

高齢者を対象としたロコモ度テストの実態に関する事例調査

松浦 稜(201412024、体操コーチング論)

指導教員：長谷川 聖修、本谷 聡

キーワード：高齢者、ロコモティブシンドローム、運動器症候群、個人差

【目的】

日本は、2060年まで一貫した高齢化率の上昇が見込まれている。また、現在、介護が必要となる原因は、運動器の障害が第1位である。これらを踏まえ、日本整形外科学会は「ロコモティブシンドローム(運動器症候群)」(以下ロコモと略す)という概念を提唱した。ロコモは、3つのテストで構成される「ロコモ度テスト」の結果に応じてロコモ度なし、ロコモ度1、ロコモ度2で判定される。

筆者が指導に携わっている高齢者体操教室は、一斉指導の形をとっている。加齢に伴い個人差は大きくなるが、同じ体操プログラムを実施しているため、運動能力の低い参加者は、自分自身の体力を考慮し、途中で休むなど調整をしている。

そこで、本研究は、高齢者を対象とした体操教室においてロコモ度テストを行い、移動機能レベルを明らかにし、その実態に応じた体操教室のプログラムへの配慮や運営方法の改善を図ることを目的とした。

【方法】

1. 対象：T市体操教室参加者48名(平均年齢73.2±7.7歳、男性：5名、女性：43名)

2. ロコモ度テストの概要

①立ち上がりテスト：下肢筋力の測定。20～40cmの台に座り、両足・片足で起立し3秒静止する(写真1)。

②2ステップテスト：歩行能力の測定。2歩の距離を身長で割った値を算出する(写真2)。

③ロコモ25：身体の痛みや日常生活で困難なことについて25

項目のチェック。

3. ロコモ度テストによる判定方法について

以下の1つでも該当したら、そのロコモ度である。ロコモ度1：片足で40cmの高さから起立できない。2ステップ値が1.3未満。ロコモ25が7点以上。ロコモ度2：両足で20cmの高さから起立できない。2ステップ値が1.1未満。ロコモ25が16点以上。



写真1

立ち上がりテスト



写真2

2ステップテスト

【結果と考察】

ロコモ度テストの結果から算出されたロコモ度の全体比において、ロコモ度なしが19%、ロコモ度1が56%、ロコモ度2が25%であった。また、各ロコモ度テストの結果から算出されたロコモ度の全体比について、ロコモ度1は立ち上がりテストが72%、2ステップテストが10%、ロコモ25が33%、ロコモ度2は立ち上がりテストが13%、ロコモ25が19%、2ステップテストは該当する者はいなかった。

2ステップテストから算出されたロコモ度がロコモ度1であった5人を対象として、立ち上がりテストの結果を事例的に比較・検討した結果、立ち上がりテストから算出されたロコモ度該当者は、ロコモ度1は3人、ロコモ度2は2人であった。つまり、2ステップテストでロコモが進行している者は、立ち上がりテストにおいても同様に進行している傾向が事例的に明らかになった。

【結論】

以上の結果より、ロコモの進行について、個人差が大きいことから、今後は、能力別グループ指導の形態も配慮する必要があると考える。具体的には、実際の指導場面において、次のような点を配慮することが重要であり、今後の課題である。

①2ステップテストにおいて、比較的良い結果が得られたことから、歩行運動を多様に取り入れたプログラムは、今後も継続するが、個人差への配慮が一層求められる。具体的には、これまでの多方向に入れ混じり互いを避けながら歩く課題に加え、それぞれの運動能力に応じて歩幅やスピードの調整ができるように、歩く方向を揃える課題も行いたい。

②立ち上がりテストにおいて、ロコモがかなり進行している実態が明らかになったため、下肢筋力を使う運動をさらに取り入れる必要があると考える。しかし、筋力トレーニングは単調な運動に陥りやすく、高齢者が継続的に取り組むためには課題も多い。そこで、安全性の高いピーナッツ型のフィジオロールを用いた運動を考案し、ボールの有するバウンド特性を活用して、立ち上がり動作を誘発し、自然に下肢筋力を使う動きを繰り返すことのできる新たなプログラムにも取り組みたい。