

令和3年度

# 研 究 紀 要



北海道札幌視覚支援学校  
附属理療研修センター



# 発刊にあたって

所長 佐古 勝利

我が国において、令和2年初頭より新型コロナウイルスが変異を繰り返しながら感染拡大が今もなお続いています。その度に緊急事態宣言、まん延防止等重点措置が発令され、感染防止策として「学校の新しい生活様式」のもと、教育活動や理療研修センターの事業を展開する上で、外部関係者の校舎内立ち入り制限など、大きな制約を余儀なくされています。

この間、当センターにおいては、治療や講座などの各種事業を幾度となく中止せざるを得ない状況があり、利用者の皆様には大変なご不便・ご迷惑をおかけしました。

こういった状況にもかかわらず、患者様や講座受講者の皆様からは、再開を心待ちにしているとの期待や励ましのお言葉など、私たち所員一人一人の心に響く温かいメッセージをいただきました。この場を借りて心よりお礼申し上げます。

さて、本年2月7日、最高裁は視覚障がい者の生計を守るため、健常者向けのあん摩マッサージ指圧師養成学校の新設を制限している法律（あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師等に関する法律19条）の規定が、憲法が保障する「職業選択の自由」に違反するかどうかで争われていた3件の訴訟の上告を棄却し、合憲としました。

私は、このことについて、安堵感に浸る暇もなく、むしろ、視覚障がいのある方へのあはき（あん摩マッサージ指圧、鍼、きゅう）師養成校として果たすべき本校の役割や責任は重大であると再認識したところです。

さらに、当センターは、設置目的を「本校における理療教育の充実、視覚障がいのある理療従事者の資質向上及び理療の普及啓発のために必要な事業を行い、もって本道における理療教育の充実に資すること」と道教委規則で定められ、平成6（1994）年より視覚障がいのある理療従事者を対象にした事業に取り組んできました。今後は、より一層、利用者のニーズの把握に努め、幅広い世代の皆様からの利用拡充や研修支援の充実を図るなどして、理療従事者全体の資質の底上げにつなげたいと考えています。

こうした中、本研究紀要は、令和3年度に当センターで取り組んだ研修講座の実施状況や臨床に関する症例の研究などについて、その成果をまとめました。

今年度も、新型コロナウイルス感染症の影響を受けながらも、本校専攻科およ

び関係機関と連携を図りながら各事業を推進しました。特に各指導員が担当する研修講座に関連する症例をできるだけ受け持つなどして、理論と実践との一体を図った症例・研究報告となるよう努めました。

皆様には、本研究紀要をご高覧いただき、是非、ご意見、ご要望等をお寄せいただきますようお願いするとともに、当センターの各種事業の積極的な活用を通して、理療従事者としての知識や技能等を研鑽し、力量を高めていただく一助となれればと願っています。

これからも視覚障がいのある理療従事者が自己を磨き、より一層の資質を高めることに役立てていただけるよう、受講者のニーズに応じた研修講座の充実や実践的な臨床に関する研究に取り組んでまいります。今後ともご理解、ご支援の程よろしくお願いいたします。

## 目 次

|                                                   |    |
|---------------------------------------------------|----|
| 発刊にあたって.....                                      | 1  |
| 令和3年度 事業報告.....                                   | 5  |
| I 研修事業                                            |    |
| II 研究事業                                           |    |
| III 相談・支援事業                                       |    |
| IV 理解・啓発事業                                        |    |
|                                                   |    |
| 令和3年度 症例・研究報告                                     |    |
|                                                   |    |
| 古代中国と日本における死生観の相違に関する一考察<br>吉田 勝豊.....            | 19 |
| 骨盤から診た病態把握と理療治療<br>中谷 薫.....                      | 25 |
| 胸郭出口症候群に末梢動脈疾患の合併を疑う一症例<br>羽立 祐人.....             | 31 |
| 円回内筋に対する低周波鍼通電療法の検討<br>～筋の走行と触察法の視点から～ 篠澤 正樹..... | 37 |
| 灸頭鍼を治療の選択肢のひとつとするために<br>古川 直樹.....                | 45 |



# 令和 3 年度 事業報告





## I 研修事業

理療科教員・理療従事者を対象に、理療に関する専門的な知識・技術を習得するための研修を計画的・継続的に行っている。

昨年度に引き続き、新型コロナウイルス感染拡大防止の観点から受講者数の定員を制限したため、受講者数の増減に関わる考察は行わない。また、まん延防止等重点措置及び緊急事態宣言期間中は原則中止とした。なお、中止となった講座については次年度開催を計画している。令和4年度に関しても新型コロナウイルス感染拡大の状況をみながら受講者数の制限等を継続する。

### 1 研修講座

#### 1. 基礎講座（年4回）：実施3回、中止1回

センター指導員が「臨床に活かす徒手検査法」、「臨床に役立つ触察法」、「骨盤を整える」をテーマとして実施した。

受講者は33名であった。

#### 2. 臨床講座Ⅰ（年3回）

センター指導員が「絞扼性末梢神経障害の診察と治療～胸郭出口症候群・手根管症候群・肘部管症候群・梨状筋症候群を中心に」、「股関節障害の診察と理療治療」、「肩関節疾患の診察法と治療法」をテーマとして講座を実施した。

受講者は34名であった。

第1回臨床講座Ⅰは、後日開催される地域研修講座と同テーマであるため、講座内容を精査するとともに、定期的に指導員間で技術研修を実施し、刺鍼精度を高めた。

#### 3. 臨床講座Ⅱ（年2回）：実施1回、中止1回

外部講師を招いて「医学的理論に基づく美容鍼灸 ～コラーゲン誘発鍼の理論と実際～」をテーマとして講座を実施した。

受講者は28名であった。

講師がデモンストレーションを行う際は、手元をカメラで撮影し、モニター上でも確認できるようにし、密にならないよう努めた。

#### 4. 東洋医学講座（年5回）：実施2回、中止3回

センター指導員が「古法あんまの実際」、また、外部講師を招いて「東洋医学の主要な流派の紹介及びツボの見方～背部俞穴を中心として」をテーマとして講座を実施した。

受講者は18名であった。

#### 5. 地域研修講座（年5回 ※十勝三療研修会含む）

「絞扼性末梢神経障害の診察と治療～胸郭出口症候群・手根管症候群・肘部管症候群・梨状筋症候群を中心に」をテーマとして、道内4カ所（札幌・旭川・帯広・函館）で実施した。

受講者は 34 名であった。

#### 6. 理療研修講座（年 2 回）：実施 1 回、中止 1 回

外部講師を招いて「スポーツ傷害に対する応急処置&ハイパフォーマンスケア」をテーマとして講座を実施した。

受講者は 16 名であった。

講師がデモンストレーションを行う際は、手元をカメラで撮影し、モニター上でも確認できるようにし、密にならないよう努めた。

#### 7. 医学研修講座（年 2 回）

外部講師を招いて「腰部脊柱管狭窄症を理解する」、「ロコモ&フレイル予防」、「泌尿器疾患を学ぶ～男女の頻尿・尿失禁の原因と治療」、「婦人科症状の基礎知識～更年期障害や PMS を中心に」をテーマとして講座を実施した。

受講者は 38 名であった。

第 2 回医学研修講座は、まん延防止等重点措置期間であったため、講師には来所して頂いた上で Zoom によるオンライン講座とした。

今年度は 17 講座（地域研修講座 5 回を含む）を開催し、のべ 191 名（全講座平均 11.2 名）が受講した。定員を制限したため受講者数は減ったものの、視覚に障がいのある受講者に対して手厚い指導と配慮ができた。

次年度も引き続き、時代に合致したテーマ・受講者が興味関心のあるテーマを設定するとともに、講義のみの講座では積極的にオンライン講座を実施する。

センター指導員が担当する講座については、センターの機能を生かし、綿密な事前準備から受講者満足度の高い講座運営に努める。

研修講座の案内に関しては、関係機関への郵送やホームページなどを活用して、コロナ関連での講座延期・中止、内容や開催方法の変更等を随時周知する。

# 資料Ⅰ－１ 講座別受講者数及び定員充足率

※下段(%)は定員充足率を示している。

|        | 定 員  | H29年度 | H30年度  | R1年度   | R2年度  | R3年度  |
|--------|------|-------|--------|--------|-------|-------|
| 基礎講座   | 各30  | 72    | 130    | 70     | 35    | 33    |
|        |      | 60.0% | 108.3% | 58.3%  | 29.2% | 36.7% |
| 臨床講座Ⅰ  | 各30  | 86    | 86     | 99     | 37    | 34    |
|        |      | 95.6% | 95.6%  | 110.0% | 41.1% | 37.8% |
| 臨床講座Ⅱ  | 各30  | 40    | 29     | 41     | 28    | 18    |
|        |      | 66.7% | 48.3%  | 68.3%  | 46.7% | 60.0% |
| 東洋医学講座 | 各30  | 132   | 114    | 135    | 64    | 18    |
|        |      | 88.0% | 76.0%  | 90.0%  | 42.7% | 30.0% |
| 理療研修講座 | 各100 | 47    | 57     | 92     | 44    | 16    |
|        |      | 23.5% | 28.5%  | 46.0%  | 22.0% | 16.0% |
| 医学研修講座 | 各100 | 85    | 117    | 84     | 50    | 38    |
|        |      | 42.5% | 58.5%  | 42.0%  | 25.0% | 19.0% |
| 地域研修講座 | 各30  | 91    | 57     | 79     | 38    | 34    |
|        |      | 60.7% | 47.5%  | 52.7%  | 25.3% | 22.7% |
| 計      |      | 553   | 590    | 600    | 296   | 191   |

※地域研修講座は、隔年で行われる十勝三療研修会(H29・R1・3年度)を含めている。

※R2年度より釧根三療研修会を実施している。

※R3年度第2回医学研修講座はZoom開催

講座実施時に行っているアンケート調査では「大変良かった」と「おおむね良かった」を合わせると100%(回答率73.9%)であり、全体的に良い評価が得られているといえる。

また、センター指導員が講師を務めた講座については、「大変良かった」と「おおむね良かった」を合わせると100%(回答率77.1%)であり、全体的に良い評価が得られているといえる。

# 資料 I - 2 令和 3 年度 研修講座実施状況

| 月  | 日     | 曜日 | 講座名                 | テーマ                                                        | 講師名                                                                                      | 受講者数 | 定員  | 充足率   |
|----|-------|----|---------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----|-------|
| 7  | 18    | 日  | 第 1 回医学研修講座         | (午前) 腰部脊柱管狭窄症を理解する<br>(午後) ロコモ&フレイル予防                      | 釧路労災病院 脳神経外科<br>部長 井須 豊彦 先生<br>札幌医科大学医学部 リハビリテーション医学講座<br>助教 青木 昌弘 先生                    | 20   | 100 | 20.0% |
|    | 31    | 土  | 第1回東洋医学講座           | 古法あんまの実際                                                   | センター指導員                                                                                  | 7    | 30  | 23.3% |
| 8  | 1     | 日  |                     |                                                            |                                                                                          |      |     |       |
|    | 29    | 日  | 第 2 回東洋医学講座<br>(中止) | はじめてのかんたん脈診&経絡治療                                           | 神宮前鍼灸所 院長<br>東京有明医療大学 客員教授<br>経絡治療学会 会長<br>明鍼会 会長<br>岡田 明三 先生                            |      | 30  | 0.0%  |
| 9  | 5     | 日  | 第 1 回理療研修講座<br>(中止) | トリガーポイントの基礎と臨床応用<br>～慢性疼痛へのアプローチ～                          | 明治国際医療大学鍼灸学部<br>学部長 伊藤 和憲 先生                                                             |      | 100 | 0.0%  |
|    | 12    | 日  | 第 3 回東洋医学講座<br>(中止) | 中医学鍼灸の実際<br>(午前) 基礎から臨床応用～<br>(午後) 皮膚刺絡による頭部疾患・精神疾患へのアプローチ | 華梨堂<br>院長 松山 優 先生<br>円山漢祥院・円山接骨院<br>院長 渡邊 一哉 先生                                          |      | 30  | 0.0%  |
| 10 | 2・3   | 土日 | 第 2 回基礎講座           | 臨床に役立つ触察法                                                  | センター指導員                                                                                  | 9    | 30  | 30.0% |
|    | 17    | 日  | 地域研修講座<br>(道北)      | 絞扼性末梢神経障害の診察と治療～胸郭出口症候群・<br>手根管症候群・肘部管症候群・梨状筋症候群を中心に       | センター指導員                                                                                  | 2    | 30  | 6.7%  |
|    | 23・24 | 土日 | 第 1 回臨床講座 I         | 絞扼性末梢神経障害の診察と治療～胸郭出口症候群・<br>手根管症候群・肘部管症候群・梨状筋症候群を中心に       | センター指導員                                                                                  | 12   | 30  | 40.0% |
|    | 24    | 日  | 地域研修講座<br>(道央)      | 絞扼性末梢神経障害の診察と治療～胸郭出口症候群・<br>手根管症候群・肘部管症候群・梨状筋症候群を中心に       | センター指導員                                                                                  | 3    | 30  | 10.0% |
|    | 31    | 日  | 第1回基礎講座             | 臨床にいかす徒手検査法                                                | センター指導員                                                                                  | 12   | 30  | 40.0% |
|    |       |    | 第 3 回基礎講座<br>(中止)   | ディープティシューマッサージの理論とテクニック                                    | 東京医療専門学校教員養成科<br>非常勤講師<br>広橋 憲子 先生                                                       |      | 30  | 0.0%  |
|    |       |    | 地域研修講座<br>(道南)      | 絞扼性末梢神経障害の診察と治療～胸郭出口症候群・<br>手根管症候群・肘部管症候群・梨状筋症候群を中心に       | センター指導員                                                                                  | 7    | 30  | 23.3% |
| 11 | 6     | 土  | 十勝三療研修会             | 五十肩の診察と治療                                                  | センター指導員                                                                                  | 10   | 30  | 33.3% |
|    | 7     | 日  | 地域研修講座<br>(道東)      | 絞扼性末梢神経障害の診察と治療～胸郭出口症候群・<br>手根管症候群・肘部管症候群・梨状筋症候群を中心に       | センター指導員                                                                                  | 12   | 30  | 40.0% |
|    | 14    | 日  | 第 2 回理療研修講座         | スポーツ傷害に対する応急処置&ハイパフォーマンス<br>ケア                             | ハイパフォーマンススポーツ<br>センター国立スポーツ科学セ<br>ンタースポーツ科学部<br>スポーツ科学課ハイパフォー<br>マンス・サポート事業ケア<br>和田 弘 先生 | 16   | 100 | 16.0% |
|    | 20・21 | 土日 | 第 4 回基礎講座           | 骨盤を整える                                                     | センター指導員                                                                                  | 12   | 30  | 40.0% |
|    | 27・28 | 土日 | 第 2 回臨床講座 I         | 股関節障害の診察と理療治療                                              | センター指導員                                                                                  | 12   | 30  | 40.0% |
| 12 | 5     | 日  | 第 1 回臨床講座 II        | 医学的理論に基づく美容鍼灸 コラーゲン誘発鍼の理<br>論と実際                           | 一般社団法人健康美容鍼灸<br>協会会長 北川 毅 先生                                                             | 18   | 30  | 60.0% |
|    | 12    | 日  | 第 4 回東洋医学講座         | 東洋医学の各流派と治療穴の捉え方                                           | 太玄堂鍼灸院<br>院長 福田 毅 先生                                                                     | 11   | 30  | 36.7% |

|   |       |    |                   |                                                                  |                                                                      |    |     |       |
|---|-------|----|-------------------|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|----|-----|-------|
| 1 | 15・16 | 土日 | 第3回臨床講座Ⅰ          | 肩関節疾患の診察法と治療法                                                    | センター指導員                                                              | 10 | 30  | 33.3% |
|   | 23    | 日  | 第5回東洋医学講座<br>(中止) | 手軽にできる灸治療の臨床応用&セルフケア                                             | お灸・はり治療室<br>灸PLUS<br>副院長 八木 麻子 先生                                    |    | 30  | 0.0%  |
| 2 | 6     | 日  | 第2回医学研修講座         | (午前) 泌尿器疾患を学ぶ～男女の頻尿・尿失禁の原因と治療～<br>(午後) 婦人科症状の基礎知識～更年期障害やPMSを中心に～ | 北海道泌尿器科記念病院<br>院長 飴田 要 先生<br><br>にしかわウイメンズヘルスク<br>リニック<br>院長 西川 鑑 先生 | 18 | 100 | 18.0% |
|   | 13    | 日  | 第2回臨床講座Ⅱ<br>(中止)  | タクティールケアの理論と実践                                                   | 社会医療法人禎心会 介護老<br>人保健施設 ら・ぱーす<br>療養長 笹田 洋子 先生                         |    | 30  | 0.0%  |

## 2 臨床研究講座（自主研修）

理療従事者が一定期間、臨床実習における技術の習得や機器の使用法、新たな症例についての検討など、指導員の指導のもと個別のテーマに基づく研究・研修を実施する臨床研究講座を計画しているが、今年度は受講希望者がいないため実施していない。

## Ⅱ 研究事業

理療に関する実践的な研究に取り組み、理療教育の発展、充実および臨床技術等の向上、普及に努める。

### 1 臨床研修（資料Ⅱ－1 参照）

センター指導員は、臨床研修において実際に患者を施術することで、理療に関する実践的な知識および技術の習得を図った。

#### 1. 患者概況

今年度も新型コロナウイルス感染拡大防止に伴うまん延防止等重点措置により、臨床研修が度々休業となった。また、10時から11時10分までの臨床研修を行わずに、その時間を臨床室のアルコール消毒や換気などに充てることで、感染拡大防止に努めた。現時点では、臨床研修での新型コロナウイルス感染は報告されていないため、消毒や換気などの措置は一定の成果があったと考える。

#### 2. 年度別患者概況

今年度の臨床日数は114日、患者数は1085名、初診の患者数は36名で、いずれも例年の半数程度であった。理由は上記のことに加えて、今年度は学部からの臨床研修者がいなかったためである。

また、今年度の来所した患者の平均年齢は、66.3歳と過去5年間で最も高い年齢であった。臨床研修での技能をさらに高めるには、高齢者の患者だけでなく、幅広い年齢層をバランス良く治療すべきであり、今後、改善すべき課題と思われる。

#### 3. 年度別来所理由（初診時の主訴）

今年度の初診の患者は36名で、そのうち多かった上位の5主訴を別表に掲載した。上位の2主訴は、頸肩部のこり（10名）、腰殿部の痛み（10名）と例年と

同様の結果となった。前述したように全体的に退行性変化による中高齢者の症状が多くなっているため、幅広い世代の諸症状を治療できることが望ましいと考える。

## 2 症例検討会

適切な施術が行えるよう指導員が互いに指導助言を行う症例検討会を毎月2回程度実施した。主に初診や再診の情報共有や意見交換、インシデントの予防策について協議した。

今年度は計8回実施と例年より少ない回数であった。今年度から毎月2回に実施回数を減らしたことと、新型コロナウイルス感染拡大による臨床研修の休業等により、初診の患者数が減ったことが主な理由である。

## 3 研究・研修成果の普及

症例報告および研究報告や臨床研修などの成果を研究紀要として編集、発行した。

今年度のテーマは下記の通りである。

吉田勝豊：「古代中国と日本における死生観の相違に関する一考察」

中谷 薫：「骨盤から診た病態把握と理療治療」

羽立祐人：「胸郭出口症候群に末梢動脈疾患の合併を疑う一症例」

篠澤正樹：「円回内筋に対する低周波鍼通電療法の検討～筋の走行と触察法の視点から～」

古川直樹：「灸頭鍼を治療の選択肢のひとつとするために」

## 4 理療に関するリスクマネジメント（資料Ⅱ－2 参照）

臨床研修等で発生したインシデントは、速やかに報告するとともに、再発防止に向けて適切な処置を講じた。

今年度のインシデントの発生件数は計4件で、その内訳は、臨床の予約時が1件、刺鍼時（抜鍼時・鍼の落下）が2件、その他（臨床外）が1件であった。刺鍼時（抜鍼時・鍼の落下）のインシデントは、例年数件起こっており、視覚障がいをする指導員が鍼の本数や抜き忘れなど見落としやすい場面であるため、再発防止に一層の工夫が必要となる。

予約時のインシデントで最も多いのは、受診券への転記ミスによるものである。今年度に受診券の書式や予約の手順を一部変えたことで今後、予約時のインシデントを未然に防ぐことができると考える。

## 資料Ⅱ－１ 臨床統計

臨床休業期間：５月１１日～７月１２日、８月２日～１０月３日、  
令和４年１月２５日～３月２１日

### 患者概況

|      | 4月  | 5月 | 6月 | 7月  | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月  | 2月 | 3月 | 総計   |
|------|-----|----|----|-----|----|----|-----|-----|-----|-----|----|----|------|
| 臨床日数 | 20  | 3  |    | 12  |    |    | 19  | 20  | 20  | 14  |    | 6  | 114  |
| 総患者数 | 219 | 36 |    | 111 |    |    | 168 | 185 | 170 | 142 |    | 54 | 1085 |
| 初診   | 8   |    |    | 7   |    |    | 3   | 5   | 5   | 5   |    | 3  | 36   |
| 再診   | 9   |    |    | 1   |    |    | 3   | 4   | 3   | 3   |    |    | 23   |
| 日平均  | 11  | 12 |    | 9   |    |    | 9   | 9   | 9   | 10  |    | 9  | 10   |
| 平均年齢 | 66  | 68 |    | 68  |    |    | 66  | 66  | 66  | 66  |    | 66 | 66   |
| 男性数  | 64  | 9  |    | 33  |    |    | 49  | 56  | 47  | 47  |    | 19 | 324  |
| 女性数  | 155 | 27 |    | 78  |    |    | 119 | 129 | 123 | 95  |    | 35 | 761  |
| 女性割合 | 71  | 75 |    | 70  |    |    | 71  | 70  | 72  | 67  |    | 65 | 70   |

### 年度別患者概況

|      | H29年度 | H30年度 | R1年度 | R2年度 | R3年度 |
|------|-------|-------|------|------|------|
| 臨床日数 | 231   | 227   | 208  | 182  | 114  |
| 総患者数 | 2345  | 2568  | 2434 | 1614 | 1085 |
| 初診   | 75    | 66    | 72   | 47   | 36   |
| 再診   | 63    | 59    | 64   | 55   | 23   |
| 日平均  | 10.2  | 11.3  | 11.7 | 8.9  | 9.5  |
| 平均年齢 | 62.1  | 62.6  | 64.2 | 63.3 | 66.3 |
| 男性   | 500   | 602   | 689  | 475  | 324  |
| 女性   | 1845  | 1966  | 1745 | 1139 | 761  |

### 年度別初診時の主訴（名）

| 順位 | H29年度      | H30年度      | R1年度        | R2年度       | R3年度       |
|----|------------|------------|-------------|------------|------------|
| 1位 | 頸肩部のこり(26) | 頸肩部のこり(29) | 腰殿部の痛み(22)  | 頸肩部のこり(23) | 頸肩部のこり(10) |
| 2位 | 腰殿部の痛み(19) | 腰殿部の痛み(16) | 頸肩部のこり(16)  | 腰殿部の痛み(10) | 腰殿部の痛み(10) |
| 3位 | 下肢の痛み(5)   | 下肢の痛み(5)   | 下肢の痛み(8)    | 肩関節の痛み(6)  | 膝関節の痛み(4)  |
| 4位 | 上肢の痛み(5)   | その他(4)     | 背部のこり・痛み(5) | 股関節の痛み(3)  | 肩関節の痛み(3)  |
| 5位 | 肩関節の痛み(5)  | 上肢の痛み(3)   | 肩関節の痛み(5)   | 上肢の痛み(1)   | 股関節の痛み(2)  |

※痛みにしびれ・重だるさを含む。

資料Ⅱ－２ 年度別インシデント発生件数

|               | H29年度 | H30年度 | R1年度 | R2年度 | R3年度 |
|---------------|-------|-------|------|------|------|
| 臨床の予約時        | 14    |       | 3    |      | 1    |
| 臨床の受付時        | 2     |       |      |      |      |
| 患者の移動時（治療前）   | 1     |       |      | 1    |      |
| 刺鍼時（抜鍼時・鍼の落下） | 8     | 7     | 9    | 1    | 2    |
| 施灸時           | 1     |       |      |      |      |
| 手技時           |       |       |      |      |      |
| 体位変換・起き上がり    |       |       |      |      |      |
| 患者の移動時（治療後）   |       |       |      | 1    |      |
| その他（臨床中）      | 1     |       | 1    |      |      |
| その他（臨床外）      |       | 1     | 3    |      | 1    |
| 計             | 27    | 8     | 16   | 3    | 4    |



## Ⅲ 相談・支援事業

理療従事者を対象として理療に関する技術指導および相談、情報提供を行っている。

### 1 臨床技術指導

今年度の研修者は6名であった。就職や職場復帰、職場での課題解決に向けたあん摩や鍼灸の実技力向上、各疾患に対する運動療法の習得などを目的に行った。

〈短期（3ヶ月未満）研修〉

研修者A（治療院勤務）：研修回数19回、研修終了

研修者B（治療院経営）：研修回数2回、研修終了

〈長期（3ヶ月以上）研修〉

研修者C（治療院就職内定）：研修回数8回、研修継続中

研修者D（求職中）：研修回数18回、研修継続中

研修者E（求職中）：研修回数13回、研修終了

研修者F（治療院勤務）：研修回数33回、研修継続中

### 2 来所および電話相談

来所及び電話による相談は21件、相談内容としては、臨床技術に関するものが7件、臨床での知識に関するものが4件、技術研修に関する問い合わせが4件であった。

### 3 巡回相談

地域研修講座に併せて理療に関する相談を実施しており、今年度の相談件数は4件であった。

### 4 機関誌等の発行、資料提供

#### 1. 令和3年度後期講座案内及び機関誌「ひびき55号」の発行・発送

発行月日 令和3年9月24日

発送先 センター名簿登録者及び関係団体

発送数 883ヵ所

#### 2. 令和4年度前期講座案内及び機関誌「ひびき56号」の発行・発送

発行月日 令和4年3月14日

発送先 センター名簿登録者及び関係団体

発送数 854ヵ所

#### 3. 月別講座案内

北海道鍼灸柔整マッサージ師会、札幌市視覚障害者福祉協会、視聴覚障がい者

情報センター、函館視力障害センターなどに送付する。また、希望者には、メールでの配信を行った。

## IV 理解・啓発事業

地域住民を対象として健康に関する公開講座を開催するとともに、理療に関する情報、併せて札幌視覚支援学校の案内を行うことで、理療や学校の理解・啓発を図っている。

### 1 公開講座

今年度は、「不調改善！ツボ押し体操」というテーマで、会場は表Ⅳ－1の通り計画した。感染予防の観点から定員を10名とした。

広報活動は、開催各市の名義後援を得て、各会場にポスター、チ

表Ⅳ－1 一般公開講座開催場所

|      |                                                                |
|------|----------------------------------------------------------------|
| 札幌市  | 札幌視覚支援学校（中央区）<br>北区民センター（北区）<br>手稲区民センター（手稲区）<br>白石区民センター（白石区） |
| 旭川市  | 旭川市障害者福祉センター                                                   |
| 苫小牧市 | 苫小牧市福祉ふれあいセンター                                                 |
| 帯広市  | 帯広市市民活動交流センター                                                  |

ラシの掲示・配布を依頼した。そのほか、当センターのホームページや町内会回覧等を活用した。また、希望者には講座開催の案内はがき・メールを送付した。

しかし、新型コロナウイルス感染拡大による緊急事態宣言等及びワクチン接種会場としての優先使用の関係から、開催は次年度に見送ることとした。

近隣町内会対象の理解・啓発活動として、令和4年1月14日に東洋医学ミニ講座を実施した。テーマは「膝の痛みに対するセルフケア」で定員は6名とした。悪天候にもかかわらず、3名の方に講座を行うことができた。

### 2 理療研修センターだより「げんき通信」の発行

健康に関する話題や理療の理解啓発を目的とし、今年度は4回発行した。第24号(4月)では「春バテにご用心!」、第25号(7月)では「甘酒で夏バテ知らず」、第26号(11月)では「柿とさんまとお医者さん」、第27号(令和4年2月)では「コンニャクとポテトチップス」についてそれぞれ取り上げた。

配布先は、PTA、町内会の他、当センターホームページにもPDF版とテキスト版を掲載し、より多くの人に見てもらえるように工夫している。

### 3 その他

#### 1. ホームページ

研修講座や臨床休業の案内、センターニュースなど、迅速な更新作業を行った。アクセス数は、今年度5,379件(昨年度4,196件)であった。

#### 2. 講師派遣（出前講座）

講師派遣依頼は1件で、「肩こりに特化した体操・ツボ押し」をテーマとして実施予定だったが、新型コロナウイルス感染拡大のため中止となった。

# **令和 3 年度 症例・研究報告**



# 古代中国と日本における 死生観の相違に関する一考察

指導員 吉田 勝豊

## I 赤の力

司馬遷の『史記 始皇本紀』には、秦の始皇帝が徐福に、蓬萊国に行って仙人を連れて来るか、仙薬、つまり不老不死の薬を持って来るように命じたことが記されている。

当然ながら、そのような薬はないため、なんの成果もないまま帰国して、始皇帝に処罰されることを恐れた家来達は行方をくらましたりした。日本を訪れたとされる徐福も、そのまま日本に留まったという伝説がある。

始皇帝に不老不死の薬を作るように命じられた医師達は、硫化水銀の化合物を始皇帝に献じた。これは硫化水銀の「赤」が、生命力の象徴である「血」を連想させるからである。

当然ながら硫化水銀は人体にとって有毒であるが、その鮮やかな赤ゆえに、不老不死の薬と信じられていた。始皇帝は不老不死の薬（硫化水銀）を飲み続け、中国を統一して僅か 11 年後、49 歳の若さで死んでいる。

このような始皇帝の不老不死へのこだわりが煉丹術、つまり服用すれば不老不死の仙人になれるという霊薬（仙薬）の研究に繋がっていくのである。そして硫化水銀の赤い丹沙はその後、長い間煉丹術における丹薬の重要な成分であり続ける。

また、『史記 封禅書』には、李少訓が長生きを願う漢の武帝に「祠竈（しそう）法」という、硫化水銀を用いた不老不死の法を献じたと記されている。

更に唐の皇帝が何人も、丹薬の害によって命を落としたことが、『旧唐書』や『新唐書』に記されている。

このように古代中国の権力者達が、いかに神仙思想や煉丹術に象徴される不老不死、つまり現世に執着していたかが分かる。

一方、古代日本においても赤は生命力の象徴とされ、佐賀の吉野ヶ里遺跡の墳墓から発掘された、死者を埋葬する甕棺（かめかん）の内側は、死者の復活を願い赤く塗られている。この赤い染料も、硫化水銀を主成分とする水銀朱である。

また、岡山県倉敷市楯築遺跡の墳丘墓からも、32kg の水銀朱が発見されている。

しかしながら古代弥生人にみられるこのような思想が、その後の日本人に不老不死崇拝として受け継がれることはなかった。

## Ⅱ 月への思い

古代中国人と日本人が、月に対して抱いた思いは共通している。

月は洋の東西を問わず、古代人にとって恐るべき天変地異であった月食を除き、決して消えることなく夜の闇を照らし続けていた。現代のように照明のない時代、夜はまさに漆黒の闇であり、古代人にとって闇への恐怖から救ってくれる光源としての月の存在は、それだけでも畏敬に値するものであったに違いない。

更に月は約 30 日周期で、新月から上弦の月、満月を経て、下弦の月、そして再び新月へと満ち欠けを繰り返す、その無限の営みは生命の不滅性と再生を思わせる。

そのため月は不老不死の象徴とされた。しかしながら不老不死を含め、その死生観は中国と日本では必ずしも同じではない。

ここでは中国と日本における月にまつわる話から、両国人の不老不死、そして死生観について考えてみたい。

古代中国人の不老不死に対する思いが伝わってくる、月にまつわる話は『嫦娥（じょうが）奔月』であり、中国の中秋節の故事として知られている。

『淮南子覽冥訓（えなんじらんめいくん）』には「嫦娥が不老不死の薬を盗み月に逃げた」という記述があり、同じく『淮南子精神訓』には「太陽には鳥が住み、月には蟾蜍（せんじょ＝ヒキガエル）が住んでいる」と記されている。

この話は様々な説が伝承されているが、中秋節にちなんだものの概略を以下に記す。

大昔、十の太陽が一度に空に現れ、大地は荒れ果て、海は干上がり人々は暮らしをたてることすらできなくなった。

この頃、后羿（こうげい）という若者がおり、その力は万金の宝の弓を引くことができ、どのように恐ろしい獣でも射ることができた。

彼は人々の苦しむ様子を見て、宝の弓と神の矢をもって九つの太陽を射落とした。最後の太陽は許しを乞い、后羿は太陽に人々のために決まった時間に昇り、沈んでいくことを約束させた。

后羿の名前は天下に轟き、人々は彼を敬い、その後彼は嫦娥という美しい娘を嫁にとった。

ある日、狩りの途中で后羿は年老いた道士に出会い、一包みの不老不死の薬をもらった。この薬を飲めば不老長寿を得ることができ、天に昇り仙人になることができる。

しかし后羿は妻や周りの人々と離れて、一人天に赴こうとは思わなかった。家に帰ると、不老不死の薬を嫦娥に渡しつづらの中にしまわせた。

この頃、后羿のもとには彼を慕って多くの人達が集まっていた。その中に蓬蒙（ほうもう）という者がおり、不老不死の薬を奪い、仙人になろうと考えた。

その年の8月15日、后羿は弟子達を連れて狩りに出かけていた。夕暮れ前に蓬蒙はひそかに戻り、不老不死の薬を渡すように嫦娥に迫った。嫦娥はやむにやまれず薬を全部飲んでしまい、そのため天に昇ってしまった。

后羿が家に戻ったとき既に嫦娥の姿はなく、侍女の話で后羿は事の次第を知った。

嫦娥のことを思い、彼は庭に嫦娥の好きだった果物などを置き彼女を祀った。それが毎年続き世間にも伝わり、8月15日が中秋であったことから中秋節としてお祀りするようになった。

嫦娥が薬を飲む件には諸説がある。

一つは、嫦娥が身勝手な女で、天に昇りたくて夫の目を盗んで薬を飲んでしまったという説。これによって嫦娥は罰せられ、月の宮殿で一人寂しく暮らし、蟾蜍にされてしまったという。

もう一つは、夫の留守に悪者が不老不死の薬を盗もうとしたので、仕方なく自分が飲んでしまったという説。

更にもう一つは、后羿は太陽を射落とした功績で高い地位を得るが、そのことですっかり舞い上がり暴虐な王になってしまう。こんな男が不老不死になったら万民が苦しむというので、嫦娥が自分で薬を飲んだという説である。

いずれの説にしても、嫦娥なり、蓬蒙なり、悪者なりの行動を通して、不老不死に対する信仰ともいうべき執着の強さが感じられる。

また重要なことは、いずれの説においても、嫦娥は実際に不老不死の薬を飲んでいるということである。

更に、嫦娥が蟾蜍に変えられたことは、不老不死の薬を得ることは罪であり、そこには権力者のみが不老不死の薬を得る資格があるという思いが垣間見られる。

次に日本人の不老不死や死生観について、同じく月にまつわる『竹取物語』から述べてみたい。

竹取物語については誰もが知っている話なので、あらすじを述べることはせず、不老不死に関する部分のみ記述する。

かぐや姫は不老不死の象徴である月に帰るとき、心通わせた御門に、別れの歌一首と一緒に不老不死の薬を送る。

しかし御門はその薬を飲もうとはせず、家来に命じて、現在の富士山の頂上に埋めさせる。

上記のように、竹取物語においては、不老不死の薬を誰一人飲むことはなかった、というより、飲もうという気さえ起こさなかった。

中国において、歴代の皇帝が莫大な金銀と時間を費やして追い求めた不老不死の薬も、日本においては同じ権力者である御門にとって、かぐや姫への愛に比べれば取るに足りないものだった。

更に、権力やかぐや姫と無関係で、富士山へ向かう間に持ち逃げしたり、飲んでしまう機会がいくらでもあったはずの家来にとってさえ、それは主命に背くほどには魅力のないものだった。

まして『嫦娥奔月』にみられるように、盗んだり、独占したり、他人を脅したりしてまで手に入れるほどのものではなかった。

不老不死の薬を飲んだ罰として蟾蜍にされた嫦娥だが、いつしか月には蟾蜍ではなく、兎が住むようになった。これは「蜍」と「兎」の読み方が似ているために、誤って伝わったものとされている。

この兎だが、中国では不老不死の薬を作っているが、日本では餅をついている。この兎の話からも、中国と日本の「月」や「不老不死」に対する感受性の違いが分かる。

日本人は月に不老不死の象徴性を感じながら、それでも不老不死という現実的な要素より、竹取物語に象徴されるように、月の光を「愛」や「美」といった情緒的なものとして感じる精神性を当然のことのようには持ち合わせていたのだと思う。

日本人なら知らぬ者のないこの物語は、成立年も、作者も不明である。しかしながら無名の一市民が書いたからこそ、そこには日本人のごく自然なありのままの情緒が映し出され、であればこそ現代に至るまで愛され続けているのではないだろうか。

### Ⅲ おわりに

当然ながら、明治維新による文明開化が起きるまでの長い間、日本の医療は、あんま、鍼、灸、漢方を中心とした東洋医学が、人々の健康と生命を支えてきた。また、政治や文化、風俗など様々な場面において、五行説は人々の生活の中に溶け込んでいた。

しかしながら日本の医術は、例えば西洋の医師や錬金術師達が、金の永続的な輝きと生命の不滅性を結びつけて、不老不死の妙薬として金剤を用いるようなことはなかった。

また、同じ東洋医学であっても、中国のように神仙思想の影響を受けたり、不老不死を求める方向へ向かうことはなかった。

元々、東洋医学は、人体の自然治癒力という内的作用を高めることを根本としており、西洋医学のように外的作用によって病気と闘い、克服するという思想とは異なっている。

そのため、自らの生命力が力尽きたときには、潔く死を受け入れる一少なくと



も日本においては、そのような思いが自然と培われていったように思う。

歴代の天皇や征夷大將軍といった権力者が、不老不死の薬に執着したという例はなく、それは権力者に留まらず、庶民においても同様である。現世における不老不死よりも、むしろ、来世における幸せを願う風が強い。

これは仏教伝来以来の仏像信仰や、極楽浄土を願う浄土宗・浄土真宗などの流行、そして武士道にみられる「不名誉な生」よりも「名誉ある死」を望む精神などにもみてとれる。

このような精神風土を背景に、日本の医術はいたずらに「生」を求めるものではなく、「安らかな死」を迎えるための補助的役割を果たすようになる。そして生を意味あるものとして完結させるという、日本人が最も自然に受け入れることができる「医」と「生」の関係が形作られていくのである。

そうでなければ、明治維新後の文明開化による西洋崇拝の大きな流れの中で、西洋医学の台頭と共に、東洋医学は消滅してしまっただけに違いない。

それが今日に至るまで、脈々と日本人の生活の中に根ざし、生きてきたのは、今まで述べてきたような日本人特有の精神の有りようのゆえなのではないだろうか。

延命治療の是非やターミナルケアの重要性が問われるようになって久しいが、その素地は元々の日本人の心に備わっていたのだと思う。

日本人なら誰もが知っている聖徳太子の言葉に、「世間虚仮(こけ)、唯仏是真」というのがある。これは「この世は仮の世、真の国は仏の国」という意味である。

ここで仏について述べるつもりはないが、この言葉は宗教の有無に関わりなく、日本人の誰もが持ち合わせている心の有りようの一端を表しているように思える。

そして、その心こそが、日本人独特の死生観と医の在り方を育んだのではないだろうか。

## 《引用・参考文献》

- 1) 小竹文夫 現代語訳 史記、筑摩書房、1995
- 2) 平岡禎吉 淮南子に現れた気の研究 理想社、1961
- 3) 松井秀明 エピソードで学ぶ日本の歴史 地歴社、2009
- 4) 三橋健 かぐや姫の罪 中経出版 2013



# 骨盤から診た病態把握と理療治療

指導員 中谷 薫

## I はじめに

世界一の長寿国である我が国においては、治療対象が高齢者となることは常である。3年目に突入したコロナ禍においては、ストレスに起因する愁訴の割合の増加など以前とは様々な変化が現れている。患者の愁訴は、より多様化複雑化が進み理療治療へのニーズも高まっている。また、感染への不安を持ちながらも治療への希望が強く、感染防止対策を十分講じた上での治療の継続が求められている。

高齢者にはコロナフレイルに陥らないような対応が求められ、いかに身体機能と認知機能を保つかがカギとなる。外出自粛・3密回避は、運動量や身体機能の低下を招き、特に下肢筋の筋力低下の影響は骨盤を超えて全身症状へと波及していく。

骨盤は上半身と下半身を繋ぐ役割を担う重要な部位であり、骨格系の中で最も性差が大きいことが特徴である。女性では横幅が広く柔軟性が高いため、歪みも起こりやすく、様々な愁訴を招きやすい。骨盤に付着する筋は、股関節のみならず、椎間関節（脊柱）や膝関節、更に肩関節の運動にも関与し姿勢保持や身体の動きに常に深く作用している。

ここでは、骨盤にスポットを当て、病態把握や治療・修正方法等について取り上げる。また、令和3年度に治療を担当した症例について、骨盤に視点を置いた考察を行う。

## II 骨盤の歪み

### 1 骨盤の歪みによって現れる症状

#### 1. 運動器症状

肩こり、腰痛、股関節・膝関節の痛み、O脚又はX脚、脚長差など。

#### 2. 内臓・自律神経症状

骨盤臓器の機能異常、便秘、下痢、生理痛・生理不順、代謝が悪くなり太りやすくなる、冷え症、頭痛、めまい、浮腫、易疲労、全身倦怠感など。

#### 3. 精神症状

抑うつ、イライラ、集中力低下など。

## 2 骨盤が歪む主な原因

1. 加齢や運動不足などによる筋力低下や柔軟性低下
2. 妊娠・出産後の影響
3. 基礎疾患や痛み

腰椎椎間板ヘルニアなどによる代償性側弯、股関節脱臼や中殿筋筋力低下によるトレンデレンブルグ徴候陽性など。

4. 姿勢や重心の乱れ（日常の癖や仕事などによる影響）

不良な座位（脚を組む、あぐら、横座りなど）、猫背、立位時に体重を片足に乗せる、カバンやバッグなど重い物を片側だけで持つ、作業時の端末の配置（目線より上にある）、就寝時の不良姿勢、身体に合わない寝具、ハイヒールの常用など。

## 3 骨盤の歪みの種類と症状

### 1. 骨盤前傾型

アライメント：腰椎前弯増強、腰仙角増大、股関節屈曲、膝関節軽度伸展、足関節軽度底屈

短縮しやすい筋：腰部脊柱起立筋、腸腰筋、大腿筋膜張筋、大腿直筋

延長しやすい筋：上部脊柱起立筋、腹直筋、外腹斜筋、内腹斜筋、腹横筋、大殿筋、ハムストリングス（軽度）

症状：前縦靱帯の負荷が大きくなる。後部椎間板の圧迫・椎間孔の狭小化、神経根の圧迫、椎間関節障害、仰臥位での股関節外旋減少

主な原因：不良姿勢の保持、肥満、妊娠、腹筋の筋力低下、ハイヒールの常用。また、一見姿勢が良いように見えるのも特徴

### 2. 骨盤後傾型

アライメント：腰椎平坦、股関節過伸展、膝関節過伸展、足関節中間位

短縮しやすい筋：ハムストリングス

延長しやすい筋：股関節屈筋群（単関節筋）

症状：後縦靱帯機能低下、腰部の衝撃吸収作用低下、腰椎後部椎間板腔が増大し腰椎屈曲時に髄核が後方に突出することがある。膝関節への負担増大。仰臥位での股関節外旋増大、頸肩部のこり

主な原因：脛折れ坐位・立位で前屈みの姿勢が持続し、結果的に上半身が後方に移動し、背中を曲げて頭を前に突き出してバランスをとる

### 3. 骨盤開き型

主な原因：出産時、ホルモンの影響によって開いた骨盤が元の位置に戻らず、産前よりも開いた状態になる。脚を組む、あぐら、横座り。

症状：猫背、O脚、仰臥位での股関節外旋増大、下半身太り

### 4. 骨盤左右の傾き型

アライメント：腸骨稜の左右差、脚長差、仰臥位での股関節外旋左右差

主な原因：腹筋・腰部・殿部の筋の左右差、足を組む、あぐら、横座り  
症状：猫背、O脚、仰臥位での股関節外旋増大、下半身太り

#### 4 骨盤の歪みの評価方法

##### 1. 前傾型・後傾型の評価

- (1) 上前腸骨棘と同側の恥骨結節が垂直面上にあれば正常である。
- (2) 上前腸骨棘と上後腸骨棘とを結ぶ線と水平面との角（骨盤傾斜角）が約 10 度前傾していれば正常である。
- (3) 仰臥位で腰部と床との間に大きな隙間がある場合は骨盤前傾が大きい。
- (4) 伏臥位で股関節前面と床との間に隙間ができるまたは殿部が持ち上がっている場合は骨盤前傾が大きい。

##### 2. 骨盤開き型の評価

###### (1) 爪先が開いた角度の確認

仰臥位で脚を伸ばし肩幅程度に開き、力を抜いて脚を左右にブラブラ揺らした後、動きを止めて左右の爪先が開いた角度を確認する。80～90 度の左右対称 V 字に開いていれば正常、傾きが非対称、爪先が開き過ぎ・閉じ過ぎの場合は骨盤の歪みが示唆される。

###### (2) 膝を左右に倒して確認

仰臥位で膝を立て、両膝を同時に左・右に倒し、均等に動くか確認する。脚が倒しにくい、痛みがある場合は、骨盤の歪みが示唆される。

##### 3. 骨盤左右の傾き型の評価

- (1) 左右の腸骨稜頂点が同じ高さにあれば正常である。
- (2) 足踏みをして確認

閉眼にて 30 回程度足踏みを行い、終了時、最初に立っていた場所から移動した位置を確認する。右または左へ移動していた場合、その側の骨盤が下がっていることが示唆される。また、前後へ移動していた場合は、その側への重心の移動が示唆される。

#### 5 骨盤の歪みの治療原則

1. 骨格に歪みを来すような基礎疾患の診断・治療を優先する。
2. 硬い・短縮している筋に対しては、ストレッチングや理療施術を行う。
3. 弱化・延長している筋に対しては、筋力増強を行う。
4. 不良姿勢や癖などが原因となっている場合は、その習慣を改善する。

#### 6 骨盤の歪みの予防のポイント

1. 日頃からの適度な運動やストレッチング
2. 長時間の同一姿勢の回避
3. 正しい坐位・立位

4. 産後の骨盤ケア
5. 望ましい寝方・望ましい寝具の使用

## 7 骨盤の修正

### 1. 骨盤前傾の修正のポイント

- (1) 腰部伸筋群と股関節屈筋群のストレッチング
- (2) 腹筋群と大殿筋の強化運動
- (3) 骨盤後傾運動

仰臥位で腰部の下に両手を入れ、その手を腰部で押し付けるように骨盤を後傾させる。腹横筋、腹直筋、大殿筋が鍛えられる。10 秒保持し、5～10 回行う。

### (4) 前傾の立ち方治しエクササイズ

壁から踵を 5～7 cm 離れた位置でもたれかかって立つ。膝を伸ばしたまま骨盤を後傾し腰部と壁の隙間が少なくなるように腹筋と大殿筋に力を入れる。更に胸を張って両肩と後頭部を壁に近づける。1 日の中で数回行い、慣れてきたら壁がない所でも行い、習慣化していく。

### 2. 骨盤後傾の修正

- (1) ハムストリングスのストレッチング
- (2) 腸腰筋と大腿直筋の強化運動
- (3) 後傾の立ち方治しエクササイズ

壁から踵を 5～7 cm 離れた位置でもたれかかって立つ。膝を伸ばしたまま股関節を壁に押し付けるように骨盤を前傾しながら殿部を壁に押し付ける。胸を張って両肩を壁に近づける。軽くうなずくようにしながら後頭部を壁に付ける。1 日の中で取り入れ、壁を使わずにできるようになるまで練習する。

## Ⅲ 症例報告

### 1 概要

ここでは令和 3 年度に治療を担当した 34 症例（43～89 歳、延べ 235 回）について報告する。

無職群・専業主婦群の多くは、通常時は、ジムやプールでの運動、仲間とのゴルフ・ボーリング・カラオケ・定期的な旅行など外出・活動の頻度が高かったが、コロナ後は自宅時間が主となり、読書・手芸・楽器練習・ブログ・動画視聴・ネット閲覧などへと変化していた。就職群では、リモートワークが求められたケースが多く、運動量は更に減少していた。

精神的ストレスの原因については、他の家族の在宅時間が増えたことで、自由な時間が減少したこと、人との交流が減少したこと、直接会えなくなったことなどケース毎に様々で環境変化を基に絶対量の増加は明らかであった。

## 2 自覚症状

頸肩部のこりは全員の自覚症状で、うち 81.2%（平均 66.9 歳）は主訴であった。

2 番目に一致率が高かった愁訴は「運動量が減って体重が増えた」、「食えることが多くなって体重が増えた」、「酒量が増えた」であった（76.2%、平均 65.3 歳）。また、その中でウォーキングなど運動習慣があったのは、30.8%であった。

3 番目に一致率が高かった愁訴は「脚が弱っている気がする」、「脚に力が入りにくい」、「歩く速度が遅くなった」、「脚がふらつく」など下肢筋力の低下を示唆する症状が多かった（50.0%、平均 75.6 歳）。

4 番目に一致率が高かった愁訴は膝の痛みで、20.6%、平均 76.6 歳であった。

「外出するのが怖い」、「毎日コロナのことばかりで憂鬱だ」などコロナうつを示唆する訴えは 17.6%にあり、その全員が専業主婦という特徴が認められた。

## 3 他覚所見

腰椎前弯増大・骨盤前傾は 17.6%に認められ、下肢筋力低下に関連した症状を訴えるものはなかった。

腰椎前弯減少・骨盤後傾は 58.8%に認められ、その全員に何らかの下肢筋力低下に関する症状を有していた。また、頑固な頸肩部のこりを有するケースが多かった。

筋緊張については特に腰椎平坦・骨盤後傾群では、頭半棘筋、板状筋、僧帽筋、肩甲挙筋、脊柱起立筋、ハムストリングスに認められた。圧痛・硬結についても同様の傾向で、天柱・完骨・肩井・肩外兪に著明であった。

## 4 治療目標・治療法

### 1. 腰椎前弯増大・骨盤前傾タイプ

基本的に腹筋群の強化、背腰部及び股関節屈筋群の緊張緩和を目標とした。

腹筋強化については、普通の腹筋ができないケースも少なくなかったため、アブアイソメトリクスを指導した。これは、仰臥位にて膝と股関節を 90 度屈曲し、両手を頭の後ろで組み、頭と肩甲骨をベッドから少し浮かせて 5 秒程度保持するもので、5 回 3 セット程度で行うよう説明した。

背腰部の筋緊張に対しては、脊柱起立筋や腰方形筋に対する刺鍼や低周波鍼通電を行った。

股関節屈筋群の筋緊張に対しては、あん摩とストレッチングを行った。

### 2. 腰椎前弯減少・骨盤後傾タイプ

基本的に股関節屈筋群の強化及びハムストリングスの緊張緩和を目標とした。

腸腰筋の強化のため、椅子座位で片側の膝に両手を乗せ、その膝を上げ、股関節屈曲運動に拮抗するように両手で膝を下に押す（力比べを行う要領）。左右 10～20 回を 1 セットとして行うよう説明した。

大腿直筋の強化のため、仰臥位で両膝を立て、一側ずつ膝関節を伸展していく。左右 20～30 回を 1 セットとして行うよう説明した。

ハムストリングスの筋緊張に対しては、あん摩とストレッチングを行った。

## 5 評価

多くが主訴としていた頸肩部のこりについては、症状消失までには至っていないが、頑固なものについては改善傾向にある。

骨盤の修正・姿勢改善を目的としたエクササイズについては、患者自身課題と感じている方も多く、自宅等で取り組んでいただけた。現時点では、骨盤後傾改善のエクササイズによって、脚の不安定感や膝の痛みなどの改善が認められている。今後も治療と経過観察を継続していく必要がある。

## 6 考察

治療を希望した当初の理由は、ほぼ頸肩部のこりであったが、局所のための治療では根本的な改善とはならないことが明らかとなった。コロナ禍による活動量の減少が加齢に伴う筋力低下に拍車をかけ、骨格の歪みを招き、慢性的な症状を引き起こしていた。運動器系の同じ症状を長く訴えている症例では、特に骨盤を始め骨格の歪みを軸にした病態把握が不可欠であることが再確認できた。

また、慢性症状の改善には、低下した筋力を回復させるためのエクササイズの処方も不可欠である。更に一人暮らしや専業主婦では、うつ状態に陥りやすい傾向もあるため、感染防止に十分配慮しながら治療者にはカウンセリング的なコミュニケーション力が必須である。

## IV おわりに

理療に求められるのは、愁訴のみの治療に留まらず、より広い視点・全人的な病態把握と治療である。姿勢や生活習慣を始め、食事や筋力、社会とのつながり、ストレス状態などを把握し、明らかとなった課題に対応していくことによって、QOL の向上・健康寿命の延伸に寄与できるのである。

### 《引用・参考図書》

- 1) 竹井 仁. 正しく理想的な姿勢を取り戻す姿勢の教科書. ナツメ社. 2018
- 2) 林 典雄. 運動療法のための機能解剖学的触診技術下肢・体幹. メジカルビュー社. 2012
- 3) John Gibbons. 骨盤と仙腸関節の機能解剖 - 骨盤帯を整えるリアラインアプローチ. 医道の日本社. 2019
- 4) 土屋真人. スポーツ・健康作りの指導に役立つ姿勢と動きの「なぜ」がわかる本. 秀和システム. 2012



# 胸郭出口症候群に末梢動脈疾患の合併を疑う 一症例

指導員 羽立 祐人

## I はじめに

上肢の運動や感覚を支配する腕神経叢（C5～C8 神経および Th1 神経から構成される）と鎖骨下動脈は、前斜角筋と中斜角筋の間、肋鎖間隙、小胸筋の肩甲骨烏口突起停止部の後方を走行するが、それぞれの部位で圧迫・牽引されることで上肢痛、上肢のしびれなどをはじめ、頭痛、めまい、不眠など多彩な症状を呈する。これを総称して胸郭出口症候群（以下、TOS）という。

TOS は、鍼灸の臨床や理療教育の場においてアレンテスト、ライトテストなどの脈管テストを含めた病態が比較的理解されている疾患である。

しかし、以前まで積極的に行われてきたこれらの脈管テストは健常者や手根管症候群などでも偽陽性率が高く、有用性は低いと考えられている。

医療現場においては、訴える症状が多彩で、確立した診断基準がないことから、自信を持って診断を下すのは難しい。症状が頸から肩、上肢にかけてのしびれや痛みに加え、時に冷感や浮腫、嘔気、頭痛などの自律神経症状を呈し、画像所見においても決め手となる所見が得られにくく病態を把握しにくい。専門医の中には、TOS の積極的な診察を敬遠する者も少なくない。

一方、末梢動脈疾患（以下 PAD）は、四肢の末梢動脈が狭窄または閉塞することで痛みや冷感、しびれを起こす疾患である。有病率は、年齢と共に増加し、その約 75%が無症候性である。PAD は生活習慣病と極めて関連が深く、主要な危険因子として年齢（40 歳以上）、喫煙、糖尿病が最も重要視されている。PAD は下肢の問題にとどまらず、その存在は全身の動脈硬化の進展が示唆され、冠動脈疾患、脳血管疾患がそれぞれ約 50%、30%に合併する。PAD 患者の予後はきわめて悪く、重症下肢虚血の患者を除いても 5 年死亡率が 15～30%にも達する。

また、腰部脊柱管狭窄症の 6.7%に末梢動脈疾患が合併しているとの報告もあり、TOS との合併に関する報告はないが、決して稀ではないことが示唆される。

TOS や PAD に対する鍼灸治療の効果に関しては、いくつかの臨床研究により一定の効果があると実証されている。しかし、症状の進行度や一部の症状には、鍼灸治療に対して抵抗性を示すものも多く、治療の適否や有効かの見極めが鍵となる。

本稿では、TOS の臨床症状から診察までを改めて確認し、当センター臨床での一症例から、隠れた病態と理療治療の効果について考察した。

## II TOS 各論症例

### 1 病態・原因

胸郭出口には、生理的な狭窄部位が3カ所（斜角筋隙、肋鎖間隙、小胸筋下間隙）存在し、ここを腕神経叢や鎖骨下動静脈が走行している。ここに解剖学的構造の変化などで圧迫、牽引などの種々の機械的刺激が加わることにより腕神経叢の過敏状態を引き起こしたり、鎖骨下動脈の虚血を引き起こす。

斜角筋隙は、前斜角筋、中斜角筋、第1肋骨により形成される。その間隙を腕神経叢と鎖骨下動脈が走行する。鎖骨下静脈は前斜角筋の前を走行するため、斜角筋隙は走行しない。

肋鎖間隙は鎖骨および鎖骨下筋、第1肋骨および前・中斜角筋停止部により形成される。小胸筋下間隙は烏口突起下3cmのところに位置し、小胸筋停止腱、前鋸筋および上位肋骨、肩甲下筋により形成される。

腕神経叢は交感神経線維を含むため、TOSで認められる冷感や浮腫は、鎖骨下動脈の圧迫だけでなく、交感神経の障害による末梢血管の循環障害も原因の一つとして考えられる。

TOSの要因は解剖学的要因と生活環境による要因とがある。

解剖学的要因としては、頸肋の存在や斜角筋の異常（斜角筋の腕神経叢への介在、前・中斜角筋との癒合）、第1肋骨の異常（第2肋骨との癒合、頭側への偏位）などがある。

生活環境による要因では、デスクワークで不良姿勢が長く続くと、前・中斜角筋が緊張し、第1肋骨が引き上げられることで、斜角筋隙が狭くなる。

なで肩の場合、肩甲骨が下降し、鎖骨は外側に向かって下制した状態となるため、肋鎖間隙は狭小化し、神経が圧迫されやすくなる。

### 2 分類

TOSは、血管性TOS、神経性TOS、議論のあるTOSに分類される。

はっきりとした所見が得られる血管性TOSと神経性TOSはまれな疾患であり、大半は議論のあるTOSである。

議論のあるTOSは、上肢、頸肩背部の痛み、肩こり、上肢のしびれ、冷感、浮腫など多彩な局所症状のほか、頭痛、嘔気、全身倦怠感などの不定愁訴や抑うつなどの精神症状などを伴うことが多い。議論のあるTOSは他覚的所見に乏しく、血管性なのか、神経性なのか、混合なのかという点も含めて、その機序は未だ不明である。

また、TOSは腕神経叢の障害形態により、圧迫型と牽引型とに分けることもある。

### 3 症状

TOS は症状が多彩で時に不定愁訴を呈するが、共通した症状を訴えることも多い。

#### (1) 頭部、全身症状

微熱、全身倦怠感、嘔気、頭痛、めまい

#### (2) 頸部の症状

疼痛、可動域制限、表在静脈の怒張

#### (3) 上肢の症状

疼痛、しびれ、冷感、肩挙上困難、脱力感、ふるえ、こわばり、皮膚色調変化、発汗異常

#### (4) 体幹の症状

前胸部・肩甲間部の疼痛

### 4 診断・診察

前述したように大半の TOS は他覚的所見に乏しいため、問診や理学的検査を参考にし、鑑別診断を進めていく。

鑑別すべき疾患として、頸椎神経根症、頸椎脊髄症、肩関節疾患、絞扼性末梢神経障害（肘部管症候群、手根管症候群）、パンコースト症候群などが挙げられる。

(1) 頸椎の可動域制限：頸部の伸展は、斜角筋も伸展されるため、制限や疼痛を伴うことがある。

(2) 牽引テスト：上肢を下方に牽引し、頸部を健側に伸展、回旋させる。

(3) モーレイテスト：鎖骨上窩での腕神経叢圧迫性神経炎をみるテストである。このテストでは的確に神経叢の部位を圧迫することが重要となる。

検者は一方の手で橈骨動脈の拍動を触知しながら、他方の母指で鎖骨上窩をインチングしていき、橈骨動脈の拍動が消失する場所が鎖骨下動脈の部位である。その圧迫部位から外方にずらすと再び拍動が触知できる。そこが腕神経叢の部位である。神経の圧迫により過敏となっている場合は、健側と比較すると差がはっきりする。

(4) ルーズ3分間挙上テスト：肩関節を90度外転・外旋、肘関節90度屈曲、前腕回内の姿勢で手指をゆっくりグーパーさせて症状が誘発すれば陽性。肋鎖間隙での圧迫を疑う。

実際は1分間程度行い、症状が再現されるかどうかを診る。30秒程度で症状が誘発されれば重度である。

#### 【参考1】熊本大学整形外科による TOS の診断基準

##### (1) 腕神経叢圧迫型

ア．肩甲背部から上肢にかけての神経、血管圧迫状態が存在し、長時間持続する

か反復性である。

イ．アドソン、ライト、エデンの少なくとも1つはレーザードップラー上で陽性であり、症状の再現が認められる。

ウ．モーレイテストが陽性である。

エ．ルーズ3分間挙上テストが陽性である。

## (2) 腕神経叢牽引型

ア．肩甲背部から上肢にかけての神経、血管牽引状態が存在し、長時間持続するか反復性である。

イ．上肢下方牽引により症状が誘発され、肩甲帯の挙上保持により症状が改善する。

ウ．斜角筋三角上方部で圧痛や上肢から手指、背部への放散痛が認められる。

# Ⅲ 胸郭出口症候群に末梢動脈疾患の合併を疑う一症例

## 1 患者プロフィール

初診日 令和2年7月7日

50代 男性 介護職

身長 174cm 体重 85kg BMI28.1 (肥満度1)

嗜好 喫煙

## 2 現症

主訴 右上肢のしびれと痛み

症状は2年ほど前から自覚している。特に思い当たる原因はない。仕事で上肢をよく動かすと症状が出現・増悪する。整形外科は未受診、近所の整骨院は通っていたが、症状の改善がみられなかったため来所した。令和2年に実施した職場の定期健康診断では、高コレステロール血症の指摘を受けているが、循環器科へは未受診である。

上肢のしびれは上腕の外側から前腕の外側にかけて感じている。重い物を持つ作業等で症状が発現・増悪する。

主訴の他、頭痛、ふくらはぎの痛みがある。

他覚所見では、右の斜角筋が緊張、右モーレイテストが陽性、スパーリングテスト陰性である。

治療は令和2年7月から令和3年5月まで全18回行った。

## 3 既往歴

10代 片頭痛

20代 腰部椎間板ヘルニア

## 4 経過

初回の治療は、頸肩背部の置鍼にとどめて、軽微な刺激での筋内循環と鎮痛を図った。

2 回目の治療からは、肩甲骨に付着する筋を中心に低周波鍼通電療法を行った。

低周波鍼通電療法は、僧帽筋上部線維－菱形筋、僧帽筋下部線維－大円筋を結び 1 Hz で 20 分通電した。

その他の治療としては、頭痛に対して後頭下筋群への置鍼、右上肢のしびれが強い箇所を中心に円皮鍼を 4～5 枚貼付した。

ふくらはぎの痛みに対しては、筋内循環改善や筋緊張緩和を目的とした腓腹筋の揉捏法や軽擦法、ストレッチを行った。

運動療法では、姿勢の矯正を目的とした大胸筋のストレッチや斜角筋の筋緊張緩和を目的とした斜角筋に対する ASTER を行った。

4 回目の治療あたりから明らかな症状の改善がみられた。治療間隔は約 2 週間から 3 週間とり、その間の症状の著しい増悪はみられなかった。

ふくらはぎの痛みは、寛解・増悪を繰り返しており、PAD の疑いもあるため（後述）、循環器科の受診を勧めている。

### 【参考】斜角筋に対する ASTER

- (1) 背臥位とし、患側の斜角筋停止部を下肢の方向に向けて圧迫する。
- (2) 他方の手で後頭部を把持してゆっくり頭部を伸展・健側に回旋させる。
- (3) 30 秒×3 セット行う。肩甲間部の下に折りたたんだタオルを入れると頸部を伸展しやすい。

## 5 考察

本症例の患者は、モーレイテストが陽性であること、問診により上肢を使う軽作業等により、症状が発現・増悪すること、スパーリングテスト陰性であり頸椎症が除外できることなどから、TOS の疑いが強いと推察される。さらに熊本大学整形外科による TOS の診断基準に照らし合わせると腕神経叢圧迫型に近い所見がみられることから、筋や腱、靱帯などの軟部組織により、腕神経叢や鎖骨下動脈が圧迫されていることで症状が発現していると推察できる。圧迫部位に関しては、モーレイテストが陽性であることから斜角筋貫通部の疑いが強いが、特定するのは困難である。

また、その他の症状でみられるふくらはぎの痛みは運動時に増悪するため、PAD を疑い、診察時に足関節と上腕の血圧を測定し簡易的な ABI 検査を行った。結果、足関節の血圧が上肢の血圧よりも低い値となり、PAD を疑う所見がみられた。

PAD では、手足の血管の動脈硬化により、血管が狭窄または閉塞を起こして血

液の流れが悪くなり、手先や足先への栄養や酸素を十分に送り届けることができなくなる疾患である。間欠跛行は、PAD の代表的な症状のひとつであるように下肢の症状が注目される傾向にあるが、上肢にも痛みや冷感などの TOS と似たような症状が起こる。本症例の患者も上下肢をよく動かしたときに症状が増悪することなど、下肢においても PAD の特徴と一致する所見がみられた。

ABI 検査とは、足関節：上腕血圧比検査のことである。足関節と上腕の血圧を測定し、その比率（足関節収縮期血圧÷上腕収縮期血圧）を割り出す。これにより上下肢の動脈などの比較的大い動脈の狭窄や閉塞の有無を推測できる。健常者では、上腕より足関節の方がやや高い値になるが、動脈の閉塞が起きていると上腕より低い値となる。

ABI 検査は、主に下肢の動脈硬化をみる検査であるが、上肢の動脈にも狭窄・閉塞が起きている可能性は否定できない。

治療では、主に上肢帯の筋を中心に低周波鍼通電療法を行ったところ、数回の治療で症状の明らかな軽減がみられた。

これは低周波鍼通電療法の電気刺激により筋内循環が改善し、症状の緩和に繋がったと考えられ、TOS の病態に加えて末梢動脈疾患を合併していることの可能性を示唆する。

前述したように TOS は、養成学校等で理学的徒手検査法を含めた病態が概ね理解されている疾患である。

しかし、実際は、教科書のようにひとつの筋が緊張することで神経を圧迫しているという単純な問題ではなく、様々な要因が背景として存在する。病態を明らかにするには、主訴だけにとらわれることなく、姿勢や随伴症状などをよく確認し、さらに既往歴や職業、生活環境などから隠れた要因を探る必要がある。

原因が明らかになればアプローチも自ずと見えてくるだろう。

## 《引用・参考文献》

- 1) 矢野忠：鍼灸療法技術ガイド I、文光堂、2012
- 2) The Guarantors of Brain：末梢神経と筋のみかた、診断と治療社、2021
- 3) 内田輝和：胸郭出口症候群を自分で治す！、主婦の友社、2021
- 4) 医道の日本、2009 年 5 月、医道の日本社
- 5) 医道の日本、2012 年 4 月、医道の日本社
- 6) ペインクリニック、真興交易（株）医書出版部、2015 年 8 月
- 7) ペインクリニック、真興交易（株）医書出版部、2019 年 6 月
- 8) 安野富美子、閉塞性動脈硬化症に対する鍼通電療法の実際、日本東洋医学系物理療法学会誌 42 巻 2 号、2017

# 円回内筋に対する低周波鍼通電療法の検討

## ～筋の走行と触察法の視点から～

指導員 篠澤 正樹

### I はじめに

円回内筋は、8筋ある前腕屈筋群のひとつで、肘関節の屈曲や前腕の回内を行う。円回内筋症候群やテニス上級者に多いフォアハンドテニス肘（上腕骨内側上顆炎）と関連するため、養成学校では理療臨床論や理療臨床実習などで学習する。円回内筋に関係する経穴としては、孔最や少海（手の少陰心経）が知られている。

本稿では、筋の走行と簡便な触察法に焦点をあて、再現性のある低周波鍼通電療法について検討した。検討した内容は次のとおりである。

- 1 図、模型、体表面における筋の走行
- 2 理療治療を意識した仰臥位での触察法
- 3 筋腹と刺鍼部位

### II 円回内筋

#### 1 概要

上腕骨内側上顆（上腕頭・浅頭）と尺骨鉤状突起（尺骨頭・深頭）から起始して、橈骨円回内筋粗面に停止する。2つの起始と1つの停止は、ほぼ一直線に並ぶ。前腕の回内と肘関節の屈曲作用を持ち、正中神経に支配される。（写真1）

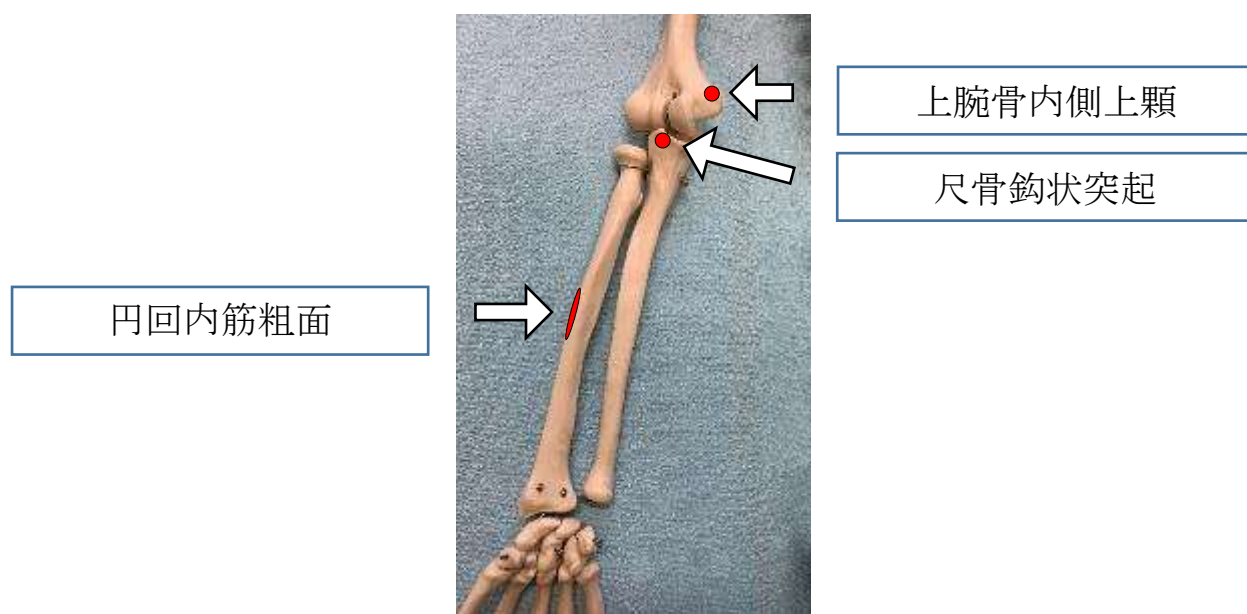


写真1 起始・停止

上腕骨内側上顆から起始した円回内筋は、外下方に斜走し、橈骨円回内筋粗面に停止して、前腕に回内をもたらす。円回内筋は斜走する際に内縁となり、外縁となる腕橈骨筋とともに肘窩を構成し、体表面で凹みとして観察できる。

回内の運動は、方形回内筋が主に働き、さらに強い運動を必要とする場合に円回内筋が加わる。他にも、橈側手根屈筋や長掌筋などが前腕の回内に関与し、隣接する橈側手根屈筋や浅指屈筋、上腕二頭筋と筋連結がある。肘関節の外反負荷には、動的な stabilizer として制動する。(写真2)

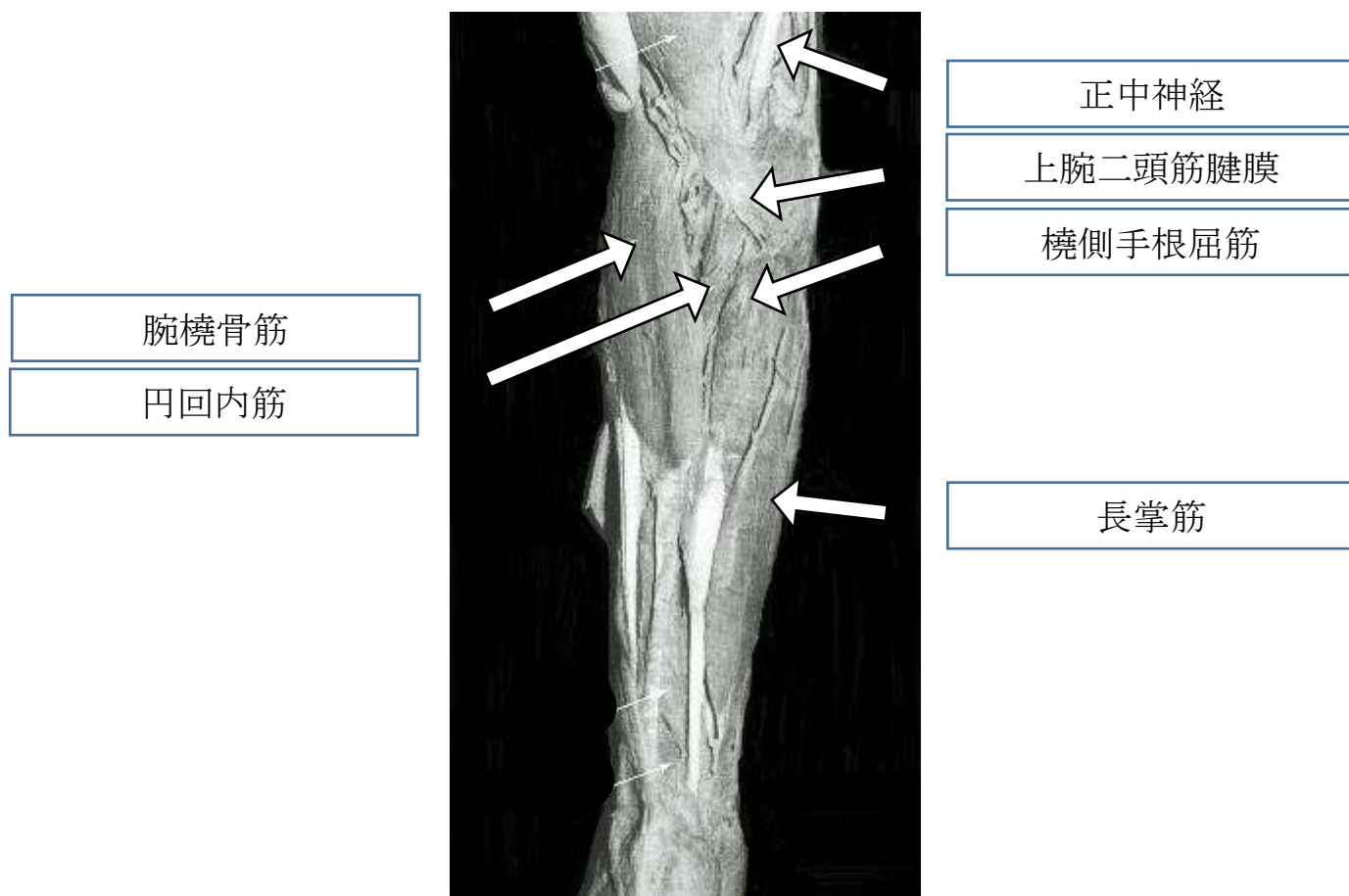


写真2 献体の右前腕

## 2 臨床との接点

円回内筋の両頭間や浅指屈筋起始部の腱性アーチ部などで、正中神経が絞扼される神経麻痺を円回内筋症候群と呼ぶ。

投球障害肘で最も多い内側型は、加速期における過度な外反負荷が原因で生じる。圧痛は、前腕屈筋群の中で円回内筋が最も強い。

## 3 触察

検証の結果、患者が座位の時に肘関節を屈曲させ、患者の回内に抵抗をかけて筋を触察する方法が、最も簡単に円回内筋の触知が可能であった。回内時、肩関節の内旋作用が除外できるためだと思われる。

本項では、理療治療を意識した仰臥位での触察法について検討する。



## 1. 筋の位置

上腕骨内側上顆から起始する筋のうち、前腕前面の上半分では、円回内筋や橈側手根屈筋、長掌筋、尺側手根屈筋の4筋が浅層に位置する。橈側から尺側に向かってこの順で並ぶ。前腕の半分から手関節の間では、浅指屈筋が触知可能となる。(写真3)

## 2. 筋腹

円回内筋の筋腹は、起始付近では上腕二頭筋腱膜に、停止付近では腕橈骨筋に覆われており、筋腹の中央 1/3 の領域のみが皮下に観察できる。肘窩を指で軽く圧迫して尺側に移動させたとき、最初に触知できる筋腹が円回内筋の筋腹である。

筋の収縮は、前腕の回内・回外中間位から、さらに回内させたときに強く感じられる。(写真4)

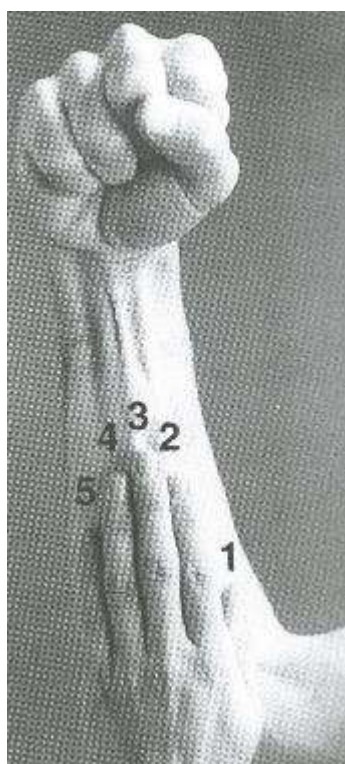


写真3 前腕の筋の走行

- 1 円回内筋
- 2 橈側手根屈筋
- 3 長掌筋
- 4 浅指屈筋
- 5 尺側手根屈筋

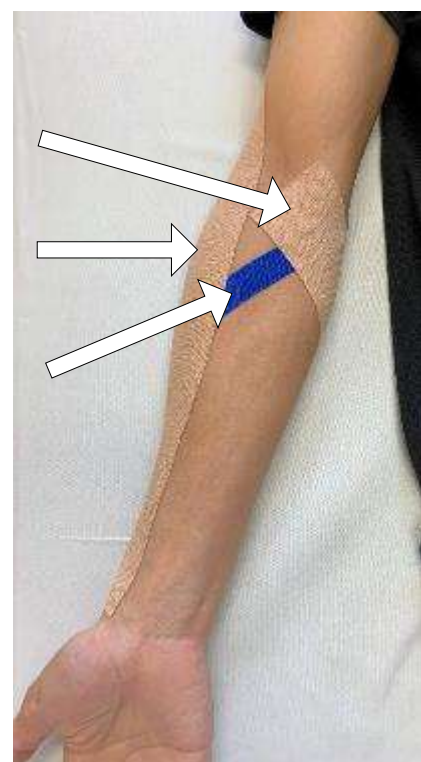
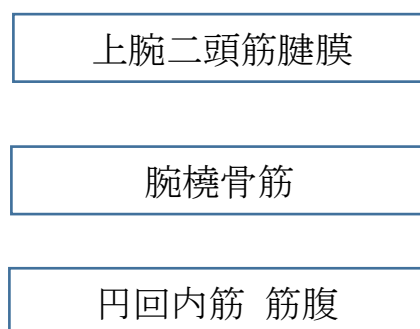


写真4 筋腹

## 3. 方法

※患側を右とする。

①検者は、患者をベッドに仰臥位で寝かせ、手掌を天井に向けさせる。

②検者は、円回内筋が上腕骨内側上顆から、橈骨円回内筋粗面に向かって斜走していることをイメージする。(図1、写真5・6)

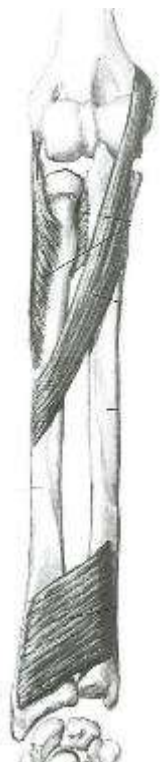


図1 筋の走行



写真5 筋の走行・骨



写真6 筋の走行・体表

③検者は、左四指頭を肘窩の内縁にそろえて置き、ベッドの方向に軽く圧をかける。

④検者は、軽く圧をかけたまま、左四指頭をゆっくり内・外側に振る。約 10～15mm 幅の円回内筋が確認できる。(写真7)



写真7 触察1



《触知がしづらい場合》

- ⑤検者は、患者の右手の母指を天井に向けさせ、前腕の回内・回外中間位を取らせる。
- ⑥検者は、患者に右手掌をベッドに向けるように指示して回内させる。その際、患者の右手関節を把持して、抵抗を加える。(図2、写真8・9、写真10・11)



図2 円回内筋(回内) 写真8 筋の走行・骨(回 写真9 筋の走行・体表(回内)



写真10 触察2 回内・回外中間位

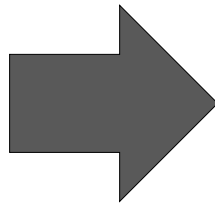


写真11 触察3 回内

⑦それでも触知が困難な場合、回内によって起こる筋収縮を明確にさせる。

検者は、患者の回内運動に対して「力を入れて、抜いて」の指示を繰り返し、筋の収縮に on-off を付ける。

### Ⅲ 低周波鍼通電

#### 1 鍼

セイリン ディスポーザブル鍼 Jタイプ  
寸3-3番

#### 2 刺鍼

##### 1. 患者の肢位

仰臥位。右前腕の下にバスタオルを挟め、右肘関節を軽度屈曲させると、通電時の回内動作が確認しやすくなる。(写真 12)

##### 2. 部位

肘窩の内縁で、前腕中央 1/3 の部。曲沢の下方 2 寸を目安として触察する。

##### 3. 方向

鍼先を上腕骨内側上顆に向けた内上方斜刺  
(写真 13)

##### 4. 深度

30mm

#### 3 通電時の確認方法

検者は、患者の右手関節を軽く把持して回内を確認する。その際、尺屈や橈屈、掌屈がないことに留意する。



写真 12 バスタオルを使用した肢位

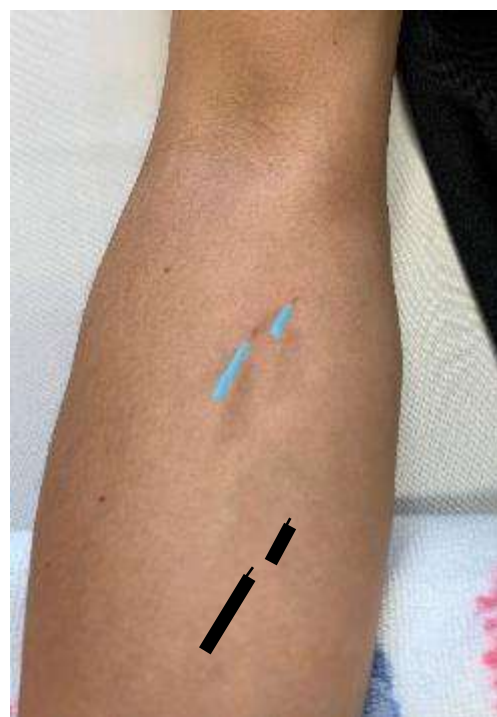


写真 13 内上方斜刺

## Ⅳ おわりに

令和3年度の地域研修講座は、「絞扼神経障害の診察と治療～胸郭出口症候群・手根管症候群・梨状筋症候群を中心に～」というテーマであった。参考書等で情報を収集している際、円回内筋症候群に目が留まった。私は円回内筋を目的に筋パルスを実践したことがなく、自身の技術力の向上を図ろうと思ったのが、今回の主題を設定したきっかけである。

本稿は、視覚障がいのある理療従事者を対象として執筆した。筋の走行のイメージと触察法に重点を置き、円回内筋に対する鍼通電療法の再現性を探究した。理療師は患者の体を触って、その状態を確認する。特に筋は、視覚に障がいがなくとも、皮膚に覆われているため体表からは目視できない。触察からの情報が、その状態を把握するためのバロメーターになると私は思っている。

今回の報告が、視覚障がいのある理療業従事者の資質の向上と、本道における理療教育の一助になればと思い、微力ながら本稿にこれを記す。

### 《引用・参考文献》

- 1) 伊藤 隆：解剖学講義 改訂2版 南山堂 2006
- 2) 河野邦雄：人体の構造と機能 解剖学 第2版 医歯薬出版株式会社 2012
- 3) 相磯貞和：ネッター解剖学図譜 第2版 丸善株式会社 2001
- 4) 奈良 勲：触診解剖アトラス頸部・体幹・上肢 医学書院 2002
- 5) 青木隆明：運動療法のための機能解剖学的触診技術 上肢 メジカルビュー社 2008
- 6) 鈴木重行：ID 触診術 三輪書店 2006
- 7) 矢野 忠：図解 鍼灸療法技術ガイドⅠ 文光堂 2012
- 8) 中尾浩之：(HP)Rehatora <https://rehatora.net>



# 灸頭鍼を治療の選択肢のひとつとするために

指導員 古川 直樹

## I はじめに

専攻科の学習では、鍼灸手技療法の基本技術とともに、現在行われている様々な治療法についても紹介している。その中でも鍼実技の授業で行っている灸頭鍼は、鍼治療と灸治療を複合し、治療効果の高い施術として紹介している。しかし、見えない、見えにくい場合には施術がしにくく、また火傷のリスクが大きいことから、実際の治療の中では行われる機会はほぼないのが実情である。

今年度から理療研修センターに所属し、治療を行っていくなかで、特に冷えにより症状が増悪する症例を経験した。その際、筆者が過去に似た症例で灸頭鍼を行い、患者から好意的な反応が得られたことを思い出した。そこで、灸頭鍼を実施したところ、同様の反応が得られた。

灸頭鍼は、これまで指導や自身が行う治療ではほとんど実践していなかったが、その良さをあらためて実感した。今後の生徒指導や治療法のひとつとして活用したいと考え、灸頭鍼について、自身の施術方法とともにまとめることとした。

## II 灸頭鍼について

灸頭鍼は、刺入した鍼の鍼柄に艾球を取り付け、燃焼させることにより治療効果を期待する特殊鍼法のひとつである。鍼による機械的刺激と、灸による温熱刺激を同時に生体に与えることができ、治療効果が高いとされている。温熱刺激は、輻射熱と鍼体を介した伝導熱によるものであるが、ほとんどは輻射熱であり、伝導熱は少ない。

灸頭鍼については広く知られてはいるが、施術に時間がかかることや、火傷のリスクが大きいこと、視覚障がいのある施術者には行いにくいことなどから、施術には熟練した技術が必要とされ、臨床応用は比較的少ないと言われている。

### 1 歴史

灸頭鍼は、1575年に李梴が編纂した『医学入門』にその起源がみられる。そこには、斜刺した長鍼の鍼柄に艾を細く付着させ、燃焼させる方法が記載されていた。

その後、昭和初期頃に笹川智興氏や田中昭三氏を中心に実践され、多くの患者の治療を行った。さらに赤羽幸兵衛氏、柳谷素霊氏、西沢道充氏らによって普及した。特に赤羽氏の著書『灸頭針法』は灸頭鍼の名が広く知られるきっかけとなった。

#### (1) 笹川式

斜刺した長鍼に少量の艾を付着させて燃焼させる方法。古来の鍼を踏まえ、伝導熱を主目的としていた。

#### (2) 田中式

直刺した毫鍼の鍼柄に丸い艾球を付着させて燃焼させる方法。輻射熱を主目的としていた。現代ではこちらの方法が主流となっている。

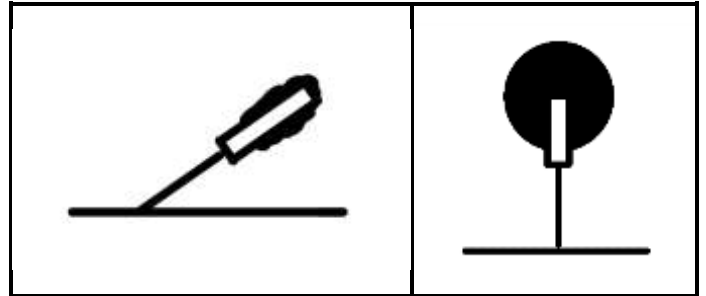


図1 笹川式

図2 田中式

## 2 使用する道具

### (1) 鍼

鍼柄まで全てステンレス製の毫鍼で、場所に応じて1寸～2寸を使用する。艾球の重さでたわまないようにするため、太さは3番(0.20mm)以上のものを使用する。

### (2) 艾

艾は灸頭鍼用艾(中級から上級)のものを使用する。粗雑な艾は燃焼中に割れて落下する恐れがある。その他、棒灸等を円柱状に切った艾や、炭化艾を使用する方法もある。着火は線香、マッチ、ライター等を使用する。

### (3) その他

様々な形の灸頭鍼専用キャップも販売されており、艾の落下を防ぐとともに、刺激量を調整することができる。また、キャップや灰の除去のための特殊なスプーンやピンセット、熱さを調整するための綿花や厚紙、布等を使用する。

## 3 効果と適応

### 1. 効果の概要

灸頭鍼以外にも、置鍼中の赤外線照射などの温熱を与える方法はあるが、灸頭鍼の方がより治療点に対して集中的に大きな熱量を与えることができる。刺鍼点での艾球の燃焼による持続的な熱が、皮膚表面だけではなく、伝導熱の作用も加わり深部(皮下組織)まで温めることができ、燃焼後も温かさが持続する。これらの刺激により筋の弛緩、血流増加、冷えの改善、深部硬結の緩解などを期待することができる。そのため、主に慢性疾患が対象となる。

田中博氏は、灸頭鍼後、刺激部位の皮膚温は施術前皮膚温に比べ約3℃上昇し、治療後30分経過しても約1度高い状態であると報告している。また、患者の言



葉から、自覚的にも熱感が持続していたと報告している。

患者によって病態や感受性の違いがあるため、艾の量や皮膚との距離を調整することにより、刺激量を変化させて治療を行う必要があると考えられる。

なお、通常の鍼灸治療を行っても頑固に痛む場合、切り札として、耐えられる限界あたりまで加熱する方法も行われている。

## 2. 東洋医学的な視点から

通常の刺鍼や施灸は刺激としては小さく、気血を動かすことは可能であるが、気血を補うことは困難といわれている。一方、灸頭鍼の場合、刺鍼による響きと温かく強い輻射熱により気血を動かす通絡作用と、持続的で温和な輻射熱により気血を補う温補作用の両方が期待できる施術と捉えることができる。

原則として温かさを補うので補法となるが、発汗するほど温めれば瀉法となる。また、灸によって温められた鍼により、寒湿の邪を除去する瀉法ともなる。

これらのことから、補法と瀉法を同時に行える平補平瀉法のひとつとして考えることができる。特に寒邪が要因となる寒証（四肢厥冷、寒がり、軟便、冷痛など）や、神経痛、あるいは痰湿の病証によるこりなどに対して有効と考えられる。冷えと陥下があり、その深部に押すと心地よい（喜按）硬結が存在する場合は灸頭鍼が非常に効果的と考えられる。主に慢性的な症状が治療対象となる。

## 3. 適応疾患

基本的には寒による停滞、気血の虚、慢性的な痛みに広く適応する。筋、神経に対する局所治療だけでなく、経絡治療においても有効である。

灸頭鍼により治療効果が期待できる疾患として、肩こり、五十肩、頭重、緊張型頭痛、外傷性頸部症候群、慢性腰痛、ヘルニア、梨状筋症候群、変形性膝関節症、神経痛、顔面神経麻痺、排尿障害、月経困難症、更年期障害、冷え性、喘息、慢性胃炎、リウマチ、過敏性腸症候群、不妊など多岐にわたり挙げられている。

## 4 施術方法

灸頭鍼法の基本的な手順は次の通りである。

- (1) 刺入：灸頭鍼用の鍼を治療穴に直刺で刺入する。
- (2) 艾の装着：鍼柄に艾球を慎重に装着し、燃焼時の危険がないか確認する。
- (3) 点火：確実に艾に着火するよう、火傷に気を付けて点火する。
- (4) 灰の除去：艾球が完全に消火したことを確認し、灰を除去する。
- (5) 抜鍼：灰の除去後、綿花等で鍼柄をつまみ、静かに抜鍼する。

### 1. 刺入

筋緊張や冷え、硬結などの反応点、筋の厚い部位などを取穴し、直刺となるよう刺鍼する。その際、皮膚と艾球との距離は約 2.5cm を基本とするが、患者が気

持ちのよい熱感を感じられる距離を踏まえ、適当な深さで留める。できるだけ筋内に鍼が到達できるような鍼の長さを選択する。

背腰部への施術の際には、側臥位で行うことで灰の落下による火傷のリスクを低減させる方法もある。

また、小さな綿花等を支えとして、斜刺の状態で行う方法もあるが、実施のためには経験を積む必要がある。

## 2. 艾の装着

通常の艾を使用する場合は、直径が約 1.8cm (0.5g) 程度を目安にやや固く丸める。形は基本的に球状で、皮膚側を底面とした円錐状にする場合もある。

装着の仕方は2通りあり、艾球を縦に半分に割り、鍼柄を両側から挟みこむように行う方法と、鍼を押さえながら鍼柄の上から差し込む方法がある。

通常の艾の代用として炭化艾を用いたものもあり、こちらは燃焼時の臭いや煙がほとんどないため行いやすいが、着火しにくかったり、灰が落ちやすいという点に留意する必要がある。

なお、鍼柄からの艾球の落下を予防するため、灸頭鍼用のキャップや切艾を使用する場合もある。キャップを使用する場合は、その分重くなるため鍼のたわみや揺れが起こりやすくなることと、熱刺激がやや弱くなるため艾球の大きさや回数を工夫する。

艾を装着したら、皮膚と艾球の距離や鍼のたわみの状態を確認する。たわんでいる場合は艾球を装着し直すか、場合によっては刺鍼し直した方がよい。

## 3. 点火

点火は線香やマッチ、ライターなどを使用する。点火部位は艾球の下からと上からの方法がある。下からでは着火直後、皮膚温が上がる前から熱く感じる。上からでは皮膚温も熱感もゆっくりと増加する。両者の到達する皮膚表面温度は同程度である。

脚など、鍼が床面に平行になっている場合は、床面側からつけると下半分が先に灰になって軽くなり、上部の重みで艾球が回転する可能性がある。それによって艾球が崩れる可能性があるので、側面から燃焼させる。

## 4. 灰の除去

灰は専用のスプーンや濡れた綿花で挟んで取り去る。その際、艾球の中心部や鍼柄は高温の場合があるため、直接触れないように気を付けて行う。

その後、刺鍼点周囲の状態を確認する。ほどよく温まったり、弾力が出ていると治療効果が期待できるが、まだ冷えが強い場合などは、最大5壮を目安に壮数を重ねる。新たに艾球を装着する際にも鍼柄に触れないよう注意する。濡れた綿花で一度鍼柄をつまみ、冷やす方法もある。

## 5. 抜鍼

灰の除去を行った後、ピンセットや濡れた綿花等で鍼柄をつまみ、静かに抜鍼する。冷めていれば直接手で行ってもよい。

なお、一般的な鍼治療に比べて出血する場合が多いので、出血予防として押手の圧をやや強くし、ゆっくりと鍼を抜き、直ちに刺鍼部を押手でしばらく圧迫する。

補法を意識する場合は、皮下までゆっくり引き上げ、皮下まで到達したら素早く抜く。さらに鍼孔をすばやく押手で閉じる方法を行う。

## 5 欠点・注意点

### 1. 燃焼中に煙が大量に出る

大きな艾球を複数燃焼させることが多く、換気を行っていても部屋の空気を汚してしまう。患者本人や他の患者・スタッフにとっては息苦しく、不快感につながる場合もある。また、呼吸器系が弱い場合、咳き込んだり、喘息の発作を誘発する可能性もある。しかし近年、煙のでない炭化艾が販売されている。こちらはわずかな衝撃でも欠けやすいこと、値段が高いことが欠点として挙げられる。

### 2. 施術者はベッドサイドで注意深く見守る必要がある

通常の施術でも基本的には患者のそばを離れず、見守る必要があるが、灸頭鍼の場合は艾球の落下や輻射熱の強さの管理を厳密に行い、火傷の予防に努める必要があるため、より注意深く見守る必要がある。

直径2 cmの艾球の表面温度は、500℃近くまで上昇すると言われており、患者の感受性や皮膚の状態、皮膚と艾球の距離によっては輻射熱でも皮膚温が高温となる場合がある。

施術中は目を離さず、患者の反応や手背での皮膚温の確認、発赤の状態に注意し、患者への声かけも徹底する。「熱いけど気持ちがいい」という感覚を得られるようにする。同時に艾球の落下にも気を付ける。着火前に鍼を少し揺らし、艾球が落ちにくいことを確認してもよい。

熱感が強くなり、痛みを感じるようであれば、厚紙や綿花、燃えにくいフェルト、アルミホイルなどの介在物を入れて熱を遮断する。

艾球の燃焼時間は艾の量や質によって異なるが、文献によると2分30秒程度とされている（炭化艾では計測すると約4分）。艾の場合は煙が消え、表面全体が黒くなる頃に熱感が最も強くなり、その後1、2分ぐらいは穏やかな熱感を感じる。熱感が落ち着いてきたら灰の除去を行う。

一方、炭化艾の場合は煙がほとんどないため、熱感やあらかじめ計っておいた時間を目安に除去の判断をする。

3. 皮膚から艾球までの距離をある程度保つ必要がある。

適切な熱刺激のため、皮膚と艾球の距離を 2.5cm 程度にする必要がある。使用する鍼の長さによっては、刺鍼が浅すぎたり深すぎたりすることもあり、狙いたい部位に鍼を留められない場合も想定される。

4. 鍼がたわまないように、使用する鍼や刺し方が制限される

艾球の重さにより鍼がたわむと、皮膚との距離が近くなりすぎたり、燃焼中に艾球や鍼の動きが起こったりして火傷の危険性が高くなる。そのため、基本的に直刺で刺鍼することになる。また、ある程度太い鍼を使用する必要がある。

## Ⅲ 症例

### 1 主訴

左殿部の痛み

### 2 患者概要

61 歳 女性

### 3 病歴

主訴は左腰殿部の痛み。増悪すると左大腿外側、膝、下腿前面まで痛みを感じるようになる。股関節外側、前面の痛みを感じることもある。

長く座っていたり、体が冷えることで増悪し、ホットパックや温湿布などで局所を温めると軽快する。そのため、自宅でもつらいときにはよく温めるようにしているが、冷えるとすぐつらくなってしまう。しびれは感じない。

#### 1. 他覚所見

##### (1) 筋緊張・圧痛

筋緊張は脊柱起立筋、多裂筋、大腿四頭筋、中殿筋、梨状筋、大腿筋膜張筋、腸脛靱帯、前脛骨筋など、その日によって緊張部が変化する。また、圧痛については大腸膵、殿点、環跳、秩辺などにみられた。

##### (2) その他

身長 160cm、体重 53kg。腰椎の平低化があり、以前腰痛の際に整形外科で MRI を撮影し、下部腰椎が潰れていると言われている。糖尿病の持病があるが、病状は安定している。手足の冷えは少しあるが、そこまでつらくない。

## 4 経過

### 1. 治療法

#### (1) 当初の治療法

来所した際の症状のある部位に応じて置鍼、低周波鍼通電療法（パルス）を行った。鍼は胃兪、腎兪、大腸兪、中殿筋、梨状筋硬結部等を中心に置鍼し、パルスは大腿筋膜張筋、中殿筋、梨状筋などの筋収縮がみられるような強さで1 Hz、15 分行った。

併せて強い頸肩こりも感じていたため、風池、肩外兪、肩甲間部の経穴などへの置鍼も行った。

鍼はセイリン製 JSP タイプのディスポーザブル鍼で、腰殿部は3 番、頸肩部は1 番を使用した。

#### (2) 灸頭鍼

##### ア 使用道具

鍼：セイリン製Mタイプディスポーザブル鍼（寸6—3）

艾：セイリン製ラック灸（写真1）

点火器具：TOKAI 製チャッカマン（ともしび：ソフト着火タイプ）

##### イ 施術の仕方

左右大腸兪、左（秩辺、中殿筋部）の4 か所を基本に、その日の硬結・圧痛部位に応じて位置を調整し、各部位1 壮ずつ行った（写真2）。

各部位への刺鍼後、ラック灸を装着した。ラック灸はキャップ付きで鍼への着脱がしやすいこと、煙が出ない炭化艾であること、準備、片付けが簡便であることが利点である。

できるだけ底面に火が届くよう着火した（写真3）。使用したチャッカマンは、昨今のライター類に比べ、着火時に必要な力が弱く、着火状態を維持しやすいため採用した。点火時には刺鍼点周囲に綿花を敷き、点火後はその位置を変えながら熱感の調節を行った（写真4）。

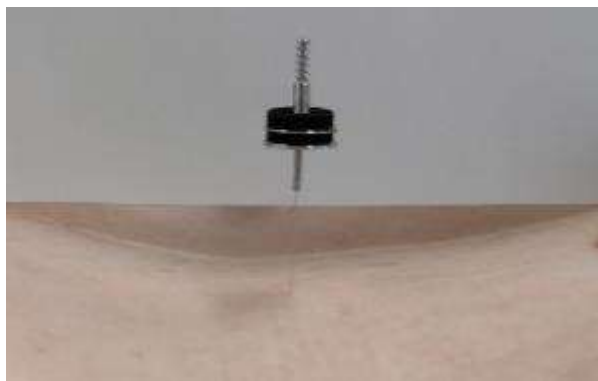


写真1 ラック灸を装着



写真2 施術部位

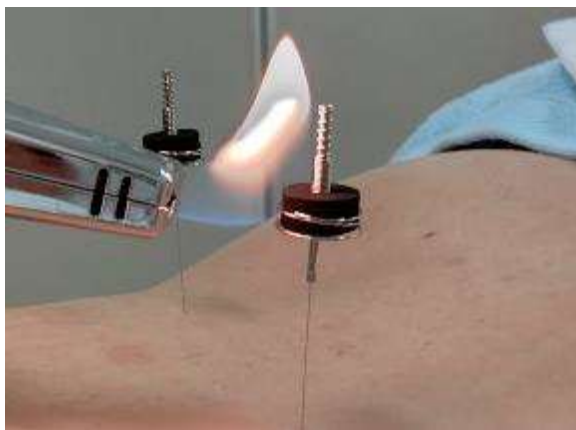


写真3 着火



ラック灸は約4分で燃え、その後3分ほどそのまま余熱を与え、その後綿花を使用してキャップ及び鍼を介して慎重につまんでそれぞれ除去した（写真5）。

## 2. 治療法の変更について

この患者は、慢性的な腰から左殿部の痛み及び左下肢への放散痛を感じていた。問診・触察を通して、腰部起立筋、多裂筋、大腿筋膜張筋、中殿筋、梨状筋の緊張緩和を治療目的とした。

当初はパルスを行っていたが、患者との会話の中で温めると症状が軽快し、冷えてくると増悪するという話題がよく出ていた。筋緊張緩和と深部までしっかり温めることができる治療法について検討した。学生時代に経験した症例で、同様に冷えると増悪するという腰殿部痛の患者に対し、灸頭鍼を行うことで緩解したこともあり、灸頭鍼が有効ではないかと考えた。

これまで行ってこなかった治療法ではあったが、症状と冷えとの関連から実践してみることにした。

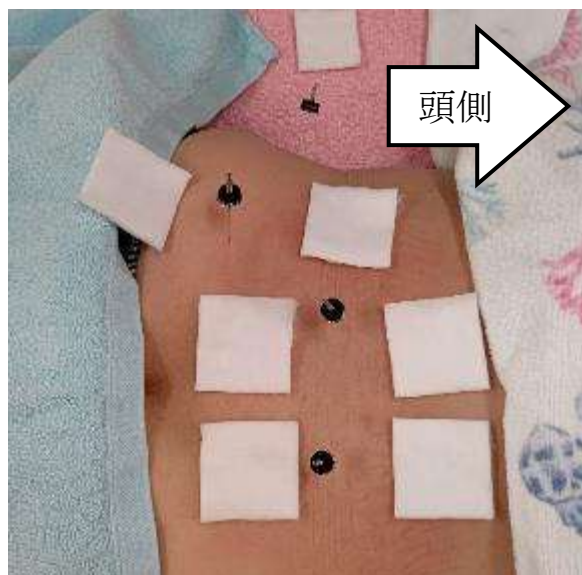


写真4 熱量の調節



写真5 ラック灸の除去

## 3. 施術後の変化

施術に際しては、火傷を起こさないように細心の注意を払って行った。燃焼中から「熱が入っていく感じがする」と言っており、心地よい熱感を感じている様子であった。

施術後には「深いところまで温まった感じがする」という感想を得られ、症状の軽快がみられた。そのまま40分程度全身のあん摩施術を行ったが、終了時でも殿部の熱感は弱くなっているものの、持続している様子であった。

次の治療時にその後の様子について確認すると、帰宅後も温かさが持続したそうであった。自宅でもホットパック等で温めているが、すぐに冷えてしまう。一方、灸頭鍼では温かさが長く持続するとのことであった。

また、以前行っていたパルス治療では、適度な筋収縮で行っているが、帰宅後に少しだるくなるため、灸頭鍼の方が好ましい様子であった。

その後、臨床休業による影響から、継続的な治療は行えていないため、継続的な治療による変化はまだみることができていない。

## Ⅳ おわりに

今回、慢性的な腰殿部の痛みがあり、冷えの状態によって症状が大きく変化する症例をきっかけに、灸頭鍼を実践する機会を得た。これまで行っていなかったこともあり、慣れないなかでの施術であったが、患者の反応もよく、効果を実感することができた。今後も継続し、その効果の検証や技術向上に務めていきたいと考えている。

### 《引用・参考文献》

- 1) 赤羽幸兵衛著:灸頭針法 1971
- 2) 田中博著:灸頭針についての研究 第1報 日鍼灸誌 22 巻3号 p9-14 1973
- 3) 鈴木信 他著:役立つ使える鍼灸鍼法 医道の日本社 2006
- 4) 藤井正道著:灸法実践マニュアル BABJAPAN 2009
- 5) 矢野忠編集主幹:鍼灸療法技術ガイドⅠ 文光堂 2012
- 6) 北出利勝、篠原昭二編集:特殊鍼灸テキスト 医歯薬出版株式会社 2014
- 7) 宮川浩也著:温灸読本 医道の日本社 2014

令和3年度

北海道札幌視覚支援学校附属理療研修センター 研究紀要

発行 令和4年5月

編集発行 北海道札幌視覚支援学校附属理療研修センター

〒064-8629

北海道札幌市中央区南 14 条西 12 丁目 1 番 1 号

電話・FAX 011-533-3253

Eメール ahaki@popmail.hokkaido-c.ed.jp