai M, Hoshino Y et al : Effect of nonsteroidal anti-inflammatory drug plaster for knee osteoarthritis in Japanese : a randomized controlled trial. *Mod Rheumatol* **20** : 24-33, 2010
- 9) Shirado O, Doi T, Hoshino Y et al : An outcome measure for Japanese people with chronic low back pain : an introduction and validation study of Japan low back pain evaluation questionnaire (JLEQ). *Spine* **15** : 3052-3059, 2007
- 10) 田代善久, 阪本桂造 : 大腿骨頸部骨折予防に向けての片脚立ちの効果. *日骨形態計測会誌* **13** : 21-26, 2003
- 11) Kita K, Fujino K, Nasu T et al : A simple protocol for preventing falls and fractures in elderly individuals with musculoskeletal disease. *Osteoporos Int* **18** : 611-619, 2007

各論

4. サルコペニアと運動器不安定症

星野 雄一

KEY WORD

- 運動器不安定症
- MADS(マーズ)
- 片脚起立時間
- 介護予防
- 健康寿命

運動器不安定症とは、足腰や背骨など運動器の加齢に伴う障害により、歩行・移動能力が低下し転倒しやすくなった状態を示す疾患で、2006年4月に日本整形外科学会・日本臨床整形外科学会・日本運動器リハビリテーション学会が協議し診断基準を公表した。運動器不安定症の背景には、加齢に伴うバランス機能の低下とならび、下肢筋力の低下(サルコペニア)が関与しており、予防としての運動器リハビリテーションが提唱されている。国民が皆、高齢者では運動器の健康が重要であることに気づき、その機能低下を予防するための運動習慣の導入、さらには機能低下に対する運動器リハビリテーションの必要性を理解する必要がある。

運動器の重要性

日本人の平均寿命、男性78歳、女性86歳はほぼ世界一である。しかし、全員が平均寿命まで元気で暮らしているわけではなく、人生の終盤においては介護を必要とする期間が数年あるのが現状である。介護が必要となる3大原因は、脳血管障害、老衰および運動器障害であり、この運動器障害としては骨折、関節痛、背中や腰の痛み、手足のしびれ、骨粗鬆症、などが挙げられる。高齢者では脳脊髄などの神経機能も徐々に低下し、歩行が不安定でふらつき、転びやすくなり、容易に骨折するようになる。骨折は治るが、これを契機に生活機能が低下し、寝たきりあるいは死亡に至ることが稀ではない。

歩行など移動能力が低下すると家に閉じこもりがちになり、これは廃用による運動器障害のみならず、メタボリックシンドロームなど内臓機能にも悪影響を及ぼす。一方、運動習慣が認知症の予防に有効であるとの調査結果が示され、

運動器の健康が脳機能も下支えしていることを示す結果として注目される¹⁾。

加齢に伴う運動器の機能低下

運動器は加齢とともにその機能が低下し、筋力はサルコペニアを生じて経年的に弱くなり(図1)²⁾、関節や椎間板には摩耗・変性が生じ、変形性関節症あるいは変形性脊椎症が生じる。筋力の低下しやすい部位は腹筋および大腿四頭筋であり、変形性関節症としては膝関節が、変形性脊椎症としては腰椎が最も頻度が高い。

バランス能力も加齢とともに低下し、地域在住高齢者977名の体力測定では、開眼片脚起立時間が65歳代平均44秒、70歳代31秒、75歳代21秒、80歳代11秒と確実に低下する³⁾。

筋力、バランス能力いずれも低下した場合、容易に転倒し、骨折などを契機に寝たきりになりやすい。高齢者が背景にもつ骨粗鬆症は、骨の強度を低下させるのみでなく、惹起された脊

■ほしの ゆういち(自治医科大学整形外科教授)

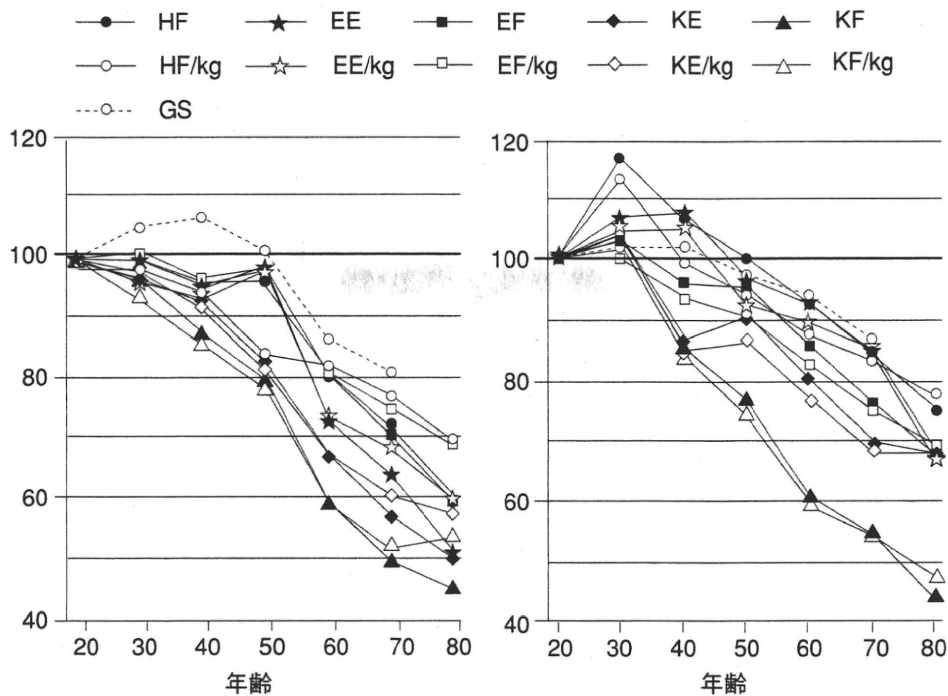


図1 加齢に伴う筋力の低下(文献2より引用)
 20歳を100とした換算値。HF=股屈曲, EE=肘伸展, EF=肘屈曲, KE=膝伸展, KF=膝屈曲, GS=足底屈, HF/kg=股屈曲(体重補正), 以下/kgは体重補正值。

柱変形によるバランス能力の低下にも結び付き、さらなる転倒の原因となり得る。

るとい違いがあるが、混同しないよう両者の関係を図2に示す。

運動器不安定症という新しい疾患概念の提唱

運動器障害のうち、歩行・移動能力の低下した状態を運動器不安定症と定義し、その診断基準を2006年4月に3学会(日本整形外科学会、日本運動器リハビリテーション学会、日本臨床整形外科学会)が、世界で初めて提案した(表1)⁴⁾。

Musculoskeletal Ambulation Disability Symptom Complex: MADS(マーズ), と英文表記する。

2007年9月に日本整形外科学会は、ロコモティブシンドローム(略称ロコモ)という概念を新たに提唱し、運動器不安定症を含むより広く親しみやすい言葉として国民に浸透させる行動を開始した⁵⁾。ロコモの定義は、「運動器の障害により要介護となるリスクの高い状態」である。ロコモは運動器の重要性を啓発するための概念であり疾患名ではないこと、運動器不安定症(マーズ)は診断基準の公表された疾患名であ

運動機能検査の実際

1 開眼片脚起立時間(図3)

転倒しない配慮のもとに実施する。片脚を床から5cmほど挙げ、立ってられる時間を測定する。からだ揺れて倒れそうになるか、挙げた足が床に接地するまでの時間を測定する。1~2回練習させてから左右それぞれ2回ずつ測定し、最もよい記録を代表値とする。60秒程度まで測定すれば十分である。

2. 3m Timed up and go test

椅子に座った姿勢から立ち上がり、3m先の目印点で折り返し、再び椅子に座るまでの時間を測定する。危険のない範囲でできるだけ速く歩くように指示する。転倒しない配慮が大切である。

表1 運動器不安定症の定義と診断基準

I 定義

高齢化などにより、バランス能力および移動・歩行能力が低下し、その結果閉じこもり・転倒のリスクが高まった状態

II 診断基準

下記の運動機能低下を来す11疾患の既往があるか、または罹患している者で、日常生活自立度あるいは運動機能が下記に示す機能評価基準1または2に該当する者

運動機能低下を来す疾患

- 1 脊椎圧迫骨折および各種脊柱変形(亀背、高度脊柱後彎・側彎など)
- 2 下肢骨折(大腿骨頸部骨折など)
- 3 骨粗鬆症
- 4 変形性関節症(股関節、膝関節など)
- 5 腰部脊柱管狭窄症
- 6 脊髄障害(頸部脊髄症、脊髄損傷など)
- 7 神経・筋疾患
- 8 関節リウマチおよび各種関節炎
- 9 下肢切断
- 10 長期臥床後の運動器廃用
- 11 高頻度転倒者

機能評価基準

- 1 日常生活自立度：ランクJまたはA(要支援、要介護1、2)
- 2 運動機能：1) または 2)
 - 1) 開眼片脚起立時間 15秒未満
 - 2) 3m Timed up and go test 11秒以上

筆者注：日常生活自立度ランク J：生活自立 独力で外出できる
A：準寝たきり 介助なしには外出できない

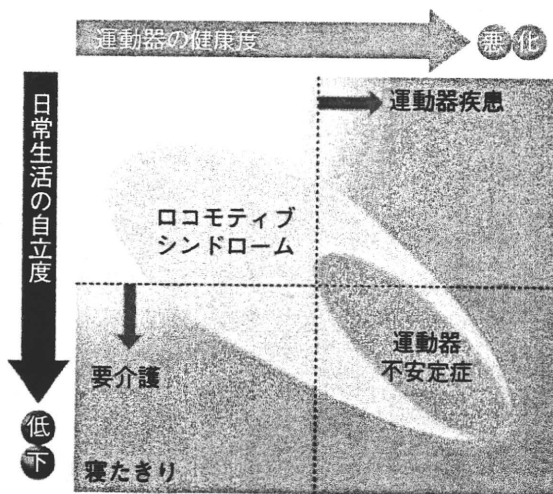


図2 運動器不安定症とロコモティブシンドローム

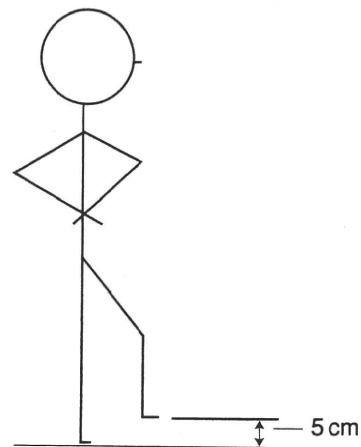


図3 開眼片脚起立時間

運動機能検査値の意義

1. 開眼片脚起立時間

地域在住高齢者 977 名の調査(埼玉医科大学, 坂田悍教, 2007)³⁾によれば, 開眼片脚起立時間は 65 歳代平均 44 秒, 70 歳代 31 秒, 75 歳代 21 秒, 80 歳代 11 秒である. 75 歳代転倒群での平均は男性 18.4 秒, 女性 16.8 秒であり, 非転倒群男性 23.9 秒, 女性 24.6 秒と有意の差があった. 運動器不安定症と診断される 15 秒というカットオフ値は, ほぼ 75 歳代の転倒群に相当する数値なのである.

2. 3 m Timed up and go test(3mTUG)

坂田(2007)³⁾によると, 3mTUG は加齢とともに遅延し, 70 歳では平均 9 秒程度, 80 歳では 11 秒を超す. 10 秒未満の者は自立歩行, 11~19 秒では移動がほぼ自立, 20~29 秒は歩行が不安定, 30 秒以上は歩行障害, と指摘されている. 11 秒というカットオフ値は, 完全な自立歩行ではない者を抽出する値であり, 妥当なものと考えている.

治療—運動器リハビリテーションの 介入

運動器不安定症の治療は, 背景とする疾患に対する治療, および共通する症候としての歩行・移動能力低下に対する治療とに分けることができる.

1. 背景疾患に対する治療

運動器不安定症と診断されたら整形外科においてその原因を特定し, 原因疾患に対する治療が行われる.

近年, 運動器疾患に対する保存療法の成績を検証する高水準の臨床研究が全国規模で次々と行われ, 運動療法の効果が明確になりつつある. 変形性膝関節症の疼痛に対する体操療法の効果, 慢性腰痛に対する腰痛体操の効果が, いずれも消炎鎮痛薬(NSAID)内服に勝るとも劣らないことが実証された^{6,7)}. 今後も, 運動器保存療

法に関する研究成績が陸続と公表される予定である.

2. 歩行・移動能力の強化: 運動器リハビリテーション

運動器不安定症すべてに共通する治療法として, 下肢の筋力強化・バランス改善などの運動器リハビリテーションがある. 実施が容易なダイナミックフラミング(DF)療法を中心に紹介する.

DF 療法は, 大腿骨頸部の骨密度改善を目的として考案された治療法で, 片脚立位を 1 分間続けるだけの簡便なものである⁸⁾. この運動により, 股関節周囲の骨強度が増すと同時に下肢筋力も増強され, さらににはバランス能力改善の訓練にもなる. この DF 療法に大腿四頭強化体操を併用したところ, 転倒率が有意に減少したとの調査結果が示されている⁹⁾.

足の筋力を増強しバランスを向上させる運動は, ほかにも種々のものがあるが, どのようなやり方でもある程度の効果はあるので, 生活習慣として運動を取り入れるよう指導していただきたい. 運動の頻度は週に 1 回では効果が少なく, できれば毎日, 少なくとも週に 3 回は行う. 運動の効果が筋肉に残っているのはせいぜい 2~3 日といわれているからである.

おわりに

残念ながら, サルコペニアなど加齢による運動器の機能低下は宿命である. 関節や脊柱の加齢性疾患は極めて罹患率が高く, 疼痛やふらつきなどの症状のために高齢者は運動量が減少する. 運動量の減少により必然的に廃用の要素が加重されることになるが, この廃用の要素は除去することができるはずである. この観点を周知するために, 運動器不安定症さらにはロコモティブシンドロームという概念が世界で初めて創設された. 読者諸氏におかれては, この新しい概念をご理解いただき, 加齢性疾患そのものの重症化にも関係する廃用を早期に除外するよう, 運動器リハビリテーションを実施・指導し

ていただきたい。

文 献

- 1) Lautenschlager NT et al : Effect of physical activity on cognitive function in older adults at risk for Alzheimer disease : a randomized trial. *JAMA* **300** : 1027-1037, 2008.
- 2) 福永哲夫 : 高齢者のためのホーム貯筋術のEBM. *心臓リハビリテーション* **11**(2) : 235-238, 2006.
- 3) 坂田悍教 : 運動器不安定症を有する地域高齢者に関する開眼片脚起立特性. *整・災外* **50** : 17-25, 2007.
- 4) 日本整形外科学会ホームページ : <http://www.joa.or.jp/jp/index.asp>
- 5) 中村耕三 : ロコモティブシンドローム(運動器症候群)―超高齢社会における健康寿命と運動器―. *日本整形外科学会誌* **83** : 1-2, 2009.
- 6) Doi T et al : Effects of home exercise of quadriceps on knee OA compared with NSAIDs. *Am J Phys Med Rehabil* **87**(4) : 1-12, 2008.
- 7) Shirado O et al : An outcome measure for Japanese people with chronic low back pain : an introduction and validation study of Japan Low Back Pain Evaluation Questionnaire (JLEQ). *Spine* **32** : 3052-3059, 2007.
- 8) 田代善久, 阪本桂造 : 大腿骨頸部骨折予防に向けての片脚立ちの効果. *日骨形態誌* **13** : 21-26, 2003.
- 9) Kita K et al : A simple protocol for preventing falls and fractures in elderly individuals with musculoskeletal disease. *Osteoporos Int* **18** : 611-619, 2007.

(執筆者連絡先) 星野雄一 〒329-0498 栃木県下野市薬師寺 3311-1 自治医科大学整形外科

3. 運動器障害による介護リスクの評価

—早期発見診断ツールの開発—

(研究協力者) 伊藤 博元⁴⁾ 星野 雄一¹⁾ 星地 亜都司¹⁾ 土肥 徳秀²⁾
 いとう ひろもと ほしの ゆういち せいち あつし どい とくひで
 林 邦彦⁸⁾ 赤居 正美³⁾ 飛松 好子³⁾ 岩谷 力³⁾
 はやし くにひこ あかい まさみ とびまつ よしこ いわや つとむ
 川口 浩⁹⁾ 藤野 圭司⁵⁾ 北 潔⁶⁾ 高杉 紳一郎⁷⁾
 かわぐち ひろし ふじの けいじ きた きよし たかすぎしんいちろう
 芳賀 信彦¹⁰⁾ 中村 耕三⁹⁾
 はが のぶひこ なかむら こうぞう

- 要支援原因として転倒骨折・関節疾患などの運動器障害が最多である。
- ロコモ早期診断ツールとして足腰指数 25 と称する自記式質問票を策定した。
- 足腰指数 25 で 16 点以上のものはロコモと診断できる。
- 整形外科専門医以外でも足腰指数 25 を用いてロコモを診断できる。

Key Words

ロコモティブシンドローム, 診断ツール, 足腰指数 25, 赤池情報規準, AIC

残念ながら、運動器には加齢性障害が必ず生じる。この加齢現象は骨、軟骨、筋すべてに共通に起こり、骨粗鬆症、変形性関節症や変形性脊椎症、筋力低下などを生じる。このため高齢になると、転倒や骨折あるいは歩行移動能力の低下などから、閉じこもりや寝たきり状態に陥る。

介護認定者の増加要因を分析すると、要支援・要介護 1 の軽症者の増加率が高く、最も軽い要支援者に限ると、その原因としては骨折転倒・関節疾患など運動器障害の比率が 32.7% と最も高い(平成 19 年度国民生活基礎調査)。

運動器障害により要介護となるリスクの高い状態(ロコモ)を早期に発見できれば、運動器リハなどの介入により高齢者が要介護になることを予防できると考えられ、つまり、このような健診体制を確立できれば、個人としての健康寿命延伸に寄与するのみでなく、介護に要する総費用の軽減も期待できるのである。厚生労働科学研究として、平成 20 年度から「運動器障害の早期発見診断ツール開発研究」を開始したので、その中間的成果を報告する。

□ 診断ツール策定の手順

1. 患者質問票の作成

運動器の機能に関するものを中心に過去の質問票を調査し、検討を重ねて患者質問票を作成した。自記式が簡便であり、内容としては運動機能のみでなく、日常生活動作の困難さ、さらには健康感にもおよぶ内容も導入した。25 問の質問を設け、各質問は障害なし 0 点～最重症 4 点の 5 段階評価とし、総点は障害なし 0 点～最重症 100 点となるように策定した。質問票の名称を足腰指数 25 と称することとした。

2. 多施設調査の実施

上記の足腰指数 25 による調査を、全国の 51 施設(日本臨床整形外科学会会員および自治医大整形外科関連施設:整形外科専門医が担当)で 800 名の高齢者(65 歳以上)を目標に実施した。整形外科受診者、通所リハ施設利用者、健常高齢者を対象とし、自記式質問票に回答できるという制限を設けて認知症患者を対象から除外した。調査対象者からは文書による同意を得た。

介護保険等における判定基準を参考に、6 段階

¹⁾自治医科大学 整形外科, ²⁾福岡クリニック, ³⁾国立障害者センター

(研究協力者: ⁴⁾日本医科大学 整形外科, ⁵⁾藤野整形外科, ⁶⁾北整形外科, ⁷⁾九州大学医学部 リハビリテーション部,

⁸⁾群馬大学保健学科 医療基礎学, ⁹⁾東京大学医学部 整形外科, ¹⁰⁾東京大学医学部 リハビリテーション科)

「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か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か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か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くことができますか（もっとも近いものを選んで下さい）。
□2-3 km 以上 □1 km 程度 □300 m 程度 □100 m 程度 □10 m 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. 2kg 程度の買い物（1リットルの牛乳パック2個程度）をして、持ち帰ることが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
21. スポーツや踊り（ジョギング、水泳、ゲートボール、ダンスなど）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
22. 親しい人や友人とおつき合いを控えていますか。
□控えていない □少し控えている □中程度控えている □かなり控えている □全く控えている
23. 地域での活動やイベント、行事への参加を控えていますか。
□控えていない □少し控えている □中程度控えている □かなり控えている □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

図1 足腰指数 25

(©2009 自治医大整形外科教室 All rights reserved : 改変禁. 学術的な使用, 公的な使用以外の無断使用禁)

表1 医師が判定する運動器障害重症度（ロコモ度）

1. 無症状・障害なしの者	運動器に関する症状がなく、日常生活にも制限がない者
2. 有症状・歩行移動に支障ない者	運動器に関する愁訴・症状はあるが、歩行・移動に制限がない者
3. 特定高齢者相当の者	運動器に関する症状があり歩行・移動に支障があるが、日常生活は自立しており、要支援・要介護に該当しない者
4. 要支援相当の者（要支援1, 2相当）	日常生活上の基本的ADLはほぼ自分でできるが、手段的ADLには何らかの支援を要する者
5. 要介護1相当の者	手段的ADLを行う能力がさらに低下し、部分的な介護が必要な者
6. 要介護2相当の者	基本的ADLについても部分的な介護が必要な者

に運動機能（いわばロコモ度）を区分した。行政が認定した介護度には認知機能なども反映されてしまうので、本調査では純粹に運動器機能のみの重症度を、担当した整形外科専門医が表1に示す基準によって判断することとした。

3. 足腰指数25の評価

多施設研究による800例のデータから、足腰指数25の妥当性を検討した。赤池の情報量規準(AIC)を用い、質問項目間の関連の度合いを定量化した。これは横断的調査からリスクファクターを抽出できる方法であり、最適なカットオフ値を求めることができる。

□ 結果

1. 足腰指数25の策定

策定した質問表、足腰指数25を図1に示す。

2. 多施設調査結果

731名（男217名、女514名、65歳～96歳、平均77.3歳）を解析対象とした。診断名（複数回答あり）は、変形性膝関節症304名、変形性脊椎症253名、骨粗鬆症208名、腰部脊柱管狭窄症121名、健常者82名などであった。対象のロコモ重症度は図2の如く、無症状から最重症の要介護2まで、各重症度の対象者が分布していた。足腰指数25の集計結果を図3に示す。半数以上

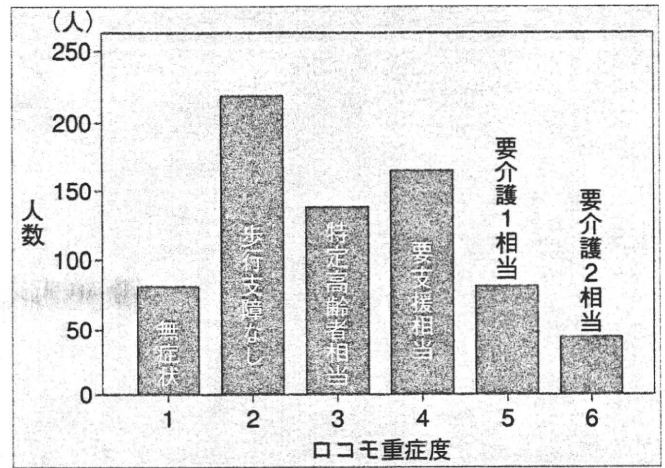


図2 調査対象のロコモ重症度
731名（男217/女514）、平均77歳（65～96歳）

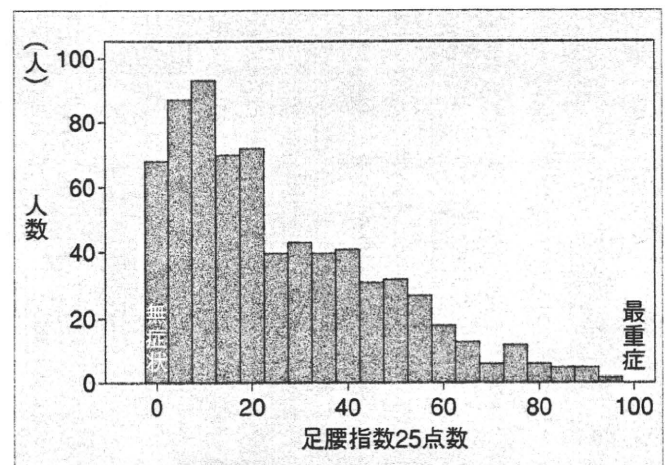


図3 対象の足腰指数25点数 (n=731)

が20点以下の比較的軽症群であった。

3. 足腰指数25の検証

①信頼性、妥当性：信頼性分析結果としてのクロンバック α は0.961であり、足腰指数25すべての質問間に強い相関があり、不要な質問がないことが判明した。再現性の分析は折半法により、信頼係数0.899と極めて良好であった。基準関連妥当性の検討ではEQ5D (European QOL scale)の効用値と高い相関（スピアマン順位相関： $p < 0.001$ ）があった。構成概念妥当性の検証を赤池の情報規準量AIC¹⁾を用いて行い、各質問間で関連度の高いものを線で結んだものを図4に示す。痛み、屋内動作、身の回りのこと、不安、活動参加と名付けられる5つのドメインが浮かび上がり、また25項目の中でも中心的な5つの項目が存在

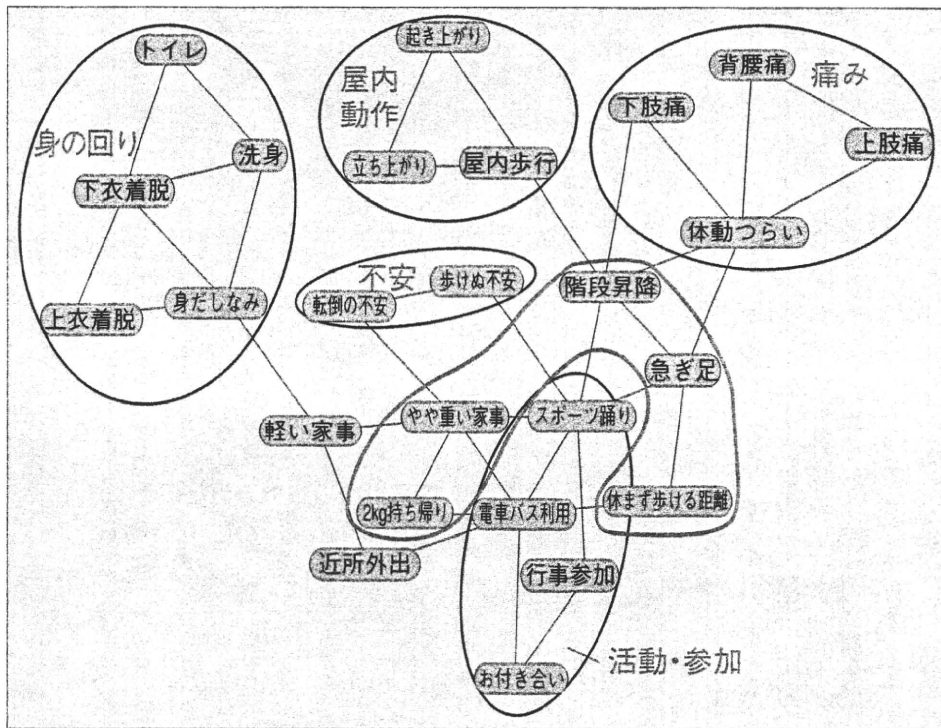


図4 AICによる構成概念妥当性の検証結果 (visual化) 5つの項目の重要性.

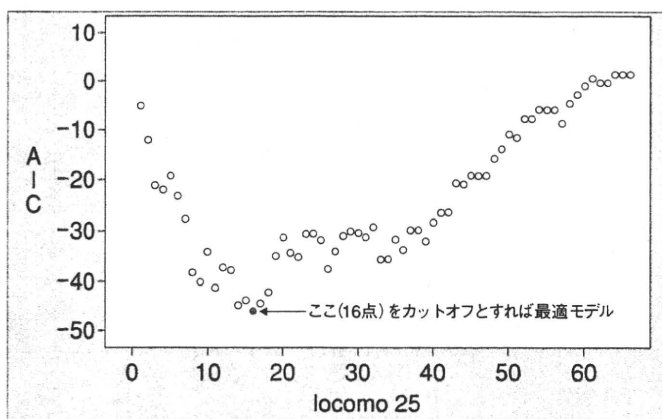


図5 軽症者(429例:無症状,歩行支障なし,特定高齢者相当)における特定高齢者相当ピックアップのカットオフ値

AICが小さいほどモデルのあてはまりがよい.

することが判明した。足腰指数25の質問数が多過ぎると考えられる場合、この5問(いわば「足腰指数5」)を簡略型として用いることも出来る可能性がある。

②カットオフ値の設定:特定高齢者相当を抽出する足腰指数25のカットオフ値を求めることが必要であり、最適モデルはカットオフ値16点の場合(図5)という結果であった。つまり、整形外科専門医が判断する特定高齢者相当者(運動機能障害により歩行移動に障害があるが自立している)を、プライマリーケア医あるいは行政担当

者でも足腰指数25のみで正確に抽出することができる、ということである。

□ 考察

整形外科専門医が「運動器障害により歩行移動に障害があるが自立している」と判定した者を、「運動器障害により要介護となるリスクの高い者:ロコモ」と仮定した場合、足腰指数25で16点以上を示す者がロコモに該当すると判定できる。65歳以上の高齢者全員を足腰指数25により効率よく調査し、数百万人と思われるロコモ該当者をピックアップし、この人たちにはさらに詳細な検討を加え、適切な介入、たとえば運動器リハビリなどを指導し、寝たきり高齢者を作らないようにする施策が可能なのではないかと考えている。

日整会が提唱しているロコチェック²⁾は、数項目の質問の一つにでも該当するとロコモであると知らせる内容であり、国民に自分の運動機能の低下に気付いて欲しいという啓発のためのツールである。問い方は該当するか否かの2者択一であり、複数該当が重症というものでもない。つまり、このロコチェックは足腰指数25とは性格がことなり、重症度の判定に用いることは想定していないのである。一方、足腰指数25は無症状0点から最重症100点であり、重症度を定量的に数値とし

て表すことができるのみでなく、運動機能のわずかな変化を検出できる感度を有しており、これにより介入研究の効果を判定するツールとしても使用できると考えている。

まとめ

① ロコモの早期診断ツールとして、足腰指数25（無症状0点～最重症100点）を策定した。

② 全国多施設における731名の足腰指数25結果から、ロコモ診断のカットオフ値は16点が妥当という結論を得た。つまり、足腰指数25において16点以上の症状を有する者は、歩行・移動になんらかの支障がある者と判定することが出来る。

③ この診断ツールは、日整会がすでに公表している啓発のためのロコチェックとは性格が異なり、ロコモの重症度を定量的に評価するものである。

（本研究成果は、厚生労働科学研究費補助金 長寿科学総合研究「運動器機能不全の早期発見診断ツールの開発」の助成による。主任研究者：星野雄一）

文 献

- 1) 赤池弘次, 甘利俊一, 北側源四郎, 他: 赤池情報量規準 AIC—モデリング・予測・知識発見, 共立出版, 2007
- 2) 日本整形外科学会ホームページ: 一般の方へ, ロコモティブシンドロームとは? (<http://www.joa.or.jp/jp/index.html>)

神経病理標本の見方・考え方

水谷 俊雄(都立神経病院部長): 他著

本書は入門編と臨床編の二部構成となっており、入門編では臨床症状と病変の関係を学ぶ上で重要な、よく出会う所見の見方・考え方を理解し身につくよう解説。神経系では組織の変化が症状を引き起こしている、という観点から組織標本の様々な見方について幾つかの例を挙げて解説。

症例編では筋萎縮性側索硬化症、多系統萎縮症、Lewy小体型認知症、変性あるいは血管・循環障害などの臨床症状や経過を踏まえて神経病理所見を対話形式で平易に解説したカラーアトラスである。

主要目次

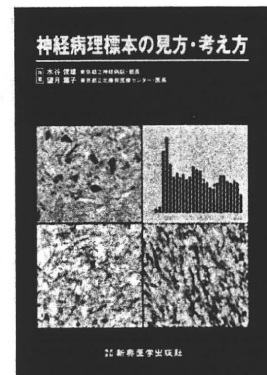
入門編 標本をみる前に

第I部 組織のなかの細胞/第II部 組織をみる

症例編

症例I. 筋萎縮性側索硬化症/症例II. 多系統筋萎縮性/

症例III. Lewy小体型認知症/症例IV. 脳血管障害and/or変性



B5判 128頁
定価6,300円
(本体6,000円+税5%)
ISBN978-4-88002-699-2



株式会社 新興医学出版社

〒113-0033 東京都文京区本郷6-26-8

TEL. 03-3816-2853 FAX. 03-3816-2895
<http://www.shinkoh-igaku.jp>
e-mail: info@shinkoh-igaku.jp

高齢者の運動機能障害評価 運動器障害診断ツール(足腰指数25)の開発

星野雄一^{*1}、星地亜都司^{*1}、土肥徳秀^{*2}、
赤居正美^{*3}、飛松好子^{*3}、岩谷力^{*3}

緒言

平成20年9月15日時点で65歳以上の人口は2,819万人、平成25年には3,000万人を超えると推定されている。

高齢者の急増に伴い、平成12年4月に218万人の認定者数で開始された介護保険は、平成20年4月には460万人を超え、費用も3兆円から7兆円に急速に拡大している。介護認定者の増加要因を分析すると、要支援あるいは要介護1の比較的軽症者の増加率が最も高い(図-1)。さらに、この軽症者を要支援者に限ると、その原因としては骨折転倒・関節疾患など運動器疾患の比率が32.7%と最も高い(表-1)。

自立した快適な老後を過ごすことは万人の望みであり、そのためには健康寿命を損ねている3大疾患、すなわち表-1に示す脳血管疾患、運動器疾患、認知症の対策が肝要である。脳血管疾患に関しては、出血や梗塞の背景になる高血圧・糖尿病・高脂血症などを予防する目的で、その上流にある肥満を早期に検出する特定健診が、メタボリックシンドローム(メタボ)というキャッチコピーの元に、政策として平成20年春から導入されている。

一方、介護原因として2番目に頻度の高い運動

器疾患の対策は、メタボに比べると明らかに遅れている。平成12年から始まった「健康日本21」の中間評価(表-2)では、平成17年時点での国民の身体活動・運動の量は策定時よりも減少しており、事業の中心であった地方推進事業が期待される成果を挙げていないと解釈することができる。

このような認識のもと、運動器障害により要介護となるリスクの高い状態をロコモティブシンドローム(ロコモ)と呼び、運動器障害の重要性に気づかせる啓発活動を日本整形外科学会(以下日整会)(平成19年9月、中村耕三理事長)が開始した¹⁾。このロコモ啓発キャンペーンは、マスコミなどを用いて積極的に展開されている。

ロコモを早期に発見できれば、適切な運動習慣(スポーツも含む)の導入や運動器リハビリテーションの介入などにより、高齢者が要介護になることを予防できると考えられ、つまり、このような健診体制を確立できれば、個人としての健康寿命延伸に寄与するのみでなく、介護に要する総費用の軽減も期待できるのである。厚生労働科学研究として、平成20年度から「運動器障害の早期発見診断ツール開発研究」を開始したので、その中間的成果を報告する。

ロコモ診断ツールの条件

1. 簡便であること

高齢者全員を、運動器を専門とする整形外科医師専門医(15,000人)が診察することは不可能であ

*1 自治医科大学整形外科

*2 福岡クリニック

*3 国立障害者リハビリテーションセンター

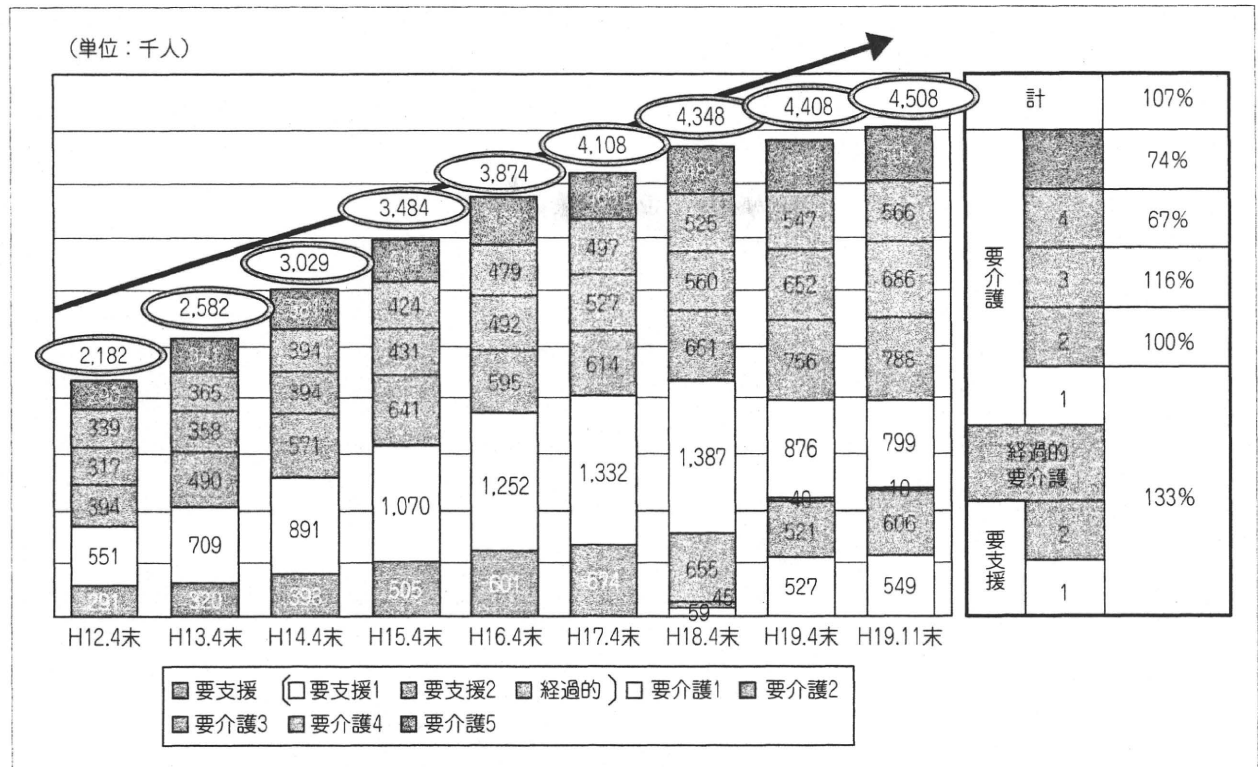


図-1 ◆介護保険認定者数の推移 (出典：介護保険事業状況報告他)
要支援～要介護1の軽症者の増加率が高い。

表-1 ◆支援・介護が必要となる原因 (平成19年度国民生活基礎調査) (%)

	脳血管疾患	認知症	骨折転倒 関節疾患	高齢による 衰弱
要支援	14.9	3.2	32.7	16.6
要介護	27.3	18.7	17.5	12.5
総数	23.3	14.0	21.5	13.6

り、プライマリケア医、あるいは医師以外の行政担当者でも用いることができるように、診断ツールには簡便さが求められる。

2. 診断精度が高いこと

整形外科専門医でなくても確実に運動器障害を診断できる精度が求められる。また、診断ツールには障害程度の変動に対する鋭敏な感度も必要で

表-2 ◆「健康日本21」中間評価 (2007年4月10日厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会)

身体活動・運動は策定時に比べむしろ減少している。
地方推進事業の失敗：元気高齢者しか参集しない。

身体活動・運動 目標項目		策定時 平成12年	実績値 平成17年	目標値 平成22年
日常生活における 歩数の増加	成人男性	8,202歩	7,532歩	9,200歩
	成人女性	7,282歩	6,446歩	8,300歩
	70歳以上男性	5,436歩	5,386歩	6,700歩
	70歳以上女性	4,604歩	3,917歩	5,900歩
運動習慣者の増加	男性	28.6%	30.9%	39%
	女性	24.6%	25.8%	35%

表-3◆「足腰25：運動器疾患と日常生活での困難さについての調査」(足腰指数25©2009自治医大整形外科教室 All rights reserved：複写可，改変禁，学術的な使用，公的な使用以外の無断使用禁)

「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 \surd をつけて下さい．

この1ヵ月の体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くことができますか(もっとも近いものを選んで下さい).
2-3km以上 1km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. 2kg程度の買い物(1リットルの牛乳パック2個程度)をして，持ち帰ることが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
 21. スポーツや踊り(ジョギング，水泳，ゲートボール，ダンスなど)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
 22. 親しい人や友人とのおつき合いを控えていますか.
控えていない 少し控えている 中程度控えている かなり控えている 全く控えている
 23. 地域での活動やイベント，行事への参加を控えていますか.
控えていない 少し控えている 中程度控えている かなり控えている 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

表-4◆医師が判定する運動器障害重症度(ロコモ度)

1. 無症状・障害なしの者
運動器に関する症状がなく、日常生活にも制限がない者
2. 有症状・歩行移動に支障ない者
運動器に関する愁訴・症状はあるが、歩行・移動に制限がない者
3. 特定高齢者相当の者
運動器に関する症状があり、歩行・移動に支障があるが、日常生活は自立しており、要支援・要介護に該当しない者
4. 要支援相当の者(要支援1, 2相当)
日常生活上の基本的 ADL はほぼ自分でできるが、手段的 ADL にはなんらかの支援を要する者
5. 要介護1相当の者
手段的 ADL を行う能力がさらに低下し、部分的な介護が必要な者
6. 要介護2相当の者
基本的 ADL についても部分的な介護が必要な者

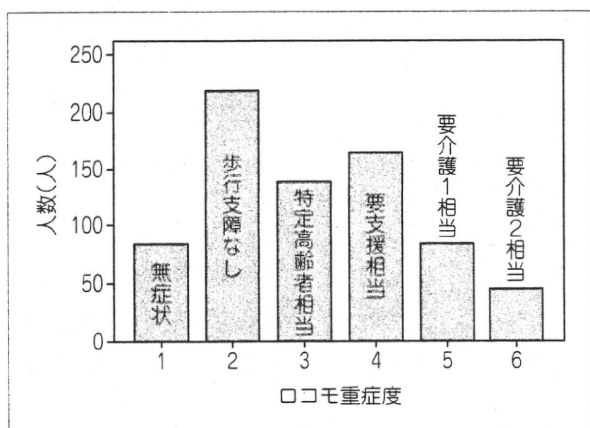


図-2◆調査対象のロコモ重症度
731名(男217名/女514名) 平均77.3歳(65~96歳).

あり、治療介入の効果判定などにも用いることができるような設定が必要とされる。

診断ツール策定の手順

1. 患者質問票の作成

運動器機能に関するものを中心に過去の質問表を調査し、討議を重ねて患者質問票を作成した。自記式が簡便であり、また内容としては運動機能のみでなく、回答者の日常生活動作の困難さ、さらには健康感にも及ぶ内容も導入した。25問の質

問を設け、0(障害なし)~4(最重症)点の5段階評価とし、総点は0(障害なし)~100点(最重症)となるように策定した。質問票の名称を足腰指数25と称することとした。

2. 多施設調査の実施

a. 対象

- ・65歳以上の高齢者800名を目標数とした。
- ・整形外科外来受診者、整形外科に併設された通所リハビリテーション施設でリハビリを受けている者、健常対照高齢者。
- ・自記式質問票に記入できるという条件設定により、認知症患者を対象から除外した。

b. 調査項目

- ・運動器疾患名
- ・足腰指数25(表-3)
- ・運動器障害重症度(表-4)：介護保険などにおける判定基準を参考に、6段階に運動機能(いわばロコモ度)を区分した。行政による介護度認定には認知機能なども反映されてしまうので、本調査では運動器機能の重症度を、担当した整形外科専門医が示す表-3の基準によって判断することとした。

c. 研究の倫理的側面

- ・対象者には研究の概要・意義を説明し、文書で研究参加の承諾を得た。

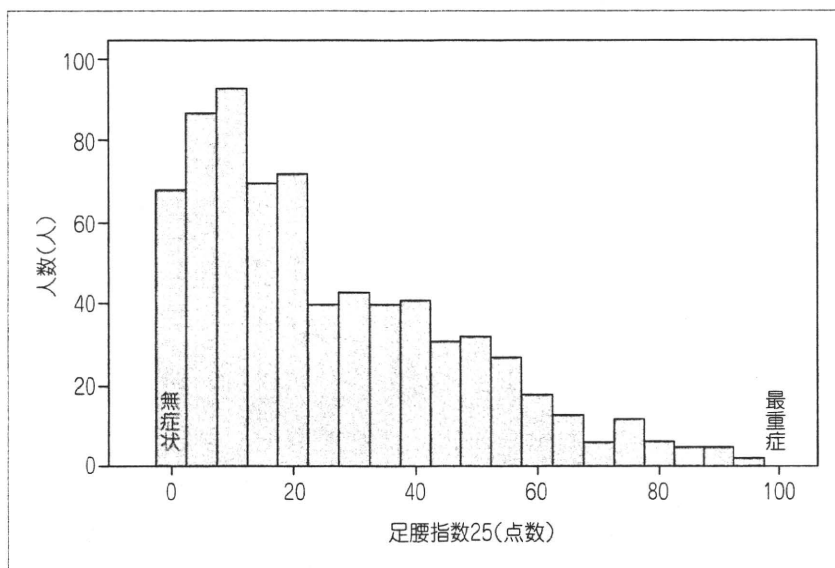


図-3◆対象の足腰指数25点数(n=731)

・プロトコルは日整会の倫理委員会で平成20年10月29日に承認を受けた。

d. 実施期間・場所

- ・平成20年11月～平成21年2月の4ヵ月間に調査を行った。
- ・日本臨床整形外科学会会員施設および自治医大関連施設において調査を行った。

3. 足腰指数25・機能検査法の評価

多施設研究による800例のデータから、足腰指数25(質問票)の妥当性などを検討した。赤池の情報量規準(AIC)を用い、質問項目間の関連の度合いを定量化した。これは横断的調査からリスクファクターを抽出できる方法であり、最適なカットオフ値を求めることができる。信頼性分析はクロンバック α に、再現性分析は折半法、基準関連妥当性の検証にはEuro EQ-5D を対照に用いた。

握力、片脚起立時間とロコモ度との関係を検討した。

調査対象の詳細

781名の調査票が集積されたが、データに欠損のあるものを除いた731名を解析対象とした。その内訳は男217名、女514名、年齢は65～96歳、平均77.3歳であった。

整形外科専門医による診断名(複数回答あり)

は、変形性膝関節症304名、変形性脊椎症253名、骨粗鬆症208名、腰部脊柱管狭窄症121名、健常者82名などであった。

対象のロコモ重症度は図-2のごとくであり、無症状から最重症の要介護2まで、比較的まんべんなく各重症度の対象者が分布していた。

結果

1. 足腰指数25(質問票)の策定

策定した足腰指数25を表-3に示す。

2. 多施設調査結果

足腰指数25の集計結果を図-3に示す。半数以上が20点以下の比較的軽症群であることがわかる。

3. 足腰指数25

a. 信頼性、妥当性

足腰指数25の信頼性分析結果としてのクロンバック α は0.961であり、すべての質問間に強い相関があり、不要な質問がないことが判明した。再現性の分析は折半法により、信頼係数0.899と極めて良好であった。基準関連妥当性の検討ではEuro EQ-5Dの効用値と高い相関(スピアマン順位相関： $p < 0.001$)があった。構成概念妥当性の検証を赤池の情報基準量 AIC²⁾を用いて行い、各項目間で関連度の高いものを線で結んで視覚化したものを図-4に示す。この結果から、痛み、屋内

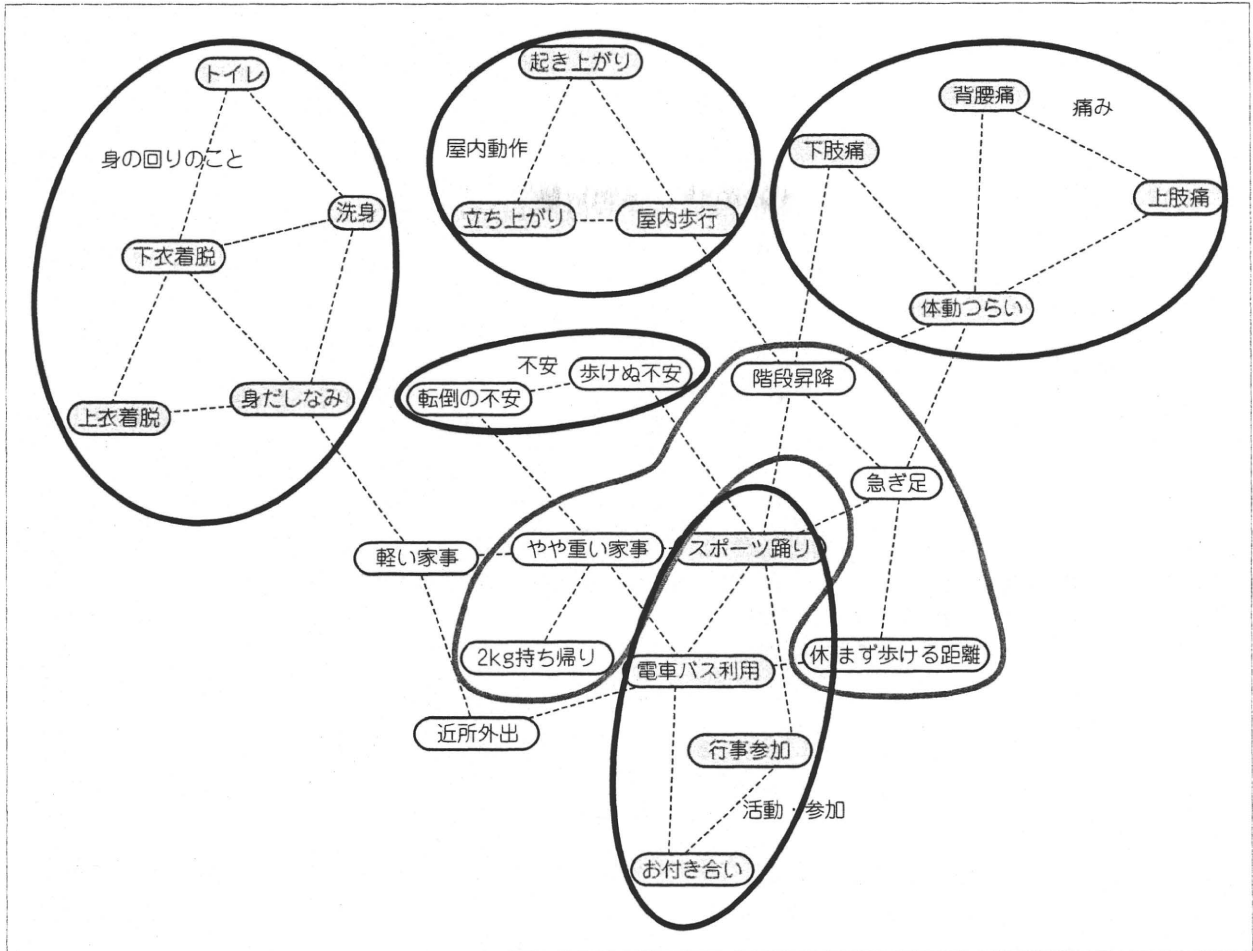


図-4◆AICによる構成概念妥当性の検証結果 (visual化)
5つの項目の重要性.

動作、身の回りのこと、不安、活動・参加と名づけられる5つのドメインが浮かび上がった。また、25項目の中でも中心的な5つの項目が存在することが判明し、図-4では馬蹄形(ピンク)で囲んだ。足腰指数25の設問数が多過ぎると考えられる場合には、この5問(いわば「足腰指数5」)を簡略型として用いることもできる可能性がある。

b. カットオフ値の設定

足腰指数25の総得点の多寡から特定高齢者相当をピックアップするカットオフ値を求めることが、ロコモの早期診断ツールとして必要であり、図-5に示すように最適モデルはカットオフ値16点の場合、という結論に到達した。つまり、整形外科専門医の判断する特定高齢者相当の者(運動機能障害により歩行移動に障害があるが自立している)を、プライマリケア医あるいは行政担当者で

も自記式質問票のみで抽出することができる、ということなのである。ちなみに簡略型の足腰指数5では0(無症状)~20(最重症)点であるが、足腰指数25の場合と同様の操作により求めたカットオフ値は6点であった。今後、この足腰指数5の妥当性もさらに検討する予定である。

考 察

整形外科専門医が「運動機能障害により歩行移動に障害があるが自立している」と判定した者を、「運動器障害により要介護となるリスクの高い者:すなわちロコモ」と仮定した場合、足腰指数25による調査で16点以上を示す者がロコモに該当すると判定できることになる。この足腰指数25を用いることにより、運動器疾患を専門としない

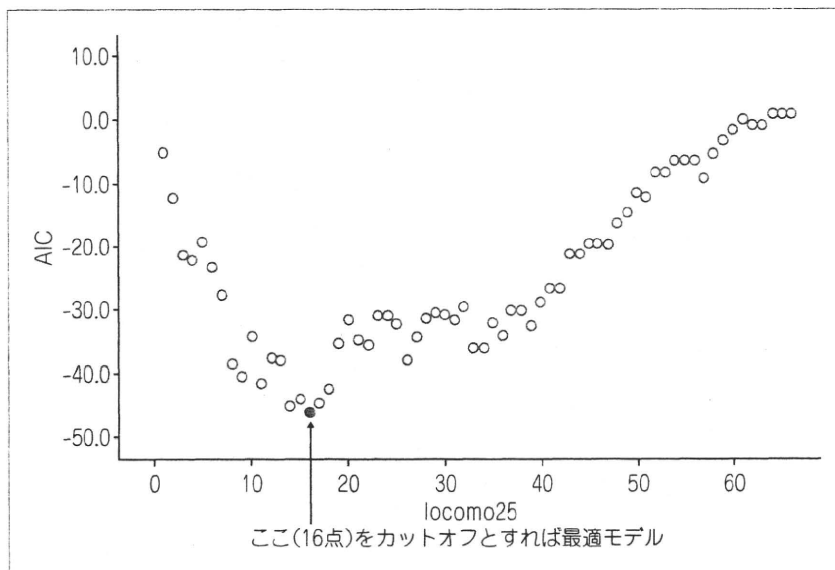


図-5◆軽症者(429例：無症状，歩行支障なし，特定高齢者相当)における特定高齢者相当ピックアップのカットオフ値
AICが小さいほどモデルのあてはまりがよい。

者，例えば家庭医，さらには医師以外の行政担当者などでも，ロコモを早期に高い精度で発見できる可能性が示されたのである。つまり，65歳以上の高齢者全員を足腰指数25を用いて効率よく調査し，3,000万人の中から数百万人と思われるロコモ該当者をピックアップし，この人たちにはさらに詳細な検討を加え，適切な介入，例えば健康増進スポーツや運動器リハビリテーションなどを指導し，寝たきり高齢者を作らないようにする施策が可能なのではないかと考えている。

日整会は種々の報告を元にして，ロコチェック2009という簡便な自己チェックツールをすでに公表している³⁾。これは5項目ある中で1つでも該当するとロコモの疑いが濃いと知らせる内容であり，国民に自分の運動機能の低下に気づいて欲しいという，いわば啓発のためのツールである。5項目の問い方は該当するか否かの二者択一であり，また複数該当が重症というものではない。つまり，このロコチェックは足腰指数25とは性格が異なり，ロコモに気づかせるためのものであり，その重症度の判定に用いることは想定していないのである。

一方，足腰指数25は0(無症状)～100(最重症)点であり，重症度を定量的に数値として表すこと

ができるのみでなく，運動機能のわずかな変化を検出できる感度を有しており，これにより介入研究の効果を判定するツールとしても使用できると考えている。ただし，その感度などの検証は今後の研究課題である。

まとめ

1. ロコモの早期診断ツールとして，足腰指数25(0(無症状)～100(最重症)点)を策定した。
2. 全国多施設における731名の足腰指数25結果から，ロコモ診断のカットオフ値は16点が妥当という結論を得た。つまり，足腰指数25において16点以上の症状を有する者は，歩行・移動になんらかの支障がある者と判定することができる。
3. この診断ツールは，日整会がすでに公表している啓発のためのロコチェックとは性格が異なり，ロコモの重症度を定量的に評価するものである。

研究協力者：伊藤博元(日本医科大学整形外科)，藤野圭司(藤野整形外科医院)，北 潔(北整形外科)，高杉紳一郎(九州大学医学部リハビリテーション部)，林 邦彦(群馬大学保健学科医療基礎学)，川口 浩(東

京大学整形外科), 芳賀信彦(東京大学リハビリテーション科), 中村耕三(東京大学整形外科)

文 献

1) Nakamura, K. : A "Super-aged" society and the

"Locomotive syndrome" JOS 13 : 1-2, 2008.

2) 赤池弘次ら : 赤池情報量規準 AIC—モデリング・予測・知識発見. 共立出版, 2007.

3) 日本整形外科学会ホームページ <http://www.joa.or.jp/jp/index.html>

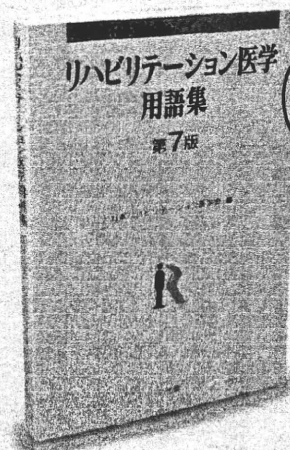
リハビリテーション用語を幅広く収集・選定した最新用語集!

リハビリテーション医学用語集

第7版

日本リハビリテーション医学会 編

近年, リハビリテーション関連職種が増え, 研究や臨床・教育の現場で用いられるリハビリテーション用語が増大している。本書は, そうした幅広い関連分野から和語6,953語, 欧語6,907語(略語124語)を収集・選定した新しい時代のリハ医学用語集。用語の構成は, 分類体系—大項目を基本, 基礎, 対象, 診断, 介入, 環境・制度として, それぞれを細項目ごとに分類—に基づいて掲載し, 関連領域を示すことで, リハ医学の専門性を明らかにするように編集されている。用語の採用にあたっては, リハ医学の教科書にある索引, 関連する医学会の用語をもとにし, 偏りや漏れのないように留意されている。理学療法士, 作業療法士, 言語聴覚士や教育施設等, リハ医学に関連した広い分野の方々に必携の書。



好評
発売中!

A5判・334頁 / 定価**3,150**円(本体3,000円+税5%)
ISBN978-4-8306-2757-6

文光堂

<http://www.bunkodo.co.jp> 〒113-0033 東京都文京区本郷7-2-7 tel.03-3813-5478/fax.03-3813-7241

2. コホート調査からみえるロコモティブシンドローム —大規模住民調査 ROAD より

吉村 典子*
よしむら のりこ

- ロコモティブシンドロームは運動器の障害のために要介護となる危険の高い状態をさす。
- ロコモティブシンドロームの原因の1つと考えられる変形性膝関節症をX線で診断すると40歳以上の男性42.6%、女性62.4%にみとめられる。
- ロコモティブシンドロームの原因の1つと考えられる変形性腰椎症をX線で診断すると、40歳以上の男性の81.5%、女性の65.5%にみとめられる。
- ロコモティブシンドロームの原因の1つと考えられる骨粗鬆症は腰椎でみると40歳以上の男性3.4%、女性19.2%にみとめられる。
- これら上記のいずれか1つをもつと推定されるのは、40歳以上の男性85.7%、女性81.2%ときわめて多い。

Key Words 疫学, 有病率, 変形性膝関節症, 変形性腰椎症, 骨粗鬆症

はじめに

ロコモティブシンドローム (locomotive syndrome, 以下ロコモ) は、日本整形外科学会により2008年に提唱された概念であり¹⁾、運動器の障害のために要介護となる危険の高い状態をさす。厚生労働省国民生活基礎調査²⁾の結果では、高齢者が要介護になる原因の4位が関節疾患、5位が転倒・骨折で、これら二つをあわせれば1位の脳血管障害にほぼ匹敵する頻度となり、運動器の障害が高齢者の生活の質 (Quality of life: QOL) をいちじるしく障害しているのは明らかである。したがって、高齢者のQOLの維持増進や健康寿命の延伸、医療費の低減のためには、ロコモ対策は喫緊の課題であるといえる。

しかしその予防に必要な基本的疫学指標、すなわち有病率や発生率、危険因子を同定することは容易ではない。慢性に進行し経過が長いことが多い運動器障害は発生の日時を特定することが困難であるため、一般住民の集団を設定して、集団全体について経時的に調査を行う必要があるからである。このような事情のために、患者数が極めて多いと考えられるにもかかわらず、運動器障害を目的疾患とした疫学研究はまだ十分とは言えない。

そこで著者らは、わが国の骨関節疾患の予防のために、変形性関節症 (osteoarthritis: OA) と骨粗鬆症 (osteoporosis: OP) を中心とした運動器障害の基本的疫学指標を明らかにし、その危険因子を同定することを目的として、2005年より大規模臨床統合データベースの設立を開始し、この一連の研究活動をROAD (Research on Osteoarthritis Against Disability) プロジェクトと名付けた^{3,4)}。本稿ではこのコホート研究のベースライン調査結果を中心にコホート研究からみたロコモの頻度について疫学的実態に報告する。

ただし、ロコモについては、現在のところ診断基準はまだ統一されていない。そこで本稿では、ロコモの概念である「運動器の障害のために要介護となる危険の高い状態」の「運動器の障害」を、要介護になりやすい疾患として挙げられている「関節疾患」と、「転倒・骨折」に読みかえ、関節症として変形性膝関節症、変形性腰椎症を選び、骨折の原因として骨粗鬆症を選び、これらを目的疾患としてその頻度を推定した。

□ OAの頻度

まず変形性関節症について、ROAD参加者

*東京大学医学部附属病院22世紀医療センター、関節疾患総合研究講座