

腰痛の常態化を防ぐための予防・評価・受診戦略報告書

エグゼクティブサマリー

本報告書は「39歳・日本在住成人」で、寝起き／立ち仕事／長時間歩行の翌日に腰痛が出ることもある状況を前提に、腰痛が慢性化（常態化）しにくい行動設計を、日本のガイドライン（Minds掲載の腰痛診療ガイドライン2019）を軸に、主要な系統的レビュー・RCTで補強してまとめた。¹

腰痛は疾患名ではなく「症状」であり、重篤疾患を見逃さないためには問診と身体診察を中心に危険信号（red flags）を確認し、必要な場合だけ画像検査等を行うという考え方が重要である。²

エビデンスの見方（本報告書の表記）

- ・推奨度（ガイドライン）：1＝強く推奨、2＝弱く推奨（腰痛診療ガイドライン2019の表記）³
- ・エビデンスの強さ（ガイドライン）：B＝中程度の確信、C＝限定的、など（同ガイドライン表記）⁴
- ・ガイドライン外の論文は、メタ解析／RCT／前向き研究など研究デザインと「確実性（certainty）」の記載を併記する。⁵

優先順位つき対策（結論）

優先度A（最重要：まずここから） 1) 運動＋生活動作の負荷調整を「継続可能な量」で開始し、習慣化する（再発予防・慢性腰痛対策の中核）。

- 腰痛予防に運動療法は有用（推奨度1・エビデンスB）。⁶
- 慢性腰痛に運動療法は有用（推奨度1・エビデンスB）。⁷
- 予防介入として、運動単独や運動＋教育が腰痛発症リスクを下げる（メタ解析、相対リスクの低下）。⁸
- 「歩行＋教育」の個別化プログラムで再発が減り、再発までの日数も延長（RCT、HR 0.72、中央値208日 vs 112日）。⁹

2) 痛みが出た時は「長期の安静」よりも、可能な範囲で活動性を維持する（急性期の基本方針）。

- 急性腰痛では、安静より活動性維持が有用（推奨度2・エビデンスC）。¹⁰

3) 重篤疾患の危険信号（red flags）と神経症状をセルフチェックし、当てはまれば受診を優先する（安全性の担保）。

- 危険信号の具体例（年齢・体重減少・発熱など）と診断手順が提示されている。¹¹

優先度B（効果が期待でき、実装しやすい） 4) 職場・立ち仕事・長時間歩行の「環境」と「やり方」を変える（再現性の高い負荷低減）。

- 作業姿勢・作業台高さ・休憩・靴などの具体策が公的に示されている。¹²

5) 睡眠（量と質）を改善する（痛みの回復予後と関連しうる）。

- 睡眠は腰痛の将来アウトカムに関連しうるが、エビデンスは「低～非常に低質」も多い（予後因子レ

ビュー)。¹³

- 一方で、睡眠介入 (CBT等) により不眠重症度と痛みが改善したというメタ解析もある (研究間のばらつきあり)。¹⁴

- 日本の睡眠ガイドでは「6時間以上を目安」「生活習慣・環境を見直す」などが推奨される。¹⁵

優先度C (条件つきで重要) 6) 体重管理・禁煙 (該当する場合) : 体重過多・肥満は腰痛リスク増 (コホートのメタ解析)。¹⁶

7) 心理社会的要因 (恐怖回避・ストレス) を可視化し、必要なら心理行動的アプローチを併用: 患者教育+心理行動的アプローチは弱く推奨 (推奨度2・エビデンスC)。¹⁷

「コルセット等の腰部ベルトは、腰痛に対する直接的な予防効果がない」とされ、予防目的の常用は優先度を下げる。⁶

想定される原因とリスク要因

この症状パターン (寝起き/立ち仕事/長時間歩行の翌日) は、まず**機械性 (メカニカル) 腰痛**、すなわち「一定の姿勢や負荷の蓄積により、筋・筋膜、椎間関節、椎間板周囲などが過敏になり痛みが出る」タイプが典型的候補になる (ただし断定はできない)。腰痛は「単一疾患」ではなく症状であり、背景は多様である。¹⁸

以下に、**可能性のある原因 (仮説)** と、39歳で評価すべきポイントを整理する。

筋力・持久力の相対的低下 (体幹・股関節周囲)

長時間の立位や歩行で腰部への負荷が積み上がると、体幹・殿筋群の**持久力不足**が「翌日の張り/痛み」として出やすい。慢性腰痛に対して運動療法が有用である一方、急性期・亜急性期の運動療法のエビデンスは明確でないとされ、段階づけが重要になる。⁷

姿勢・動作 (前屈、ひねり、反り、持ち上げ動作) のクセ

職場・日常で「前屈+ひねり」「中腰の固定」「高い/低い作業台」などがあると、腰への累積負荷が増えやすい。作業対象に身体を近づける、作業台高さ調整、休憩で姿勢を変えるなどが推奨されている。¹²

椎間板変性などの加齢性変化 (ただし画像所見=痛み原因とは限らない)

39歳は「変性が起こり始めても不思議ではない」年齢帯だが、**画像で見える変性所見は無症候でも高頻度**で、痛みの原因を特定できるほど正確ではないことがある。¹⁹

したがって「画像を撮れば原因が必ず分かる」という前提は危険で、症状と診察所見に基づく解釈が必要となる。²⁰

職業的要因 (立ち仕事・歩行・重量物・不自然姿勢)

職場要因は、対策の「再現性」が高い領域である。自動化・省力化、台車や補助機器、作業姿勢の工夫、靴の適正化、心理社会的支援などが公的に整理されている。²¹

体重（BMI）・生活習慣

過体重・肥満は腰痛発症リスク増と関連する（コホートのメタ解析で、過体重OR 1.15、肥満OR 1.36）。¹⁶

喫煙は変性脊椎疾患との関連が論じられており、リスク因子となり得る。²²

睡眠不足・睡眠の質低下

睡眠は腰痛の「将来の痛み強度や回復」に関係する可能性があるが、研究の質は低～非常に低質が多い（＝確実性は高くない）。¹³

ただし日本の睡眠ガイドは、成人の睡眠時間・環境・嗜好品（カフェイン、アルコール等）に関する実用的推奨を示している。²³

ストレス・恐怖回避（「動くと悪化する」という過剰な回避）

恐怖回避信念は予後不良の予測因子となり得る（系統的レビュー）。²⁴

日本語版STarT Back（STarT-J）は、リスク層別化の道具として検証されている。²⁵

炎症性腰痛（鑑別としての重要事項）

「3か月以上続く」「安静で改善せず運動で改善」「朝のこわばりが強い」などは炎症性腰痛の特徴として知られ、軸性脊椎関節炎などの可能性評価が必要になる（※寝起きの痛み“だけ”では判断できない）。²⁶

評価とセルフチェック

セルフチェック項目（毎週5分、痛みがある週は毎日）

以下は診断ではなく、受診判断・自己管理のための観察項目である。ガイドラインでも初診では問診・診察を重視し、危険信号と神経症状でトリアージする。²⁷

痛みのパターン - いつ痛いか：起床直後、午後、歩行後、座りっぱなし後など（時間帯）。

- 何で悪化・軽快するか：前屈、反り、歩行、休む、温める等。

- こわばり：起床後のこわばりが**30分以上**続くか（炎症性のヒントの1つ）。²⁸

神経症状（坐骨神経痛などの可能性） - 片足のしびれ／痛みが膝より下へ走る、筋力低下、つまずき、足背の感覚低下など。

- これらがある場合、ガイドライン上も神経症状の有無で分岐し評価を進める。¹¹

危険信号（red flags） - 表1に挙げられるred flags（発症年齢、体重減少、発熱、がん既往など）。¹¹

- さらに緊急性の高い神経症状として、排尿障害・会陰部のしびれ等は馬尾症候群の警告所見として扱われる（緊急受診の対象）。²⁹

回復と慢性化リスク（心理・生活） - 「痛みが怖くて動けない」「仕事や生活への不安が強い」など（恐怖回避）。³⁰

- 睡眠：睡眠時間、睡眠休養感（休めた感覚）。睡眠は予後因子となりうるが確実性は低い。³¹

自己評価スケール（推奨） - 痛み：NRS（0～10）を「朝」「夕」「活動後」で記録。

- 機能：ODI（整形外科でよく使用）や、日本ではJOABPEQなどの評価票が用いられる。³²

- 慢性化リスクの層別化：STarT-J（医療者と一緒を使うのが望ましい）。²⁵

医療機関での評価（何が行われるか）

腰痛初診では、まず問診・身体検査で重篤疾患や神経障害の可能性を分岐し、必要に応じて画像検査や血液検査を選択する。³³

・画像検査の位置づけ：

- ・単純X線は初期診断に意義があり得るが、神経症状のない腰痛では初診早期に必ずしも必要ではない。³⁴
- ・危険信号や神経症状がある場合、X線に続いてMRIが推奨される。³⁵
- ・早期MRIが利益を上乗せしない／就業率低下などが報告される場合もあり、ルーチン化は賛否がある。³⁶

受診フロー（Mermaid）

flowchart TD

A[腰痛がある] --> B{危険信号 / 緊急症状は?}

B -->|発熱・体重減少・がん既往等| C[早めに医療機関へ画像・血液検査など精査]

B -->|排尿障害・会陰部のしびれ進行する筋力低下| D[救急/緊急受診馬尾症候群などを除外]

B -->|危険信号なし| E{神経症状は?}

E -->|脚のしびれ・放散痛| F[整形外科/脳神経外科などで評価必要ならMRI]

E -->|神経症状なし| G[セルフケア中心4~6週の保存的対応]

G --> H{改善した?}

H -->|はい| I[運動・職場対策・睡眠で再発予防]

H -->|いいえ/反復| J[医療機関で再評価画像検査や他疾患評価]

（根拠となる考え方：危険信号・神経症状でトリアージし、危険信号なしの非特異的腰痛は一定期間の保存的治療後に再評価する、という診断手順が提示されている。）²⁷

科学的根拠に基づく予防・改善策

本章は「慢性化の予防」を目的に、効果が比較的 support される順にまとめる。なお、腰痛に対する運動療法は有用だが、どの運動が最良かを明確に示すエビデンスは現時点で限定的である点が、ガイドライン解説でも明記されている。³⁷

運動療法（中核：再発予防＋体力の底上げ）

方針 - 「痛みゼロを狙って動かない」より、「悪化させない範囲で動く」ほうが長期的に合理的。急性腰痛では安静より活動性維持が有用。¹⁰

- 予防として、運動は強く推奨されている。⁶

- 慢性腰痛に対して運動療法は強く推奨されている。⁷

- 慢性腰痛の疼痛に対し、運動は「中等度の確実性」で有効とされる（例：痛みMD -15.2/100）。³⁸

推奨される運動の構成（実用上の“外さない”組み合わせ） 1) 歩行などの有酸素（再発予防に強い現代的エビデンス）

- 「個別化された進行性の歩行＋教育」で再発が減り、再発までの日数が延びた（HR 0.72、中央値208日 vs 112日）。⁹

2) 体幹・殿筋・股関節周囲の筋力／持久力（腰への負担を“分散”する）

-運動療法全体として慢性腰痛に有用（推奨度1・エビデンスB）。 7

3) 柔軟性（ストレッチ）は“補助”として位置づける

- ストレッチ単独の最適解は不明なことが多いが、運動プログラムの一部として組み込みやすい（エビデンスが強いのは「運動」全体）。 39

運動メニューの比較表（目的・目安・注意点）

※回数・頻度は「実装しやすさ」を優先した目安。最適用量は個人差が大きく、厳密な最適値は不明な領域もあるため、後述の“痛みモニタリング”で調整する。 40

メニュー群	狙い	例	目安頻度・強度	エビデンスの要点
歩行（有酸素）	再発予防・血流・気分・睡眠	速歩/普通歩行	週3～5回から。合計時間を漸増（例：週90→130分へ）。ややきつい手前（会話はできる程度）	歩行＋教育で再発減（RCT）。 9
一般的な運動療法	慢性化予防・疼痛/機能改善	自重筋トレ、体操、マシン等	週2～3回（20～30分）。痛みが2/10以上増えるなら負荷を一段落とす	慢性腰痛に有用（推奨度1・B）。種類の優劣は明確でない。 41
体幹“安定化”/モーターコントロール	動作時のコントロール	バードドッグ、サイドプランク等	週2～4回。短時間で継続が鍵	最小介入より有効だが他運動との差は小さいことが多い（Cochrane）。 42
柔軟（ストレッチ）	張り・可動性の改善補助	腸腰筋、殿筋、ハム等	毎日～週5。痛みが増える方向のストレッチは避ける	単独での再発予防は不明な点が多い（不明）。運動の一部として実装しやすい。 43
マインドボディ	継続性・恐怖回避低減	ヨガ等	“続く形”で週1～2から	運動の一形態として位置づけ（運動一般の根拠に包含）。 44

姿勢・動作の改善（“腰を守る動作設計”）

腰痛診療ガイドラインの診断手順でも、非特異的腰痛であれば保存的治療＋自己管理を軸にする流れが示されている。 11

実用上は「腰を固定して動かさない」ではなく、腰への急激な負荷（特に前屈＋ひねり＋重さ）を減らしつつ、全体として活動量を落とさすぎないことが重要になる。 45

- ・立位・歩行が多い日：同じ姿勢を固定しない、休憩を挟む、作業量の配分。 12
- ・作業台・椅子：肘が約90度になる高さが目安など、具体的な調整指針が示されている。 12
- ・靴：足に合う靴、ハイヒール・サンダル回避などが示される。 12

職場での対策（公的推奨をそのまま使う）

職場要因は「変えられるリスク」であり、対策は作業管理・健康管理・教育・心理社会面まで含めて提示されている。 12

- 自動化／省力化、台車・補助機器の使用。 12
- 不自然姿勢（前屈・ひねり）の程度・頻度・時間を減らす。 12

- 休憩と姿勢変更、長時間勤務の回避。¹²
- 組織的サポート（相談窓口、上司同僚の支援など）。¹²

体重管理（該当する場合）

過体重・肥満は腰痛発症リスク増と関連し、体重を適正に近づけることは予防要因になり得る。¹⁶
 実装は「腰に優しい運動（歩行・水中・自転車など）」から入り、食事は急がず“下げられる固定費（間食・甘い飲料）”を見直すのが現実的である（※ここは個別性が高く、一般論）。⁴⁶

睡眠改善（痛みの回復を底上げする可能性）

睡眠は腰痛の将来アウトカム（痛み強度、回復）に関連しうるが、エビデンスの質は低～非常に低質が多い＝「強い因果」は断定できない。¹³

それでも、睡眠介入で不眠指標と痛みが改善したメタ解析があり、実装する価値はある（ただし研究間の不均一性あり）。¹⁴

日本の睡眠ガイド（成人）に沿った、実用的チェックポイント： - **6時間以上を目安**に必要な睡眠時間を確保。¹⁵

- 就寝前の嗜好品：カフェイン（摂取量と摂取時刻）、アルコール（寝酒をしない）に注意。⁴⁷
- 運動は睡眠に有利に働き得るが、就寝直前は避け、目安として就寝2～4時間前まで。⁴⁸

痛みが出た時の対処（“悪化させない”標準手順）

- ・**原則**：長期のベッド上安静ではなく、可能な範囲で活動性を維持（急性腰痛で推奨）。¹⁰
- ・**薬**：薬は「痛みをゼロにする」より「動ける程度に下げる」目的。効果は概して小さく、有害事象も考慮する。⁴⁹
- ・**NSAIDs**：急性腰痛の短期痛みを**わずかに**改善（臨床的に大きくはない可能性）。⁵⁰
- ・**筋弛緩薬**：短期で小さな効果の可能性があるが、有害事象リスク増の可能性。⁵¹
- ・**アセトアミノフェン（パラセタモール）**：プラセボとの差がないという高確実性のエビデンス。⁵²
- ・**熱**：温熱は好みで使われやすいが、どの物理療法も明確な推奨が難しい領域がある（個人差が大きい）。⁵³

医療機関受診の目安と期待できる検査・治療

受診の目安（実務的）

- ・**今すぐ（当日～24時間以内）**：排尿障害、会陰部のしびれ、進行する筋力低下など（馬尾症候群などの緊急除外）。²⁹
- ・**数日以内**：発熱、原因不明の体重減少、がん既往、広範囲の神経症状など、危険信号に該当。¹¹
- ・**2～6週間**：危険信号なしでも、保存的対応で改善しない／再発を繰り返し生活に支障がある場合は再評価（診断手順に沿う）。²

検査の利点・限界（比較表）

検査	期待できること	限界・注意点	典型的な適応
単純X線	骨折、アライメント、明らかな変形などの初期評価に意義	神経・椎間板の詳細は分かりにくい。危険信号がなければ初診早期に必須ではないことも	危険信号を疑う、外傷、経過が長い等 ³⁴

検査	期待できること	限界・注意点	典型的な適応
MRI	椎間板・神経・炎症・腫瘍などの精査	変性所見は無症候にも多く、所見だけで原因特定できないことがある。早期MRIの利益は一貫しない	危険信号、神経症状、治療方針決定のための精査 ⁵⁴
CT	骨評価（骨折等）に強い	被ばく。軟部（椎間板等）はMRIに劣る	MRIが難しい、骨病変が疑わしい場合 ³⁵
血液検査	感染・炎症（CRP等）や全身疾患の示唆	腰痛の多く（非特異的）では必須ではない	発熱、感染・炎症疾患、悪性疑いなど（危険信号あり） ²⁷

受診科の選び方（比較表）

相談先	向いている状況	期待できること
整形外科	腰痛全般、歩行・立位で悪化、再発が続く	画像検査の適応判断、理学療法紹介、保存療法と手術適応評価 ⁵⁵
脳神経外科	強い神経症状（しびれ・筋力低下）	神経圧迫の評価、手術含む方針判断 ³⁵
ペインクリニック	1か月以上続く痛み、保存療法で難渋	神経ブロック・注射等の検討（侵襲と効果は個別判断） ⁵⁶
リウマチ科	3か月以上、安静で改善せず運動で改善、強い朝のこわばり等	炎症性疾患の評価（軸性脊椎関節炎など） ⁵⁷
救急	排尿障害、会陰部のしびれ、急激な麻痺など	緊急疾患の除外と迅速対応 ²⁹

医療機関で受け得る治療（期待値を現実化する）

- ・**運動療法／理学療法**：慢性腰痛に有用（強く推奨）。ただし方法の最適解は一つに決まらない。⁴¹
- ・**患者教育＋心理行動的アプローチ**：有用だが弱い推奨（推奨度2・エビデンスC）。¹⁷
- ・**薬物療法**：効果は概して小さく、有害事象を踏まえた選択が必要（Cochrane overview）。⁵⁸
- ・**注射・神経ブロック等**：一定の効果が示される報告はあるが、全体として確実性は限定的で、弱い推奨に留まる領域がある（ガイドライン記載）。⁵⁶
- ・**手術（脊椎固定術など）**：椎間板障害が原因と判明した場合に有用となる可能性はあるが、適応は厳密に検討が必要。慢性腰痛への疼痛軽減効果は非手術治療と同等とされ、合併症も問題になる（推奨度2・エビデンスB）。⁵⁹

生活に取り入れやすい実行プラン

以下は、ガイドラインの「運動療法が予防・慢性腰痛に有用」「急性期は活動性維持」「歩行プログラムで再発予防」等を、39歳で実装しやすい形に落とし込んだ提案（運動処方最適値は個人差が大きく一部不明）である。⁶⁰

4週間プラン（週ごとの目標・メニュー・評価）

評価指標（毎週） - 痛み：NRS（0～10）を週平均で確認
- 機能：生活動作（例：30分歩けるか／立位で作業できるか）
- 睡眠：睡眠時間と睡眠休養感（○/△/×でよい）¹⁵

週ごとの設計

- **第1週：痛みを増やさず「動く土台」を作る**
 - 歩行：10～15分 × 週4（痛みが増えたら短縮）
 - 体幹：バードドッグ、サイドプランク（膝つき可）各20秒×2セット、週2
 - 股関節：グルートブリッジ10回×2、週2
 - 職場：1時間に1回、1～2分の姿勢変更（できる範囲）¹²
- **第2週：歩行時間と筋持久力を少し足す**
 - 歩行：15～20分 × 週4～5
 - 体幹：バードドッグ左右各8回×2、サイドプランク20～30秒×2、週2～3
 - 下肢：椅子スクワット8～12回×2、週2
- **第3週：再発予防の“量”に近づく**
 - 歩行：20～30分 × 週4～5（合計100分/週を目標）
 - 筋トレ：週3（体幹＋殿筋＋下肢）
 - 立ち仕事がある日は「歩行を短く、筋トレも軽め」にして総負荷を調整
- **第4週：維持可能な形に整える**
 - 歩行：合計120～130分/週（可能なら）
 - 筋トレ：週2～3を固定（減らしすぎない）
 - 1日の活動量：将来的には「身体活動1日60分（目安）」・「筋トレ週2～3日」方向へ（厚労省ガイド）。⁶¹

痛みモニタリング（重要：悪化予防）

- 運動中・後で痛みNRSが+2以上増え、翌日まで続くなら「やり過ぎ」の目安 → 次回は量（時間／セット）を2～3割減らす（実務上の安全策、最適閾値は不明）。⁶²

4週間プランのタイムライン（Mermaid）

```
gantt
title 4週間プラン（腰痛の常態化予防）
dateFormat YYYY-MM-DD
axisFormat %m/%d

section 毎日
短い歩行（10→30分へ漸増） :a1, 2026-02-16, 28d
姿勢変更（職場/家でミニ休憩） :a2, 2026-02-16, 28d
```

section 週2-3回

体幹（バードドッグ等） :b1, 2026-02-16, 28d

下肢・殿筋（ブリッジ/椅子スクワット） :b2, 2026-02-16, 28d

section 毎週チェック

痛みNRS・睡眠・活動量の振り返り :c1, 2026-02-22, 1d

痛みNRS・睡眠・活動量の振り返り :c2, 2026-03-01, 1d

痛みNRS・睡眠・活動量の振り返り :c3, 2026-03-08, 1d

痛みNRS・睡眠・活動量の振り返り :c4, 2026-03-15, 1d

6か月の維持プラン（再発を“当たり前”にしない）

・運動の柱を2本に固定：

- 1) 歩行（週3～5）
- 2) 筋トレ（週2～3）

これは「歩行+教育の再発予防RCT」および「運動（土教育）の予防メタ解析」「身体活動・運動ガイド」の方向性と整合する。⁶³

・腰痛が落ち着いている月ほど、運動の量を落とすぎない（再発の“ベース”を維持）。⁶⁴

・不調が続く場合は医療機関で再評価：睡眠不調、強い不安、神経症状などが絡むと自己調整が難しくなる。⁶⁵

リスクと副作用

運動療法のリスク

運動療法は慢性腰痛に有用とされ、有害事象は問題になっていないとされる一方、厳密に有害事象を述べた研究が少ない点も指摘されている。⁷

したがって、以下を原則とする。- 急激な増量を避ける（“漸増”【痛みモニタリング】）。⁶⁶

- 神経症状や危険信号がある場合は自己流で押し切らず受診。⁶⁷

薬の副作用（概観）

薬は多くが「小さな効果」かつ副作用リスクがあり、治療選択では利益と害のバランスが中心になる。⁶⁸

- NSAIDs：短期痛みの改善は小さく、個人のリスク（胃腸・腎・心血管など）を考慮。⁵⁰

- 筋弛緩薬：短期で小さな改善の可能性と、有害事象増の可能性。⁵¹

- オピオイド：慢性腰痛で短期に小さな改善の可能性はあるが、有害事象（便秘、悪心、めまい等）増の可能性。⁵⁸

- アセトアミノフェン：急性腰痛でプラセボとの差がないとされ、万能薬としての位置づけは下がっている。⁶⁹

注射・手術の注意点

・注射・神経ブロック等は侵襲があり、効果の確実性が限定的な領域もあるため、適応は個別に検討される。⁵⁶

・脊椎固定術は適応を厳密に検討し、合併症（感染・出血など）のリスクがある。⁷⁰

主要参考文献

主要な一次情報源・ガイドラインは以下。日本語の公的資料・ガイドラインを優先し、補助的に国際的なレビュー・RCTを採用した。 71

- 腰痛診療ガイドライン2019 改訂第2版 72 (Minds掲載) 1
- Minds (マインズ) 73 (ガイドライン公開基盤) 74
- 厚生労働省 75 : 腰痛予防対策／睡眠ガイド／身体活動・運動ガイド 76
- Steffens et al. 2016 (腰痛予防のメタ解析：運動士教育) 8
- Pocovi et al. 2024 WalkBack trial (歩行＋教育の再発予防RCT) 9
- Hayden et al. 2021 (慢性腰痛に対する運動療法 Cochrane review) 38
- Brinjikji et al. 2015 (無症候者の脊椎変性所見の頻度) 77
- Cashin et al. 2023 (腰痛薬物療法のCochraneレビュー概観) 58

主要ソースURL (ユーザー参照用) :

腰痛診療ガイドライン2019 改訂第2版 (Minds PDF)

<https://minds.jcqhc.or.jp/common/summary/pdf/c00498.pdf>

厚生労働省：腰痛予防対策

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_31158.html

健康づくりのための身体活動・運動ガイド2023 (PDF)

<https://www.mhlw.go.jp/content/001194020.pdf>

健康づくりのための睡眠ガイド2023 (PDF)

<https://www.mhlw.go.jp/content/10904750/001181265.pdf>

Prevention of Low Back Pain: A Systematic Review and Meta-analysis (PubMed)

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26752509/>

WalkBack trial (PubMed)

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38908392/>

Exercise therapy for chronic low back pain (PubMed)

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34580864/>

Pharmacological treatments for low back pain in adults (PMC)

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10072849/>

Systematic review: spinal degeneration in asymptomatic populations (PubMed)

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25430861/>

1 2 3 4 6 7 10 11 17 18 27 32 33 34 35 36 37 40 41 43 45 53 54 55 56 59 60 62 64

66 67 70 71 72 73 74 <https://minds.jcqhc.or.jp/common/summary/pdf/c00498.pdf>

<https://minds.jcqhc.or.jp/common/summary/pdf/c00498.pdf>

- 5 38 44 **Exercise therapy for chronic low back pain - PubMed**
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34580864/>
- 8 39 **<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26752509/>**
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26752509/>
- 9 46 63 **<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38908392/>**
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38908392/>
- 12 21 76 **https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_31158.html**
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_31158.html
- 13 31 65 75 **Sleep as a prognostic factor in low back pain: a systematic review of prospective cohort studies and secondary analyses of randomized controlled trials - PubMed**
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38300526/>
- 14 **Sleep interventions for osteoarthritis and spinal pain: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials - PubMed**
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30342087/>
- 15 23 47 48 **<https://www.mhlw.go.jp/content/10904750/001181265.pdf>**
<https://www.mhlw.go.jp/content/10904750/001181265.pdf>
- 16 **<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27875413/>**
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27875413/>
- 19 20 77 **<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25430861/>**
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25430861/>
- 22 **Smoking and degenerative spinal disease: A systematic review - PMC**
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9560562/>
- 24 30 **<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24412032/>**
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24412032/>
- 25 **<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371%2Fjournal.pone.0152019>**
<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371%2Fjournal.pone.0152019>
- 26 28 **<https://ard.eular.org/article/S0003-4967%2824%2921741-6/fulltext>**
<https://ard.eular.org/article/S0003-4967%2824%2921741-6/fulltext>
- 29 **<https://www.aans.org/patients/conditions-treatments/cauda-equina-syndrome/>**
<https://www.aans.org/patients/conditions-treatments/cauda-equina-syndrome/>
- 42 **<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27128390/>**
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27128390/>
- 49 51 52 58 68 **Pharmacological treatments for low back pain in adults: an overview of Cochrane Reviews - PMC**
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10072849/>
- 50 **<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7161726/>**
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7161726/>
- 57 **<https://www.asas-group.org/asas-endorsed-recommendation-for-the-early-referral-of-patients-with-a-suspicion-of-axial-spondyloarthritis/>**
<https://www.asas-group.org/asas-endorsed-recommendation-for-the-early-referral-of-patients-with-a-suspicion-of-axial-spondyloarthritis/>

⁶¹ <https://www.mhlw.go.jp/content/001194020.pdf>

<https://www.mhlw.go.jp/content/001194020.pdf>

⁶⁹ <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673614608059>

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673614608059>