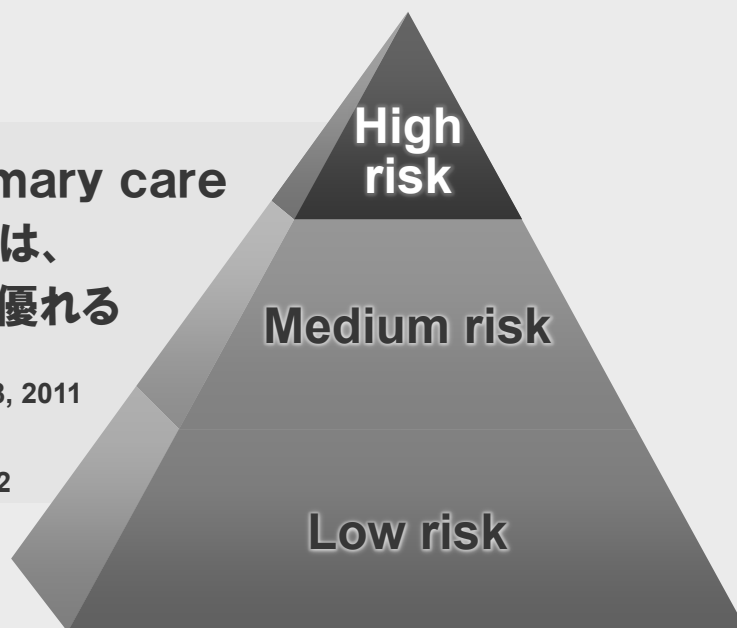


Concept of subgroup & targeting for primary care low back pain

Stratified primary care managementは、 医療経済的にも優れる

Hill JC, et al. Lancet 378, 2011

Whitehurst DG, et al.
Ann Rheum Dis 71, 2012



Patients are not all the same

© Keele University 09/30/11 Funded by Arthritis Research UK

Keele STarT Back スクリーニングツール（日本語版）とスコアリングシステム

Keele STarT Back スクリーニングツール

氏名：_____ 日付：_____

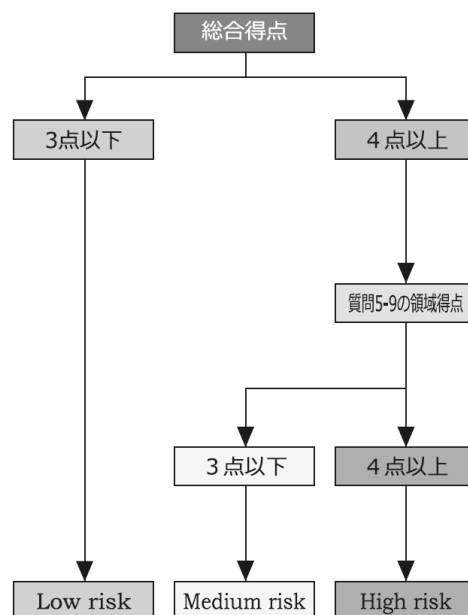
ここ2週間のことを考えて、次のそれぞれの質問に対するあなたの回答に印(☑)を記入してください。

	そう ではない 0	そうだ 1
1.ここ2週の間、腰痛が足のほうにも広がるがあった	☐	☐
2.ここ2週の間、肩や首にも痛みを感じることがあった	☐	☐
3.腰痛のため、短い距離しか歩いていない	☐	☐
4.最近2週間は、腰痛のため、いつもよりゆっくり着がえをした	☐	☐
5.私のような体の状態の人は、体を動かし活動的であることは決して安全とはいえない	☐	☐
6.心配事が心に浮かぶことが多かった	☐	☐
7.私の腰痛はひどく、決して良くなれないと思う	☐	☐
8.以前は楽しめたことが、最近は楽しめない	☐	☐

9.全般的に考えて、ここ2週間に腰痛をどの程度煩わしく感じましたか？

全然 0 少し 0 中等度 0 とても 1 極めて 1

総合得点(全9質問)：_____ 領域得点(質問5-9)：_____



STarT(Subgrouping for Targeted Treatment)Back スクリーニングツールの心理社会的要因に関する項目

Hill JC, et al. Arthritis Reum 59, 2008

	そうではない 0	そうだ 1			
私のような体の状態の人は、体を動かし活動的であることは決して安全とはいえない (痛みに対する恐怖回避思考)	☐	☒			
最近2週間は、心配事が心に浮かぶことが多かった(不安)	☐	☒			
私の腰痛はひどく、決して良くなれないと思う (痛みの破局的思考)	☒	☐			
以前は楽しめたことが、最近2週間は楽しめない (抑うつ)	☐	☒			
全般的に考えて、ここ2週の間に腰痛をどの程度煩わしく感じましたか？ (自覚的な煩わしさ)	全然 ☐ 0	少し ☐ 0	中等度 ☐ 0	とても ☒ 1	極めて ☐ 1

松平浩, ほか: 日本運動器疼痛学会誌 5:11-19, 2013

あちこち痛い

Disability

複数の
身体症状

あちこち受診

The Somatic Symptom Scale (SSS) -8

	ぜんぜん 悩まされて いない	わずかに 悩まされて いる	少し 悩まされて いる	かなり 悩まされて いる	とても 悩まされて いる
1. 胃腸の不調	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
2. 背中、または腰の痛み	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
3. 腕、脚、または関節の痛み	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
4. 頭痛	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
5. 胸の痛み、または息切れ	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
6. めまい	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
7. 疲れている、または元気が出ない	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
8. 睡眠に支障がある	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4

Gierk B et al. JAMA Intern Med, 2013 Nov 25 [Epub ahead of print]より

バイオ・サイコ・ソーシャルモデル

層化モデル(サブグループ化)

セルフ・マネージメント

「シリーズ 身体症状からみた気づきへのアプローチ session10 腰痛」

https://container.medy-id.jp/feature/approach/physical/session10/medy_page01.php



慢性腰痛(心理・社会的腰痛を含む)への アプローチと現場での対応

松平 浩

東京大学医学部附属病院 22 世紀医療センター
運動器疼痛メディカルリサーチ&マネジメント講座

はじめに¹⁾

今から約 10 年前、先駆的であった慢性非特異的腰痛管理に関するヨーロッパガイドラインにおける包括的コメントとして、

- (1)慢性腰痛は臨床的な実態がなく、異なった段階の損傷、機能障害、慢性化に至った患者の一症状であり、治療前の予後規定因子の評価が必須、
- (2)慢性腰痛は多次元的な性質のため、単一介入療法では、問題全体に対しては奏功しにくい、
- (3)最も効果が期待できるのは、活動や運動を勧める認知行動療法、
- (4)治療にかかわる全ての人間が同じ立場で、一貫性のある施術を提供することが重要

などが挙げられ、さらなる研究推奨の要点として、「慢性腰痛患者の臨床的に特異なサブグループの分類と特定(層化)を向上させるツールの開発」の必要性が指摘された。

筆者はこれらのコメントを噛みしめ、強く意識し、この 10 年を過ごしてきたように思う。腰痛対策は、いまだ確立しきれない状況が続いてはいるものの、後述する層化(サブグループ化)の提案が世界共通認識になりつつあるなど着実に進歩している。本稿では global な現状も踏まえた筆者の慢性非特異的腰痛の捉え方とアプローチについて紹介する。

Global Burden における腰痛の位置づけ²⁻⁷⁾

世界疾病負担研究(Global Burden of Disease Study, 2010)にて、腰痛は 289 の疾患や傷病のうち Years Lived with Disability(YLDs)のトップにランクされ、頸部痛も、大うつ病、鉄欠乏性貧血に続き第 4 位である。これらのランキングは 1990 年の調査時と変わっておらず、少なくとも 5 年前までは、治療を含む標準的な腰痛対策が奏功していないことを露呈したデータとも解釈できる。プライマリケア受診者の多く(約 85%)が、画像所見が痛みの起源を十分説明しないなど、病因を見極めきれない非特異的腰痛とされてしまう現状が続いていることが大きな要因と考えられる。

Chronic Widespread Pain(CWP)という概念とその周辺状況⁸⁻¹⁴⁾

近年、線維筋痛症を包括した視点で、慢性の筋骨格系疼痛を chronic widespread pain(CWP)と総称する傾向にある。CWP という捉え方が一般化しつつある背景には、単一の腰痛と比較し、他部位の痛みを伴う数が多いほど身体および精神機能を低下させ、加えて、他部位の痛みを伴う数が多いほど、便秘や下痢、睡眠障害、疲労感、めまいといった筋骨格系以外の愁訴を伴う割合

も増加する事実が明白なことがある。CWP の有病率は 4.2–13.3% と報告されており、決して低率ではない。

一方、関連するコンセプトとして、線維筋痛症、慢性疲労症候群、慢性腰背部痛、慢性鞭打症、脳脊髄液減少症、緊張型頭痛、顎関節症、非特異的胸痛、慢性骨盤痛、過敏性腸症候群、機能性ディスぺプシア、閉経後症候群、化学物質過敏症などを包括する functional somatic syndrome (FSS) がある。FSS の特徴は、適切と思われる検査を行っても、構造的、特異的病理では説明できない身体的訴えの持続である。Complicated FSS とほぼ同義であろう CWP は、筋骨格系の器質的問題のみならず機能的異常に続発する筋攣縮などが関与している可能性が高いと考えられる。筋攣縮を起こす主要なメカニズムとしては、性ホルモンなどの内的環境の変動および心理・社会的ストレスをトリガーとする中枢性機能異常、自律神経系のアンバランスが考えられる。また、難治性の慢性疼痛では、下行性疼痛抑制系の機能低下、中枢性感作が関与していることも疑いない(中枢機能障害性疼痛)。必然的に、心理・社会的アプローチや下行性疼痛抑制系を含む中枢に作用する薬物治療が推奨される。

重要視される危険因子、予後規定因子は心理・社会的要因^{1,7,10,15-17)}

腰痛の転帰に最も影響するのは、否定的な感情を含む心理・社会的要因である。重要な心理的要因としては、不安、抑うつ、身体化(somatization)、恐怖回避思考(fear-avoidance beliefs: FAB)、破局的思考などが挙げられる。2012 年末に公表された本邦での「腰痛診療ガイドライン 2012」においても、「発症と遷延に心理・社会的因子が関与する」というステートメントが、疫学関連では唯一 Grade A(行うよう強く推奨する、強い根拠に基づいている)のエビデンスとして記載されたことは記憶に新しい。筆者らは、近年、欧米のエビデンスと同様に、本邦においても「発症と遷延に心理・社会的因子が関与する」ことを裏付ける前向き研究での知見を報告した。

これらの要因の中でも、特にプライマリケアにおける初期段階での心理的介入(患者説明)として FAB への配慮が重要視されている。FAB とは、痛みに対する不安や恐怖感、自分の腰や腰痛、その他の筋骨格系疼痛に対するネガティブなイメージから、過度に大事をとる意識や思考・行動のことである。言い換えれば、腰痛を恐れて予防としても治療としても重要な運動習慣を回避してしまうことにつながる逃避的な認知過程であり、特に腰痛発症後の最も重要な予後規定因子である。

非特異的腰痛の範疇である場合の患者説明としては、過度に痛みを恐れず、仕事を含めた普段の活動を維持するほうが、再発および慢性化の予防として優れるエビデンスがあることを強調するとよい。現状では、画像所見が非特異的腰痛の原因や予後判定にそれほど役立つことはないとするエビデンスがあるため、画像上の変性所見などを異常であるというニュアンスを与えるのは望ましくない。

また、先述した複数部位の痛みを伴う数が多いほど、便秘や下痢、睡眠障害、疲労感、めまいといった他の愁訴を伴う割合も増加するため、当然ながら抑うつと同様に心理・社会的ストレスに伴う身体反応と解釈しうる somatization も、特に遷延化の重要な危険因子として強く認識する必要がある。

筆者の提案する基本コンセプト^{8,9,11,12,14,18-22)}

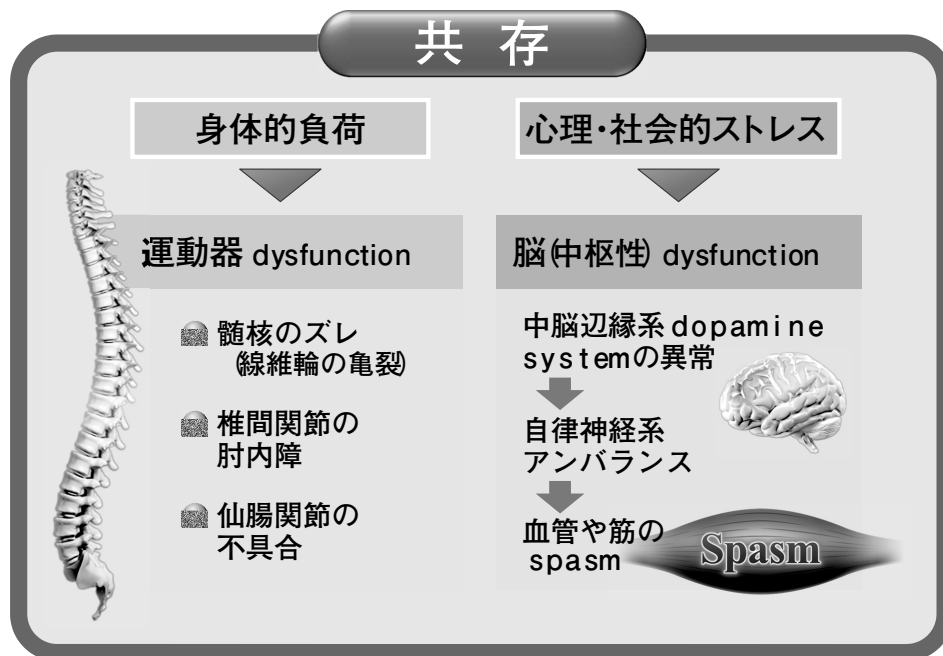
慢性腰痛を代表とする非特異的とされてしまう疼痛を、「運動器と脳(中枢性), 両方の dysfunction (機能的な異常, 不具合)が共存した状態」と理解することを提案している。身体的負荷(メカニカル・ストレス)が前者を, 心理・社会的ストレスが後者の dysfunction を主にもたらす。脳 dysfunction の反応・結果として抑うつおよび身体化が生じる難治化した症例では, 抑うつや身体化が更なるストレスとなり悪循環化した脳 dysfunction 状態にあると捉える。FAB や破局的思考に伴う不活動の状態でもあり, 組織の硬直化をもたらし運動器 dysfunction も生じやすくなる。

脳 dysfunction に伴う痛みの訴えは, 中枢機能障害性疼痛とも呼ばれる。これに近い包括的概念として CWP および FSS があり, 線維筋痛症はその象徴的疾患と言えるが, 疼痛誘発のメカニズムに関し, 「中脳辺縁系 dopamine system の異常とそれに伴う自律神経系アンバランスを介した血管や筋の spasm に伴う筋骨格系疼痛」と解釈すると理解しやすく, 患者への説明もしやすくなる(図 1)。

それぞれの Dysfunction の見極め方^{18,19,23-27)}

動作・姿勢に依存する疼痛が一貫性を持って誘発される場合に運動器 dysfunction があると判断する。軽微な動作で強い痛みを訴える痛覚過敏な状態(中枢性感作に伴う痛み閾値の低下)および

図 1 基本コンセプト



©All rights reserved, Ko Matsudaira, 2014

両 dysfunction はしばしば共存し, その共存する割合は, 同じ人でも曝露される環境因子(メカニカルおよび心的ストレスの状況)に依存する, つまり状況に依存し変化する, という理論で腰痛を捉え患者に向き合うと, 治療も予防も円滑に行きやすい感触を得ている。ただし, プライマリケアの現場では, 運動器(脊椎)dysfunction が主因である場合が多い。

顕著な身体化，広範囲な痛みの訴えや圧痛は，中枢性 dysfunction を疑う代表的かつ理解しやすい所見であると考えている(図 2,3)。

図 2 見極め:運動器(脊椎)の不具合? 脳の不具合?

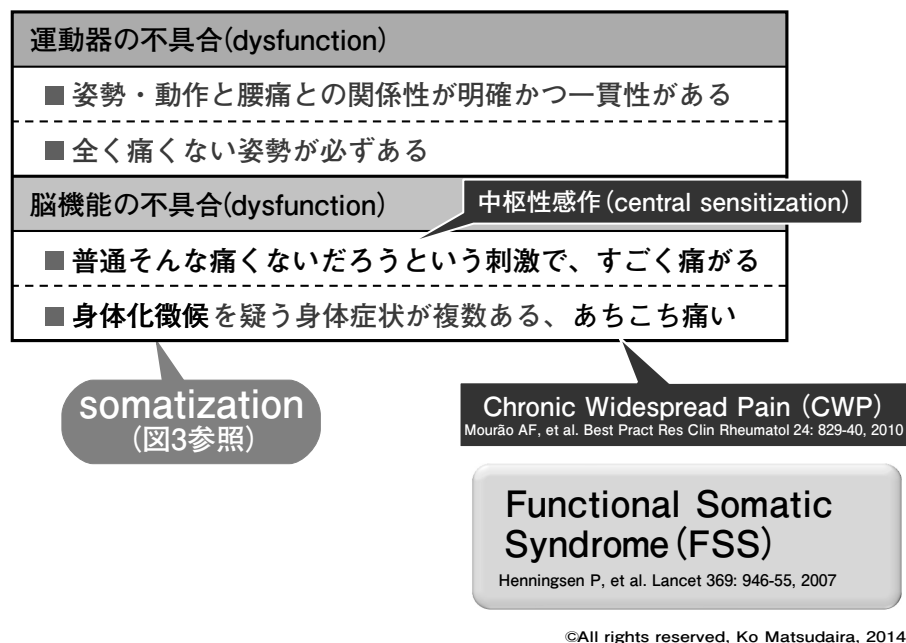


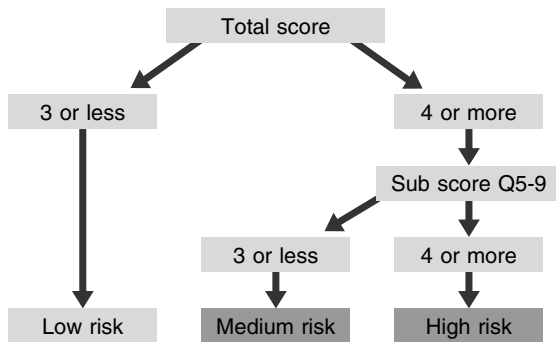
図 3 心的なストレスをトリガーとして現れうる主な心身反応
(抑うつおよび代表的な身体化徴候)



〈文献 18, 19 より引用改変〉

重要な予後規定因子を含有した Keele Subgrouping for Targeted Treatment(STarT)Back スクリーニングツール(全9 設問)を用いたスコアリングシステムは、近年の global な層化ケアの代表格と言える(図 4, 5, 6)。層化ケアとは、「腰痛を漠然と単一疾患として扱うのではなく、サブグループ化してより適切な治療を提供すること」である。同分野の研究は、最近 10 年の腰痛研究において、“Holy Grail”(聖杯)とも称された。生物学的、形態学的、あるいは人間工学的モデルを重視したアプローチ、さらにはステレオタイプの予防的・治療的介入では、disability を伴う腰痛の減少という結果を得られなかったことが背景にあると思われる。STarT Back スクリーニングツールの心理・社会的要因に関する 5 設問が高得点(4 点以上)である場合は、evidence-based

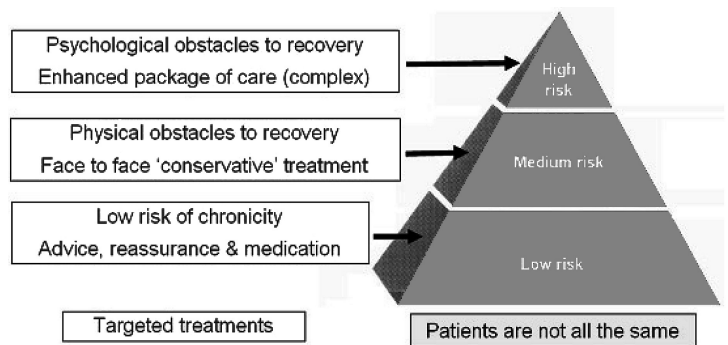
図 4 The STarT Back Tool Scoring System



© Keele University 01/08/07 Funded by Arthritis Research UK

〈文献 25, 26 より引用〉

図 5 Concept of Subgroup and Targeting for Primary Care Low Back Pain



© Keele University 09/30/11 Funded by Arthritis Research UK

〈文献 25, 26 より引用〉

図 6 Keele STarT Back スクリーニングツール

質問 5-9 が、ハイリスク群であるかを判定する領域得点である

氏名：_____ 日付：_____

ここ2週間のことを考えて、次のそれぞれの質問に対するあなたの回答に印(☑)を記入してください。

	そうではない 0	そうだ 1
1 ここ2週の間、腰痛が足のほうにも広がることもあった	☐	☐
2 ここ2週の間、肩や首にも痛みを感じることがあった	☐	☐
3 腰痛のため、短い距離しか歩いていない	☐	☐
4 最近2週間は、腰痛のため、いつもよりゆっくり着がえをした	☐	☐
5 私のような体の状態の人は、体を動かし活動的であることは決して安全とはいえない	☐	☐
6 最近2週間は、心配事が心に浮かぶことが多かった	☐	☐
7 私の腰痛はひどく、決して良くならないと感じる	☐	☐
8 以前は楽しめたことが、最近2週間は楽しめない	☐	☐
9 全般的に考えて、ここ2週間に腰痛をどの程度煩わしく感じましたか？		
全然 ☐ 0	少し ☐ 0	中等度 ☐ 0
		とても ☐ 1
		極めて ☐ 1

総合得点(全9質問)：_____ 領域得点(質問5-9)：_____

〈文献 27 より引用改変〉

の教育や薬物治療、および理学療法士管理下の運動療法といった標準治療では抵抗性のハイリスク群と判定し、認知行動的アプローチを初期の段階から導入したほうが望ましい目安となる。

症例提示

30 歳代男性、左下肢痛・しびれを伴う強い腰痛を主訴とした難治性非特異的腰痛例である。

2010 年初旬、工作中的の事故で、背中を強打、本人は骨折したと思ったくらいの痛みがあった。近医で骨折はなく打撲の診断を受け、NSAIDs の服用と安静を指示された。

数日後から坐骨神経痛様の左下肢痛・しびれも出現、外傷性椎間板ヘルニアと診断されたが、MRI 上明らかな神経根の圧迫所見は認めなかった。一時的に労災扱いとなったが、その後、症状は改善せず、補償の問題が曖昧なまま長期休職が続いた。

治療は、NSAIDs 服用、複数種類のブロック治療、物理療法が行われた。受傷から約半年後、数件目の施設で椎間板ブロックが一過性ではあるが著効したため、椎間板性腰痛の可能性から固定術を含む手術療法が検討された。「手術で治るなら」と本人も望んだ。しかし、明らかに心理・社会的問題を抱えている症例だったこともあり、受傷から10ヵ月後、拝診するに至った。

直近の腰椎 MRI でも、L4/5 に軽度の椎間板変性はあるものの、左下肢症状を説明できる神経根圧迫所見はなかった。現在、症状に波はあり、受傷以来、毎日痛みがある。痛みは寝返り、前屈で増強するが、座位、仰臥位でもつらくなる。右を下にした側臥位が唯一楽な姿勢である。最近、めまいや胃腸の不調を伴うこともある(身体化)。受傷直後の最悪の痛みを10とすると、6-8 くらいの痛みが続いている。表情は硬く、怒りに満ちていて笑顔は全くない。腰椎前弯が消失し、左脚をひきずる跛行が強く、片杖を使用。

筆者の判断

- (1)前後屈とも高度制限と著明な運動時痛と左下肢伸展挙上テスト 50 度陽性であった：
 - －説明可能な椎間板ヘルニアはないため、中枢性感作に伴う痛み閾値の低下か？
- (2)Newton test(+), Patric test(左+), Gaenslen test(左+)：
 - －仙腸関節性を疑う手技はすべて陽性だが、痛み閾値の低下による偽陽性疑い。
- (3)筋力：左腸腰筋のみ MMT4：
 - －検査手技により痛みを伴うため、やはり中枢性感作に伴う痛覚過敏だろう。
- (4)感覚障害：左 L4, L5, S1 デルマトームエリアに、軽度の温痛覚低下(+)：
 - －器質性としては非合理であり中枢性感作を示唆、深部腱反射の異常所見(-)。

初診時アウトカム評価

- (1)JLEQ(慢性腰痛患者機能評価尺度)：69(高度の障害)
- (2)NRS：7
- (3)BDI：21(中等度うつ状態)
- (4)FABQ-physical(図 7)：24(極めて強い恐怖回避思考)
- (5)EQ-5 D：0.53(健康関連 QOL の著明低下, 1 が最高の健康, 国民平均は 0.85)
- (6)血液生化学検査：炎症反応を含め異常なし

治療経過

Evidence-based の慢性腰痛に対する治療介入法として一義的に推奨される運動療法(後述 Type 1 および Type 2)から開始したが、軽微な体動による疼痛が著しく、拒否され導入に失敗した。そのため、まずは共感・支持する傾聴に徹し、非特異的腰痛に関わるエビデンス教育を徹底したうえで、コラム法を用いた認知療法を導入した。

2ヵ月後、当方への患者の信頼も強まり表情が和らぐと、運動療法の導入が可能となった。歩数計装着の有酸素運動を兼ねたウォーキング(後述 Type 3)などを行動療法として追加した。

4ヵ月後には小走りや左脚でボールを蹴れるようになった。アウトカムは前述初診時より、(1):18, (2):2, (3):16, (4):12, (5):0.72 に改善した。その後、負傷の補償問題を含む環境調整を重ね、介入開始から10ヵ月後に段階的職場復帰をし、1年後に完全復帰を果たした。復帰から2年以上経過したが、復帰後腰痛を理由に休職したことはなく、左下肢感覚障害もほぼ消失している。

考察

画像所見も踏まえた標準的な病名は腰椎椎間板症、診察所見から仙腸関節性腰痛と判断するのが、整形外科医の視点では標準的な症例であった。心理・社会的背景に伴う苦悩、不安、恐怖、怒り(敵意)といった否定的な感情が脳 dysfunction を引き起こし、それに伴い下行性疼痛抑制系が機能しなくなり疼痛閾値が低下したため、軽微な体動での著明な痛みおよび左下肢感覚障害をもたらした。つまり脳のみならず脊髄後角レベルでの機能異常も伴う中枢性感作の状態に陥ったと考えられた。

図 7 日本語版 FABQ(Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire): 恐怖回避思考質問票の身体活動に関するスケール

以下は、腰痛に関する考え方についての質問です。それぞれの設問について、身体の動作(前屈みになる、持ち上げる、歩く、運転するなど)があなたの腰痛にどれだけ影響するか、もしくは影響する可能性があるか、0から6のなかで、最もあてはまる数字に一つだけ○をつけてください。

	全くそう 思わない		どちらとも いえない		全く そのとおり である		
1. 私の腰痛は身体の動作が原因で生じた	0	1	2	3	4	5	6
2. 身体の動作は、私の腰の痛みを悪化させる	0	1	2	3	4	5	6
3. 身体の動作は、私の腰に悪い影響を 与えるかもしれない	0	1	2	3	4	5	6
4. 私の腰痛を悪化させる(悪化させるかもしれない) ような身体の動作をすべきではない	0	1	2	3	4	5	6
5. 私の腰痛を悪化させる(悪化させるかもしれない) ような身体の動作はできない	0	1	2	3	4	5	6

松平浩ほか、整形外科 62, 2011から引用(改変)

スコアリングは、1以外2—5の項目の点数を合計します。

恐怖回避思考が強い傾向であると判断する1つの目安は15点以上です。

FABQ-J physical

〈文献 18 より引用〉

さらに近年の腰痛治療に対する世界標準のすう勢では推奨してはならない過度の安静(活動性低下)が、恐怖回避思考および中枢性感作を強化したと思われる。否定的感情および痛覚過敏を抱える場合、共感、支持的態度での active listening および認知行動的アプローチを駆使した脳(中枢)dysfunction への介入を先行して、痛み閾値を上げてから内因性オピオイドを分泌させる目的も兼ねて、運動療法の併用が有益であることを教えてくれた筆者の臨床経験上ターニングポイントとなった、脳(中枢性)dysfunction へのアプローチを優先することが Key となった難治性非特異的腰痛例である。

なお、Keele STarT Back スクリーニングツールの正式な日本版(図 6)を開発したのは、本症例を経験した後であったが、振り返って点数化すると、間違いなく初期の段階から認知行動療法を導入したほうが望ましいハイリスク群(図 4, 5)であった。

認知行動療法¹⁹⁾

認知行動療法は、抑うつや不安といった精神医学的問題に対する心理学的な治療として発展してきた。精神疾患のみならず生活習慣病への介入にも応用され、慢性疼痛に対する治療法の中でも最も重要な手段として認識されつつある。先述したが、非特異的腰痛の治療に有効であることが科学的に証明されており、日本の診療ガイドラインにおいても Grade A として推奨されるに至った。認知行動療法は患者の物事の受け止め方である「認知」と、それと連動して実行される「行動」を変えていくことで、心理的ストレスとそれに伴う心身反応の軽減を目指す治療法である。

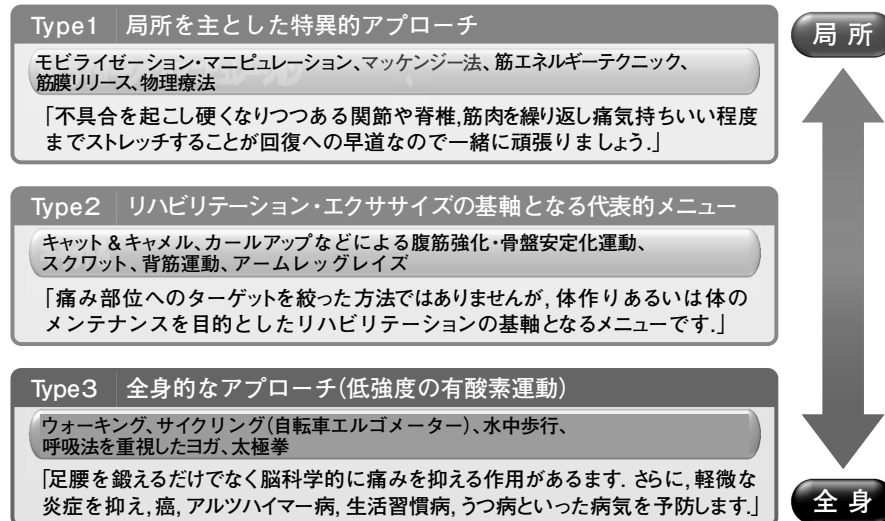
心理・社会的ストレスが強い難治性の非特異的腰痛の患者(ハイリスク患者)は、物事に対して否定的な思考をする傾向にある。このことが過度な安静をとることにつながり、不活動がさらに痛みの難治・慢性化を助長する。認知行動療法によって思考を肯定的に変え、それに付随して積極的に活動するなど前向きな行動を起こせるようになると、全ての注意が痛みを取ることに向けられていた状態から、痛みを取る以外以外の事象にも注意が向けられるようになり、結果として腰痛が改善していくと考えられる。

例えば「ちょっと動くだけで腰が痛む」という状況に対して「つらい、痛いから何もできない」というネガティブで破局的な思考が浮かんでしまう場合、腰を積極的に動かす行動は起こしにくくなる(FAB)。しかし「痛くても本は読める、話もできる」、「痛みはあるけれど、人生の新たな目標に向かってできることもある」といった具合に肯定的かつ積極的な活動につながる思考に変えられれば、痛み屈服せず行動を起こしやすくなる。このように物事の捉え方(認知)を変えて建設的な行動を起こすことを習慣化するために、認知行動療法では認知へのアプローチと行動へのアプローチを行っていく。

特に慢性腰痛の患者に対する認知行動療法としては、認知へのアプローチと並行して、無理のない 1 日歩数を設定したウォーキングなど患者が簡単に達成できる運動課題(後述)を提案し、実行してもらうことが重要である。無理のない運動課題を着実にこなせるようになることで達成感が得られ、より大きな運動課題へと意欲が増すことにつながる。医療者はあくまでも患者のペースでこの療法を進め、達成できたことについてその都度、十分にほめてあげることが大切である。

図8 筆者が提案する運動療法の分類(暫定案)

運動療法は、疼痛が現れている局所・末梢のみならず脳機能改善を含む
全人的・包括的なアプローチとなりうる治療手段であることを強く意識して活用



©All rights reserved, Ko Matsudaira, 2014

慢性非特異的腰痛管理の主役は運動療法²⁸⁻³⁴⁾

運動療法の効用として注目すべき点は、運動には内因性オピオイド(脳内麻薬)の分泌を増加させ、下行性疼痛抑制系の賦活にも寄与することである。継続的な運動習慣は、脳(中枢)機能の観点からも、痛みに強い体質作りに役立つと説明するとよい。低強度の有酸素運動には、精神神経免疫学的にも優れ、さらには骨格筋における PGC-1 α の発現を介しての万病の元ともいえる身体の軽微な炎症を抑制する作用もある。このように運動療法は、疼痛が現れている局所・末梢のみならず脳(中枢)機能改善を含む全人的・包括的なアプローチとなりうる治療手段であることを強く意識して活用するとよいであろう。

運動療法にはどのようなタイプがあるのだろうか。筆者は、大分類として3タイプに分けて考えることを暫定的に提案している。それぞれの主目的と導入時における説明の仕方例について図8に記載した。治療者は、各運動療法の処方目的を患者へ明確に伝えられたほうが望ましい。

プライマリケアの現場では、本稿で重視した脳 dysfunction が優位な患者さんよりも運動器 dysfunction に適切にアプローチすれば改善しやすい患者さんのほうが多いのは明らかである。マッケンジー法に関わる過去の報告や現場感覚から、プライマリケアの現場では約8割は運動器 dysfunction が主因と考えている。腰椎伸展時の痛み・違和感や制限(硬さ)を伴う場合、何度か前屈動作を繰り返すと運動時痛を伴う場合は、マッケンジー法に基づく腰椎伸展運動が奏功しやすい。片側性の腰痛で側屈の左右差がある場合は、制限や疼痛のある方向へ側屈の反復負荷を加えてみる価値がある。現代人は猫背や前かがみになりやすく、結果的に逆方向となる腰椎伸展が予防・治療的管理上、適切な運動負荷方向となるケースが多いことを知っておくと役立つ(図9)。

最後に、症例でも重視したウォーキングを代表とする Type 3 の低強度有酸素運動の意義につ