

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

疾患特異的・患者立脚型

変形性膝関節症患者機能評価尺度; JKOM
(Japanese Knee Osteoarthritis Measure)

この質問表は変形性膝関節症患者さんの膝の痛み、日常生活の状態、

ふだんの生活、健康状態についてお尋ねするものです。

みなさんが感じているままの痛み、しているままの状態について、

最もあてはまる回答肢をえらんで下さい。

医師または治療担当者の前では記入しないで下さい。

調査日	()年()月()日	
ID		
氏名	様	
年齢・性別	()歳	男・女
診断		
備考		

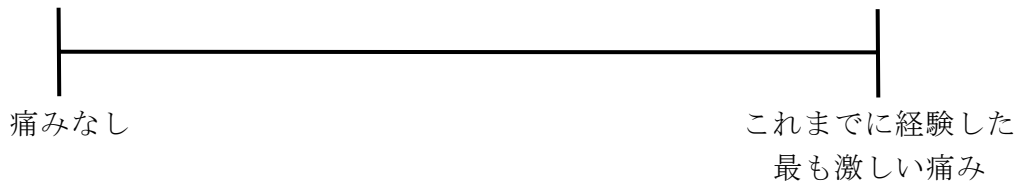
記入漏れの無いように確認して下さい。

お膝の状態についての質問表

I 膝の痛みの程度

次の線は痛みの程度をおたずねするものです。左の端を「痛み無し」、右の端をこれまでに経験した「最も激しい痛み」としたときに、この数日間のあなたの痛みの程度はどのあたりでしょうか。

線の上でこのあたりと思われるところに×印をつけてください。



II 膝の痛みやこわばり

この数日間のあなたの膝の状態についてお聞きします。あてはまる回答を一つ選び、□に✓をつけてください。

1. この数日間、朝、起きて動き出すとき膝がこわばりますか。

こわばり はない	少し こわばる	中程度 こわばる	かなり こわばる	ひどく こわばる
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. この数日間、朝、起きて動き出すとき膝が痛みますか。

全く痛くない	少し痛い	中程度痛い	かなり痛い	ひどく痛い
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. この数日間、夜間、睡眠中に膝が痛くて目がさめることがありますか。

全くない	たまにある	ときどきある	しばしばある	毎晩ある
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. この数日間、平らなところを歩くとき膝が痛みますか。

全く痛くない	少し痛い	中程度痛い	かなり痛い	ひどく痛い
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. この数日間、階段を昇るときに膝が痛みますか。

全く痛くない	少し痛い	中程度痛い	かなり痛い	ひどく痛い
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. この数日間、階段を降るときに膝が痛みますか。

全く痛くない	少し痛い	中程度痛い	かなり痛い	ひどく痛い
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. この数日間、しゃがみこみや立ち上がりのとき膝が痛みますか。

全く痛くない	少し痛い	中程度痛い	かなり痛い	ひどく痛い
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. この数日間、ずっと立っているとき膝が痛みますか。

全く痛くない	少し痛い	中程度痛い	かなり痛い	ひどく痛い
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ⅲ 日常生活の状態

この数日間のあなたの日常生活の状態についてお聞きします。

あてはまる回答を一つ選び、に✓をつけてください。

9. この数日間、階段の昇り降りはどの程度困難ですか。

困難はない	少し困難	中程度困難	かなり困難	非常に困難
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. この数日間、しゃがみこみや立ち上がりはどの程度困難ですか。

困難はない	少し困難	中程度困難	かなり困難	非常に困難
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. この数日間、洋式トイレからの立ち上がりはどの程度困難ですか。

困難はない	少し困難	中程度困難	かなり困難	非常に困難
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. この数日間、ズボン、スカート、パンツなどの着替えはどの程度困難ですか。

困難はない	少し困難	中程度困難	かなり困難	非常に困難
-------	------	-------	-------	-------

13. この数日間、靴下をはいたり脱いだりすることはどの程度困難ですか。

困難はない 少し困難 中程度困難 かなり困難 非常に困難

14. この数日間、平らなところを休まずにどれくらい歩けますか。

30分以上歩ける 15分ぐらい歩ける 家のまわりを歩ける程度 家の中を歩ける程度 ほとんど歩けない

15. この数日間、杖を使っていますか。

全く使わない たまに使う ときどき使う しばしば使う 必ず使う

16. この数日間、日用品などの買い物はどの程度困難ですか。

困難はない 少し困難 中程度困難 かなり困難 非常に困難

17. この数日間、簡単な家事（食卓の後かたづけや部屋の整理など）はどの程度困難ですか。

困難はない 少し困難 中程度困難 かなり困難 非常に困難

18. この数日間、負担のかかる家事（掃除機の使用、布団の上げ下ろしなど）はどの程度困難ですか。

困難はない 少し困難 中程度困難 かなり困難 非常に困難

IV ふだんの活動など

この1か月、あなたのふだんしていることや外出などについてお聞きします。あてはまる回答を一つ選び、に✓をつけてください。

19. この1か月、催し物やデパートなどへ行きましたか。

週に2、3回以上行った 週に1回程度行った 2週に1回程度行った 月に1回行った 全く行かなかった

20. この1か月、膝の痛みのため、ふだんしていること（おけいごと、お友達とのつきあいなど）が困難でしたか。

困難はない 少し困難 中程度困難 かなり困難 非常に困難

21. この1か月、膝の痛みのため、ふだんしていること（おけいごと、お友達とのつきあいなど）を制限しましたか。

制限しなかった 少し制限した 半分ほど制限した かなり制限した 全くやめていた

22. この1か月、膝の痛みのため、近所への外出をあきらめたことがありますか。

ない 1～2回あった 数回あった よくあった ほとんどあきらめていた

23. この1か月、膝の痛みのため、遠くへの外出をあきらめたことがありますか。

ない 1～2回あった 数回あった よくあった ほとんどあきらめていた

V 健康状態について

この1か月のあなたの健康状態についてお聞きします。あてはまる回答を一つ選び、に✓をつけてください。

24. この1か月、ご自分の健康状態は人並みに良いと思いますか。

全くそう思う そう思う 良いとも悪いとも言えない そう思わない 全然そう思わない

25. この1か月、お膝の状態はあなたの健康状態に悪く影響していると思いますか。

全く影響はないと思う 少し悪い影響があると思う 中程度悪い影響があると思う かなり悪い影響があると思う ひどく悪い影響があると思う

ご記入もれがないか、もう一度ご確認ください。

JKOM採点表

I 「痛みの程度」は、直線上の左端から×印までの距離をミリメートル単位で計測して下さい。

直線の長さは印刷により 10 c mに一致しないことがあります。その場合には、左端から右端までの距離を計測して補正して下さい。

II、III、IV、V 設問 1 から 2 5 までの各質問項目について、

最も軽症の選択肢を 0，最も重症の選択肢 4 とし、中間の選択肢には症状の重症度に応じてそれぞれ 1，2，3 の数値をあてはめます。

✓ がつけられた選択肢に該当する数値の総点を計算して下さい。

痛みの程度/直線長	() mm / () mm
-----------	---------------------------------------

設問	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
1 0	
1 1	
1 2	
小計	

1 3	
1 4	
1 5	
1 6	
1 7	
1 8	
1 9	
2 0	
2 1	
2 2	
2 3	
2 4	
2 5	
小計	
総計	