

令和5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

## 目次

発刊にあたって.....	1
令和5年度 臨床研修報告.....	2

## 令和5年度 症例・研究報告

視覚障害あはき師における治療院経営に関する調査研究 舟崎 隆.....	7
テニス肘の理療治療と症例報告 中谷 薫.....	17
慢性上咽頭炎に対する理療治療 鷲頭 弘康.....	26
冷え症の概要と症例報告 花尻真由美.....	33
肩甲下筋に着目した施術法 古川 直樹.....	44

# 発刊にあたって

所長 野戸谷 睦

令和5年度の「研究紀要」を発刊いたします。

北海道札幌視覚支援学校附属理療研修センター（以下、理療研修センター）は、理療教育に関する研修、研究の事業、視覚障がいのある理療業従事者の資質向上と理療の普及啓発を図るための諸事業を行い、北海道札幌視覚支援学校のみならず、北海道における理療教育の充実を図ることを目的に設置された専門機関です。

本研究紀要は、私たち理療研修センターの1年間の取組についてまとめた報告書であります。詳細は本文をご覧くださいこととなりますが、「令和5年度 臨床研修報告」にあるとおり令和5年は激動の1年間でありました。令和2年より新型コロナウイルスの対応がはじまりました。当初の予定を超え3年以上に渡りこれまで経験のない対応が続きました。本理療研修センターにおいても「年度別患者概況」のとおりに令和2年から3年間の総患者数が大きく変動するなど大きな変化がありました。令和5年5月に感染症法上の位置付けが変更になるとともに、社会活動も回復基調となりました。本理療研修センターの総患者数もコロナ以前の数となりました。現在、コロナによる停滞、また変化が話題にのぼりますが、「臨床研修報告」のなかの「初診時主訴」をみると、コロナ前後の5年間に「主訴」の大きな変動はありませんでした。頸肩部のこり、腰殿部の痛みが来所の契機となっています。このようにみると、理療への期待はコロナ前後であっても変わっていないともいえましょう。こうしたことを踏まえ、私たちはこのあとも臨床研修の充実を図るとともに、症例・研究を力強く、継続していく所存です。令和5年度に報告する5本の症例・研究報告はこうした意気込みを示すものであります。今後とも理療教育の充実に向けて研修・研究活動の充実を図ってまいります。令和5年度研究紀要をどうぞご覧くださいたく思います。

# 令和 5 年度 臨床研修報告

## 1 臨床研修について（資料1参照）

当センターは、北海道札幌視覚支援学校専攻科教員のうち5名が指導員として所属している。各指導員が理療に関する実践的な知識及び技術の習得を図るため、平日の9時、11時、13時30分からの3コマの時間帯で、地域の方を対象に臨床研修（理療治療）を行っている。

### 1. 実施の状況

今年度は新型コロナウイルス感染拡大防止を目的とした臨床研修の休業はなく、また、5月以降、感染症法上の位置づけが変更されたこともあり、年間を通して行うことができた。

### 2. 年度別患者概況

今年度の臨床日数は228日、患者数は2,513名、初診の患者数は59名であり、新型コロナ感染拡大前と同様の水準となった。

また、今年度来所した患者の平均年齢は、67.1歳と過去5年間で最も高い年齢であった。しかし、上昇幅は例年より少なかったことから、比較的年齢の若い患者が増加したことが想像できる。

臨床技術の向上のためにも、高齢者の患者だけでなく、幅広い年齢層を担当することは重要な要素と考えられる。引き続き、そのような環境が維持できるように取り組んでいきたい。

### 3. 年度別来所理由（初診時の主訴）

今年度の初診の患者は59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（19名）、腰殿部の痛み（11名）と例年と同様の結果となった。3位以下では下肢の痛みやその他の症状が例年より多く、頸肩部や腰殿部以外の症状に対して施術をする機会が多く得られ、臨床技術の向上に繋がったと考えられる。

### 4. インシデント報告（資料2参照）

今年度のインシデント発生件数は計4件で、その内訳は、臨床の予約時が1件、鍼の落下が1件、その他2件であった。これまでの予防策を改めて見直すこと、また、予防策の周知徹底に努めることにより、インシデントの発生防止に引き続き取り組んでいきたい。

資料Ⅰ 臨床統計

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	19	19	22	18	18	20	19	20	20	17	19	17	228
総患者数	197	202	233	176	209	208	218	225	232	185	226	202	2513
初診	6	3	8	4	4	7	7	5	4	2	7	2	59
再診	14	6	8	2	4	5	2	4	1	1	5		52
日平均	10	11	11	10	12	10	11	11	12	11	12	12	11
平均年齢	68	67	69	68	68	67	66	67	67	67	66	66	67
男性数	71	77	93	64	85	67	79	71	78	58	73	60	876
女性数	126	125	140	112	124	141	139	154	154	127	153	142	1637
女性割合	64	62	60	64	59	68	64	68	66	69	68	70	65

年度別患者概況

	元年度	2年度	3年度	4年度	5年度
臨床日数	208	182	108	225	228
総患者数	2434	1614	1031	2175	2513
初診	72	47	32	67	59
再診	64	55	23	89	52
日平均	11.7	8.9	9.5	10	11.0
平均年齢	64.2	63.3	66.3	67	67.1
男性	689	475	305	722	876
女性	1745	1139	726	1453	1637

年度別初診時の主訴（名）

	元年度	2年度	3年度	4年度	5年度
1位(名)	腰殿部の痛み(22)	頸肩部のこり(23)	頸肩部のこり(10)	頸肩部のこり(25)	頸肩部のこり(19)
2位(名)	頸肩部のこり(16)	腰殿部の痛み(10)	腰殿部の痛み(10)	腰殿部の痛み(20)	腰殿部の痛み(11)
3位(名)	下肢の痛み(8)	肩関節の痛み(6)	膝関節の痛み(4)	その他(6)	下肢の痛み(8)
4位(名)	背部のこり・痛み(5)	股関節の痛み(3)	肩関節の痛み(3)	下肢の痛み(4)	その他(8)
5位(名)	肩関節の痛み(5)	上肢の痛み(1)	股関節の痛み(2)	背部のこり・痛み(2)	肩関節の痛み(4)

※痛みにしびれ・重だるさを含む。

資料2 年度別インシデント発生件数

年度	元年度	2年度	3年度	4年度	5年度
臨床の予約時	3		1		1
臨床の受付時					
患者の移動時（臨床前）					
刺鍼時（抜鍼時、鍼の落下を含む）	9	1	2	8	1
施灸時				1	
手技時					
体位変換・起き上がり					
患者の移動時（臨床後）		1			
その他（臨床中）	1	1			
その他（臨床外）	3		1		2
計	16	3	4	9	4

令和 5 年度  
症例・研究報告

# 視覚障害あはき師における 治療院経営に関する調査研究

指導員 舟崎 隆

## I はじめに

あん摩・マッサージ・指圧師、はり師、きゅう師（以下、あはき師）が活躍する職場は様々あるが、本校の修了生の多くは、訪問マッサージ治療院に就職している。その他は鍼灸整骨院や治療院への就職がほとんどである。（表1、表2）

あはき師の職場は就職以外に、開業できることが魅力のひとつでもある。決して多い人数とはいえないが、本校修了生にも開業し、それぞれの地域で活躍している者もいる。

治療院経営の場合、施術者としての知識や技術、コミュニケーション能力に加え、経営に関する知識や事務管理及び集客に関わる内容など多岐にわたるノウハウが必要となる。

視覚障害者が治療院経営を行う場合、実際の施術そのものには困難性を感じることはさほど多くはないと思われるが、周辺業務である安全対策や衛生管理、各種金銭管理や税務管理、広告宣伝、使用人がいる場合はその勤務管理などで困難やそれを改善するための様々な工夫が必要となる。

そこで、今回本校修了生で治療院を開業している方々から聞き取り調査を行い、治療院経営に関わる困難性とその改善方法などを調べることにした。

表1 各年度の進路先一覧（専攻科保健理療科）

	R1	R2	R3	R4	R5
本校専攻科理療科	0	1	1	1	0
他校専攻科理学療法学科	0	0	1	0	0
治療院	2	1	0	3	2
ヘルスキーパー	0	0	0	0	0
病院	0	0	0	0	0
A型・B型就労	0	0	0	0	1
その他（開業準備、国試対策）	2	1	1	0	1

表2 各年度の進路先一覧（専攻科理療科）

	R1	R2	R3	R4	R5
筑波大学理療科教員養成施設	0	0	0	0	0
他校専攻科理学療法学科	0	0	0	0	0
筑波技術大学研修生	0	0	0	1	1
治療院	1	3	1	3	4
ヘルスキーパー	0	0	1	0	0
病院	0	0	0	1	0
A型・B型就労	0	0	0	0	0
その他（開業準備、国試対策）	3	0	1	0	0

## II 調査目的

視覚障害あはき師が経営する本校修了生に施術の周辺業務に関する困難性とその対策や工夫点についてインタビューを行い、その内容を報告することにより、在学中から身につけておく良いスキルに関して、考える際の参考とすることを目的とする。

## III 調査対象と方法

### 1 調査対象

以下の項目を全て満たしているものを対象者とした。

1. 本校専攻科修了生
2. 高度な視覚障害（通常の文字の読み書きが自力のみではできない程度）
3. 札幌市内で開業
4. 一人開業（本人以外の施術者がいない）
5. 本調査に同意し、協力できる者

### 2 対象プロフィール

今回の調査では、上記の条件を満たす3名にインタビューを行った。以下にそれぞれのプロフィールを記す。

#### 1. 対象A

35歳、光覚のみ、点字読み書き可能、院内単独移動可能、あま指師、2011年3月修了、2022年8月開業（1年6ヶ月）、自宅型、治療院勤務経験あり

#### 2. 対象B

52歳、光覚のみ、点字読み書き不可能、院内単独移動可能、あはき師、2016

年3月修了、2017年6月開業（6年7ヶ月）、店舗型、治療院勤務経験あり

### 3. 対象C

50歳、光覚のみ、点字読み書き可能、院内単独移動可能、あはき師、2022年3月修了、2022年7月開業（1年7ヶ月）、自宅型、治療院勤務経験なし

### 3 調査方法

筆者が独自に作成した調査票（資料1）に基づき、施術所を訪問し、半構造化面接により聞き取りを行ったが、1件は調査当日体調がふるわず、電話での聞き取りとなった。

## IV 調査結果

### 1 所有している情報機器について

3名とも共通して保有・使用しているものは、パソコン、スマートフォンであった。点字使用が可能な2名は携帯式の点字ディスプレイを保有している。また、残りの1名は、タブレットやスマートスピーカーに加えてスマートウォッチを使用している。

携帯電話は私物のものと、営業用を分けて複数持っている事例もあった。また、スマートスピーカーとエアコンや掃除ロボットを紐付けして使用している事例も見られた。

### 2 SNS（ソーシャルネットワーキングサービス）の使用状況

3名とも共通して行っているものは、FacebookとInstagramであった。2名が行っているものはLINEとX(旧Twitter)で、その他、ClubhouseやWhatsAppを使用している者が1名いた。いずれもこのようなSNSを利用して、情報収集と治療院に関する広告宣伝を行っている他、Google ビジネスプロフィール（旧称：Google マイビジネス）に登録し、集客アップを目指している者もいた。

### 3 施術形態と施術の種類及び保険取り扱い

施術形態では、3名とも院内施術のみであった。1名は今後訪問も検討しているとのことであったが、訪問に関わる移動に困難を感じているとのことであった。

施術の種類では、2名があはきを提供しており、1名があま指のみの提供であった（有している資格のため）。また、経絡治療に加えて、様々なエネルギーワーク（人間の持つエネルギーの流れやバランスを整えることを目的としたスピリチュアルなアプローチ）を取り入れるなど施術方法の差別化を試みている者もいた。

保険取り扱いでは、1名が札幌市の「はりきゅうマッサージ施術料助成券」のみを取り扱っており、その他の1名はこれに加えて療養費による保険取り扱いをしている。また、残りの1名は令和6年8月からの取り扱いを目途に現在準備を進めているとのことであった。いずれもレセプトに関する事務手続きでは、人的な視覚的補助を受けている。また、保険を取り扱うためには、決められた研修を受ける必要があり、その手続きに苦勞を感じているとのことであった。

#### 4 施術者以外の使用人の有無

3名とも本人以外の施術者は勤務していない。使用人についても常用的に雇用しているものはなかった。3名の内1名は特段の依頼者もない。残りの2名のうち1名は、1週間に1回1時間程度有料ボランティアに施術所内の清掃を依頼している。さらに友人に予約アプリの設定を無償で行ってもらっているほか、家族に予め共通する内容を記載した領収書を作ってもらっている。残りの1名は、1週間に2、3回30分程度院内の水回りや玄関を中心に清掃を有料で依頼しているほか、有料でレセプトやSNSに関わる作業を月1回程度経営コンサルティングに依頼している。

#### 5 治療院経営に関する困難性

筆者が治療院経営に関する困難性をその他を含めて8項目設定し、調査対象者に順位付けをしてもらった。

##### 1. 広告宣伝に関すること

この項目では、2名が最も困難であると感じていると回答した。他の1名も、経営コンサルティングに広告に関する業務を委託しているため、さほど困難には感じていないが、自力では大変難しい内容であると話していた。困難を感じながらも、治療院のHPを開設したり、公式LINEに登録するなど、それぞれの工夫点を伺うことができた。また、できる限り人が多く集まる場所に積極的に参加し、自分の名刺を配るなど、人との繋がりを通して集客力をアップしていることも話していた。

##### 2. 院内の衛生管理や安全対策に関すること

この項目では、2名が2番目に困難を感じていると回答した。また、他の1名は、普段はなんとかできていると思うが、鍼を落とした時は苦勞していると話していた。落下した鍼の対処法として、ロボット掃除機を使うと、落下した鍼を回収することができるとの工夫も話していた。

3. カルテ管理や保険レセプトなどの事務に関すること、納税事務に関すること  
この項目に対しては2名が3番目に困難であると回答していた。しかし、内容を細かく聴取すると、カルテ管理はパソコンを使用しさほど強いストレスを感じていないが、保険レセプトに関わる事務作業にはかなり苦勞している様子で、自力のみでは難しく、何らかの補助が必要であるとのことであった。また、納税事務については、現在大きな収入になっていないため、さほど気になっていないとのことであったが、今後重要なことと認識している様子であった。

#### 4. 患者予約や普段の金銭管理に関すること

この項目に対する回答では、「患者予約や普段の金銭管理に関すること」のうち、患者予約については、点字使用の2名はブレイルメモを多用しており、点字が使用できない1名は、2台の携帯電話を工夫して使用することで、ほとんどストレスを感じることなく行えているとのことであった。

次に施術料の支払いに関わることであるが、3名とも現金の取り扱いには全く困ってはいなかった。しかし、領収書の発行や様々なキャッシュレスサービスについては、個人差がとても大きいように感じた。例えば、1名はタブレットとアプリを活用して、各種のクレジットカードや電子マネーの利用も可能としていたり、音声対応ソフトの利用により、領収書の発行も行っている。それに対して、事前に共通する内容の領収書を、家族や友人に記入してもらい、準備している者もいた。残りの1名は、今のところ領収書の発行は求められていないため行っていないが、患者から求めがあった場合は、WEB サービスを利用して発行できるように準備しているとのことであった。

#### 5. 施術に関する知識や技術に関すること

この項目では、1番困難であると回答したのは1名であった。この1名は土日も営業しているため、各種の勉強会に参加することが難しく、さらなる技術の向上が難しいとのことであった。また、その他の内容は契約している経営コンサルティングにより、さほどのストレスなく行えているとのことであった。さらに、この1名は7年近く経営しており、施術以外の周辺業務はある程度システム化が図られており、最終的に施術に関する技術と知識が重要と考えているようであった。

#### 6. 患者とのコミュニケーションに関すること

この項目では、3番目に困難であると回答したのは1名であった。この1名は、在学時から他者とのコミュニケーションに苦手意識があり、現在も患者とのやりとりがとても緊張することであると話していた。

## 6 治療院経営に関する個別の工夫点

3名から視覚障害者ならではの工夫点を自由に話してもらった。以下にその内容を記す。

1. 院内を清潔に保つために、極力汚さないように努めるとともに、自宅経営の場合は、生活空間と施術室を完全に分けている。汚さないように心がけることに加え、定期的に視覚的な支援を活用して清潔を保っている。
2. 入りやすい治療院を目指すために院内を明るく清潔感を醸し出すように壁やカーテンの色を明るいものになっている。
3. 患者は、見えているということをいつも意識するようにしている。
4. 施術着を使用したり、男性用と女性用の日本手ぬぐいを使い分けている。
5. 衛生管理の観点から、リネン類はシングルユースにしていることは当然であるが、加えて、シーツと枕カバーは使い捨てを用いている。
6. 安全性と効率性を保つために、あらゆるものの配置場所を一定にしている。
7. 鍼施術を行う場合、鍼の紛失や落下の危険性をなくすために、使用後の鍼を直接廃鍼入れに捨てるようにしている。
8. 灸施術を行う場合、やけどへの対処のため、濡らしたタオルを用意しておく。
9. 視覚的に表情を確認できないため、声の表情や会話を重視するようにしている。
10. 集客力を高めるために、広告宣伝に関して人的サポート（経営コンサルティング）や友人にHPやLINEアプリの操作を依頼している。
11. 視覚障害施術者に限ったことではないが、経営の安定には、コミュニケーション力を付け、リピート率を高め、口コミを重視することが重要であると話していた。

## 7 治療院経営を通して幸福感を感じることに

この問いに対しては、心理的な幸福感に加えて、具体的で物理的な良さについても回答していただいた。

1. 予約制で行っているため、自分のスケジュールに合わせて施術を行うことができ、プライベートな時間を自由に確保できる。
2. 自分の考えに基づく施術が行えることが楽しい。
3. 新患で訪れた患者の声が大変暗く、落ち込んでいた時に、施術を継続していくうちに声が明るくなってきて嬉しい。
4. 自らの施術で患者から楽になったとの声を聞いたとき嬉しい。
5. 先生の施術でなければ駄目だと言われたとき嬉しい。

6. 症状（腰痛、むち打ち、膝の屈曲制限）が楽になったと言われて帰られたときに嬉しい。
7. 患者から感謝の言葉をかけられたときにとってもやりがいを感じる。
8. 施術の結果がその場ですぐわかることが嬉しい。
9. 施術後次回の予約を入れて帰られたときにやりがいを感じる。
10. 毎回施術が終わると幸福を感じる。

## 8 学生時代に身につけておくの良い力

1. 事務処理、予約管理、カルテ管理、顧客管理、広告宣伝などの業務の遂行のため、スマホとパソコンを十分活用できるようにしておくことが重要である。
2. 今学習している内容をしっかり覚え、患者に病気や症状について客観的に説明できるようになることが大切である。
3. たくさんの人と積極的に会話を行い、コミュニケーション能力が高まるように努力することが必要である。
4. たくさんの人との出会いを大切に、人脈形成の努力を続けていくことが大切である。
5. 視覚障害者同士のネットワークに積極的に参加し、仲間意識を持ちながら、様々な情報交流を図り、お互いに高めあえるようにすることが重要である。

## 9 これから施術者を目指す方々へのメッセージ

1. 開業をする場合は、その準備に十分時間をかけるようにしてもらいたい。
2. 自ら情報発信を積極的にするよう心掛けてもらいたい。
3. 施術所経営や施術において、いいことも悪いこともすべて自分の責任であることを意識してもらいたい。
4. 信頼を得ながら、施術の良い結果を出せるように意識してもらいたい。
5. たくさんの人の施術を積極的に受けるように心がけてもらいたい。
6. あはきの素晴らしい伝統を継承し、未来に希望と夢を持ってもらいたい。
7. 視覚障害者が鍼施術をできるのは、日本ぐらいであることのすばらしさを知ってもらいたい。

## V まとめ

今回、視覚障害あはき師における治療院経営に関する調査研究を筆者が作成した調査票に基づき、本校修了生3名に実施した。その結果、以下のような事柄が明らかになった。

1. 治療院経営の持続には、コミュニケーション能力を高め、患者との信頼性を構築し、リピーターの獲得が重要であること。
2. 院内の衛生管理や安全対策に関することと、広告宣伝に関することについて困難性を感じている回答者が多かったこと。
3. パソコンやスマホの活用が必須であり、十分使いこなすとともに、SNSの活用による情報発信を積極的に行うこと。
4. 保険レセプトなどの事務に関することと、訪問施術などに伴う移動について、厳しい困難性が存在すること。
5. 衛生管理と安全対策、各種事務処理、広告宣伝については、何らかの人的視覚補助が必要であること。

以上の事柄を念頭に置きながら、教育段階において、身につけているとより理想的な力を考え、それを達成するための方法を考え、実践することが教育現場に求められていると思われる。

しかし、その方法は、ある科目や単元に位置づけるだけではなく、学校生活全般を通して長期的に育まなければならない。そのためにも、育成を目指す資質能力を明確にし、教員同士で共通認識を持ち、統一的な目標と方法を構築する必要があると思われる。

## VI おわりに

厚生労働省の衛生行政報告によると、2022年12月31日時点で、あはき師すべてで総数は前回調査より増加しているが、総数に占める視覚障害者の割合はすべて下回っている。(表2)

以前から、「あはき業は視覚障害者にとっての生業である」と言われてきたが、視覚障害者の独占的な職域であったのは、すでに過去のことである。すでに総数に占める視覚障害者数(構成割合)は、あま指師で2割程度、はり師ときゅう師においては1割となっている(表3)。このような状況において、視覚障害あはき師がどのように社会から求められる存在で居続けられるかという問題は、業界団体のみではもはや解決できない状態となっている。

したがって晴盲の枠組みにとらわれることなく、この素晴らしいあはき業が継続できるよう、教育現場でも大いに感心を持ち、対話的な議論を深めていくことが大切である。

高齢社会と言われている現在において、あはきの需要は明らかに高まっているものと思われる。そのような時代の中で、社会の要求に応え、視覚障害あはき師が活躍し続けることが、視覚障害者にとっての幸福感に繋がるものと信じている。

表3 あはき師の総数と視覚障害者の割合

出展；点字毎日第1302号（2024年2月8日発行）

1 総数（人）

種類	総数	視覚障害者数	構成割合（％）
あま指師	121,565	26,384	21.7
はり師	134,218	14,792	11.0
きゅう師	132,205	14,198	10.7

2 前回からの比較（人）（カッコ内は伸び率）

種類	総数の増減	視覚障害者数の増減
あま指師	+3,462（+2.9）	-123（-0.7）
はり師	+7,420（+5.9）	-271（-0.9）
きゅう師	+7,249（+5.8）	-174（-0.8）

3 全国施術所数（カ所）（カッコ内は増減）

種類	総数
あま指施術所	18,155（-187）
はき施術所	33,986（+1,883）
あはき施術所	38,589（+280）

資料1 調査質問項目

0 基本項目

1. 氏名
2. 年齢
3. 性別
4. 有している資格
5. 修了年
6. 職歴（種類と年数）

1 視覚障害の程度と日常生活状況及び情報処理リテラシー

1. 眼科疾患名
2. 視力
3. 室内の移動と管理

4. 外出時の補助具と支援の活用法
5. 所有している情報機器
6. SNSの使用状況
- 2 経営する治療院
  1. 年数
  2. 提供している施術の種類
  3. 保健取り扱いの有無
  4. 施術形態（院内、出張）
  5. 施術者以外の使用人の有無と業務内容
- 3 治療院経営に関する困難性（順位）
  1. 施術に関する知識や技術に関すること
  2. 患者とのコミュニケーションに関すること
  3. 院内の衛生管理や安全対策に関すること
  4. 患者予約や普段の金銭管理に関すること
  5. カルテ管理や保険レセプトなどの事務に関すること
  6. 広告宣伝に関すること
  7. 納税事務に関すること
  8. その他
- 4 治療院経営に関する個別の工夫点
- 5 治療院経営を通して幸福感を感じることに  
関する取り組み
- 6 学生時代に身につけておくと良い力
- 7 これから施術者を目指す方々へのメッセージ

# テニス肘の理療治療と症例報告

指導員 中谷 薫

## I はじめに

肘関節は、腕尺関節・腕橈関節・上橈尺関節の3つの関節が協力して屈伸と回旋という異なる運動を可能にしている。実際のスポーツ動作では、側方動揺性も加わり、骨や靭帯、腱などの傷害を引き起こす。

肘関節傷害の受傷機転は、体操競技などの体重を支持する動作、野球や槍投げなどの投げ動作、テニスやゴルフなどの道具を握って打つ動作に分けられる。

スポーツ傷害としては、脱臼、骨折などの外傷、テニスや野球などのオーバーユースによる障害がある。また、中高齢者のテニスやゴルフなどでは、退行性変化による変形性肘関節症の影響を受けることがある。

テニス肘は、スポーツ障害にカテコライズされているが、特に外側型テニス肘（上腕骨外側上顆炎）は仕事や家事などで肘を酷使する方に発生しやすい。

本稿では、テニス肘のうち頻度の高い上腕骨外側上顆炎の理療治療と2例の症例について報告する。

## II テニス肘

### I 概要

#### 1. 外側型テニス肘（上腕骨外側上顆炎）

バックハンドストロークの繰り返しにより発生し、初心者が多い。初心者はインパクトの瞬間に手関節を背屈してボールを返そうとするため、前腕伸筋群に大きな負担がかかる。前腕伸筋群は屈筋群よりも筋力が弱く、中でも短橈側手根伸筋が弱いため、損傷が起こりやすい。また、橈骨神経の深枝は回外筋と短橈側手根伸筋の起始部の下を通過するため、時に難治性の神経絞扼性のテニス肘となる。

オーバーユースによる障害では、タオルを絞る動作、ドアノブを回す動作など日常生活にも支障を来すことがあるが、これらの痛みは鍼灸治療により比較的早期に消失する。

#### 2. 内側型テニス肘（上腕骨内側上顆炎）

フォアハンドストロークやサーブの繰り返しにより発生し、熟練者が多い。こ

の他にオーバーユースによる肘頭部や上腕三頭筋部の痛みを訴えることもある。

## 2 診察法

### 1. 疼痛

オーバーユース障害の初期、安静時では無痛か倦怠感が多く、徐々に動作時痛が起こり、やがてスポーツ動作に影響が生じる。

一般に、腱や靭帯付着部では鋭い痛みを感じ、関節内の障害では鈍痛を感じる。検査時は、最も痛みの強い肢位を確認して、疼痛部を明確にする必要がある。

#### 【痛みの程度による重症度分類】

グレード1 痛みはないか、あってもわずかでプレーに支障をきたすことはない

グレード2 プレー中に痛みがあって、十分なプレーができない

グレード3 日常生活でも痛み、プレーができない

### 2. 圧痛

#### (1) 上腕骨外側上顆

短橈側手根伸筋腱は、総指伸筋腱におおわれて上腕骨外側上顆に起始するため、この部位を押さえて圧痛を調べる。特にテニス肘では、骨の変性や骨膜付着部の炎症などにより圧痛が生じやすい。

#### (2) 上腕骨内側上顆

上腕骨内側上顆は、回内筋や屈筋群が起始しており、これらの筋・腱の微小断裂や骨膜付着部の炎症により痛みを生じる。また、リトルリーグ肘では、この部位に圧痛が認められる。

#### (3) 肘関節裂隙部

腕橈関節や腕尺関節などの関節裂隙の圧痛は、肘の変形がみられるときに増強する。テニス肘などで裂隙部の圧痛がみられる場合は、肘の変形の要因も考慮しなければならない。

### 3. ROM

肘関節の可動域測定は、上腕骨を基本軸、橈骨を移動軸とする。また、前腕は回外位とする。可動域は屈曲145°、伸展5°である。

可動域制限の原因には、軟部組織と骨の2つの要素がある。関節炎による関節包の拘縮、筋、腱、靭帯損傷による拘縮は軟部組織の要素であり、骨の変形や関節内遊離体（関節鼠）は骨性の要素が考えられる。

投球動作などの外反ストレスによる障害は、骨軟骨、軟部組織ともに障害を受けるため、運動制限がみられる。急性発症を除き、屈曲制限がみられやすい。

#### 4. キャリングアングル

キャリングアングルとは、肘関節伸展・前腕回外位で上腕軸と前腕軸の成す角度を指す。健常男性では6~11°、女性では12~15°とされており、この角度が増大したものを外反肘、減少したものを内反肘という。

#### 5. 筋力

痛みのために筋力が低下することがある。痛みがなく筋力が低下する場合は、頸椎の問題や神経の絞扼による障害が考えられる。テニス肘では、痛みのために握力の低下が見られる場合が多いので、復帰の指標とする。

#### 6. 理学的検査

##### ア 上腕骨外側上顆炎のテスト

###### (ア) トムゼンテスト

肘関節伸展・前腕回内位で握り拳を作らせ、手背側に加えた検者の抵抗に抗して手関節を背屈させた時、上腕骨外側上顆部に痛みを訴えれば陽性とする。

###### (イ) ミドルフィンガーテスト

肘関節伸展・前腕回内位で、中指を伸展させ抵抗を加えた時、上腕骨外側上顆部に痛みを訴えれば陽性とする。

###### (ウ) チェアーテスト

前腕を回内し、肘伸展位で椅子を持ち上げる。その際、上腕骨外側上顆部に痛みを訴えれば陽性とする。

##### イ 上腕骨内側上顆炎のテスト

###### (ア) 逆トムゼンテスト

肘関節伸展・前腕回外位で握り拳を作らせ、手掌側に加えた検者の抵抗に抗して手関節を掌屈させた時、上腕骨内側上顆部に痛みを訴えれば陽性とする。

##### ウ 靭帯損傷の検査

###### (ア) 内反ストレステスト

肘関節軽度屈曲位にて内反ストレスを加えた時、肘外側部に痛みを訴えれば、外側側副靭帯の損傷を疑う。

###### (イ) 外反ストレステスト

肘関節軽度屈曲位にて外反ストレスを加えた時、肘内側部に痛みを訴えれば、内側側副靭帯の損傷を疑う。

### 3 治療法

多くの場合は保存治療で治癒し、手術を要するケースは稀である。保存療法で全く効果がない場合には腱部の変性が強いと考え、手術が必要になる場合がある。

## 1. 専門医の受診が必要なケース

明白な筋力低下、知覚異常がある。

発育期の子供の慢性の肘痛。

運動制限があり、肘の中でひっかかっている感じがする。

腫脹、熱感がなかなか引かない。

## 2. 鍼治療

筋緊張の緩和・局所の循環改善を目的に行う。刺鍼部位としては、傷害局所（圧痛・硬結・こり・腫脹部の周囲など）、解剖・生理学的選択（主動作筋・脊髓断区・神経の走行など）、臟腑経絡による選択（全身的愁訴の改善）などが考えられる。

### (1) 置鍼・雀啄術など

ア 上腕骨外側上顆部、曲池、肘髁など

イ 肘内側：上腕骨内側上顆部、少海、小海など

ウ 肘前側：尺沢、曲沢など

エ 肘後側：天井など

オ 前腕伸筋群：手三里、四瀆、外関、陽池など

カ 前腕屈筋群：孔最、郄門、内関、大陵、尺側手根屈筋上の圧痛点など

キ 上腕部：臂臑、消灤、手五里など

### (2) 運動鍼

疼痛肢位にて最も痛みの強い部位に置鍼し、押手で鍼を固定したまま一つ遠位の関節の自動運動を行う。又は同部に刺入し雀啄術を行う。

### (3) 円皮鍼・皮内鍼

競技中の治療・持続的刺激を与えたい場合に行う。

### (4) 低周波鍼通電療法

ア 筋緊張に対する治療（筋パルス）

障害された筋の筋腹（-）と最も疼痛の強い部位（+）に刺入し、1～3 Hzで15分間、筋収縮が得られる強さで通電する。熱感や拍動性の疼痛・触診のみで激痛を起こす場合は禁忌である。

#### (ア)前腕伸筋群

曲池－外関、曲池－四瀆、上腕骨外側上顆部－手三里、手三里－温溜など

#### (イ)腕橈骨筋

曲池－孔最など

#### (ウ)前腕屈筋群

少海－尺側手根屈筋筋腹上の圧痛点、少海－郄門、少海－孔最など

#### イ. 限局した疼痛に対する治療（反応点パルス）

疼痛部位（+）と筋腹（-）に刺入し 30～50 Hz で 15 分間、筋の持続的収縮が得られる強さで行う。

#### ウ. 急性炎症に対する治療

熱感・腫脹のある部位を挟むように刺入し、100 Hz で 15 分間、「ジー」という刺激が得られる強さで通電する。

#### 3. 筋力トレーニング

前腕筋群の筋力強化を目的として行う。2 kg 前後の重垂を用いた手関節の背屈・掌屈運動を行う。また、ゴムまりなどを強く握る練習も効果的である。最初は柔らかいものを用い、肘関節 90° 屈曲位で行う。慣れてきたら徐々に伸展位で行うようにし、完全伸展位で痛みが消失すれば硬式ボールに変えて行う。

#### 4. テーピング

前腕筋群の起始部に加わる張力を弱める目的で行う。前腕筋群の筋腹を確認し、弛緩した状態で筋腹に幅 3.8cm のホワイトテープを強めに 1 周巻く。循環障害や神経障害を防ぐために、約 15 分おきにテープを外して指や手関節を動かし、再び巻くようにする。この方法は長くても、1 時間程度とするのが望ましい。

#### 5. ストレッチング

前腕伸筋群・屈筋群を中心に静的ストレッチングを行う。大部分の筋は二関節筋であるため肘関節伸展位にて、前腕伸筋群に対しては手関節掌屈、前腕屈筋群に対しては手関節背屈を行う。また、手指の運動を併せると更に効果的である。

### Ⅲ 症例報告

以下は、当初頸肩部のこりを主訴として来所していた症例であるが、愁訴に肘の痛みがあった時期の報告である。

#### Ⅰ 症例Ⅰ（Ⅰ回目：令和 5 年 11 月 10 日）

##### 1. 基礎データ

52 歳、女性、161 cm、67 kg

##### 2. 主訴

両肘外側の運動痛

##### 3. 職業

飲食業

##### 4. 現病歴

数日前から主訴を自覚するようになった。仕事は約 100 食分の弁当を 3 人程度

で作ったり、約 10 kg のカレーを混ぜるなど力仕事が多い。これから年末にかけて更に忙しい時期となるため、悪化する前に治したい。同じ症状を過去にも経験しているが、肘の理療治療は初めてである。

## 5. 他覚所見

筋緊張：前腕伸筋群

陽性所見：トムゼンテスト、ミドルフィンガーテスト

陰性所見：上腕骨外側上顆部の腫脹・熱感

## 6. 基本治療法

置鍼（10分）：曲池、手三里、四瀆

手技：頸肩背部・上肢を重点としたあん摩

運動法・ストレッチング：肘関節、手関節、手指

## 7. 経過（変化のあった内容のみ記載）

### (1) 2回目（令和5年11月24日）

自覚症状：両肘外側の運動痛は初回時の半分程度となった。

筋緊張：長・短橈側手根伸筋

圧痛：曲池、手三里（初回よりも強い力で押圧）

### (2) 3回目（令和5年12月8日）

自覚症状：両肘外側の運動痛は軽度となった。

圧痛：曲池、手三里（前回よりも強く押圧）

置鍼：曲池

### (3) 4回目（令和5年12月21日）

自覚症状：両肘外側の運動痛はほぼ消失した。

筋緊張・圧痛が消失したため、同部の治療は割愛することとした。

## 2 症例2（1回目：令和3年10月12日）

### 1. 基礎データ

49歳、女性、170 cm、58 kg

### 2. 主訴

右肘外側の運動痛

### 3. 職業

ハンドメイド（財布・バッグ・アクセサリーなどの製作・販売）

### 4. 現病歴

先週末に販売のイベントがあり、それに向けて数多く財布やバッグを制作しなければならず非常に忙しかった。過去にも同じ症状を経験しており、鍼治療で改

善した。

## 5. 他覚症状

筋緊張：右前腕伸筋群

圧痛：曲池、手三里、四瀆

陽性所見：右（トムゼンテスト、ミドルフィンガーテスト）

陰性所見：上腕骨外側上顆部の腫脹・熱感

## 6. 基本治療法

低周波鍼通電：右（手三里－四瀆） 100Hz 10分

手技：頸肩背部・上肢を重点としたあん摩

運動法・ストレッチング：肘関節、手関節、手指

## 7. 経過（変化のあった内容のみ記載）

### (1) 2回目（令和3年11月9日）

自覚症状：右肘外側の運動痛はあまり変わらない。急な展示・販売イベントがあり、右肘に負担がかかった。製作の注文は常に10件程度抱えているため、あまり患部を休めることができない。

### (2) 3回目（令和3年12月7日）

自覚症状：右肘外側の運動痛は、治療後は楽になるが、数日で元に戻ってしまう。整形にてステロイド注射を受けたが著変はなかった。作業中は過去にも使用していたエルボーバンドを装着することとした。

低周波鍼通電：右曲池－手三里 3/30Hz 10分

### (3) 4回目（令和3年12月28日）

自覚症状：右肘外側の運動痛は以前より落ち着いてきているが、作業によってすぐに悪化してしまう。年の瀬で、仕事も家事も非常に多忙だった。

### (4) 5回目（令和4年1月4日）

自覚症状：右肘外側の運動痛は、治療後はほぼ消失していたが、雪かきや大掃除などで再発してしまった。

圧痛：右（曲池、手三里）

### (5) 6回目（令和4年4月12日）

自覚症状：新型コロナウイルス感染症に対する蔓延防止等重点措置のため、治療に訪れることができなかった。右肘の運動痛は消失していた。

筋緊張・圧痛が消失したため、同部の治療は割愛することとした。

## IV 評価と考察

### 1 症例1について

仕事はシフト制で、昼間のシフトはそれほど忙しくないとのことであったが、夜のシフトでは宴会の対応となることが主で非常に忙しくなるとのことであった。作業内容は調理・フロア・掃除など多岐にわたっていた。

治療は、筋肉質であり、前腕筋群も十分に発達していることから、筋トレやエルボーバンドの使用はせず、鎮痛のみを目的とした。

治療の回数を重ねる毎に筋緊張の範囲と圧痛の程度の改善が見られ、直後効果及び累積効果が得られたものとする。4回目治療時には完全に消失したため、当初の治療である頸肩部のこりの治療に戻すことができた。

### 2 症例2について

仕事はハンドメイドであることから、革の裁断やミシンがけ、がま口など金属部品の取り付けなど力を使う作業が多い。また、作業は全て自宅で行っており、家事もあるため、毎日多忙であった。約10年前に左乳癌を切除しており、日頃から左上肢に負担をかけないように注意していたことも発症要因に関わっていると考えられた。

主な治療は、過去にも同じ症状を経験していること、脈状による判断などから、低周波鍼通電療法を選択した。当初は直後効果もわずかであったが、回を重ねる毎に認められるようになった。右肘の使用頻度も高かったため累積効果を認めるまでには至らなかった。ステロイド注射の効果は殆ど現れなかったが、本人のエルボーバンドの使用も功を奏し、治療間隔は空いたものの6回目治療時には運動痛・圧痛共に消失していた。

### 3 治療法の選択について

理療治療では、運動器系の症状が対象となることが多いことから、その治療においても西洋医学的なアプローチがなされることが主となりがちである。治療に当たっては、例えば鍼治療を行うにしても単刺・置鍼・鍼通電など様々あり、選択に迷うケースがある。

治療法の選択においては、施術者の一方的な考えで決定するのではなく、患者側の状態を反映しながら進めることが望ましいと考える。具体的には東洋医学の四診法＝望診・聞診・問診・切診であり、これらは東洋医学的治療に限らず、日頃から取り入れたい技術である。特に重視したいのは切診であり、切経や脈診から得られる情報は様々な判断材料となる。

脈状診として、六祖脈（浮沈・遲數・虛實）を診て、そこから、浮沈では病位すなわち表裏、遲數では病勢すなわち寒熱、虚實では病勢すなわちエネルギーの状態を把握することができる。そのうえで治療時間・刺激量・方法の選択・鍼の長さや太さ・灸の種類などを判断する。例えば脈が浮いていれば鍼は浅め、沈んでいれば鍼は深めとするなどの判断ができる。同じ患者であっても、毎回状態は変化するので、特に脈診からの情報は常に参考とする。また、治療中や治療後にも確認するのが望ましく、これによりドーズ過剰などが避けられる。

低周波鍼通電は、出力を調節できるとはいえ刺激は強いため、鍼の効果をより確実とすることのみを目的とした選択は必ずしも良い結果には結びつかない。実際、低周波鍼通電後に明らかに悪化したケースもしばしば見受けられる。低周波鍼通電を実施する場合は、脈診などによって患者の体調や体力が極端に低下している状態ではないことを確認してから実施することが望ましい。

## V おわりに

スポーツのみならず仕事や趣味によって発生した痛みを種とする諸症状は、それらを中止することが第1の改善策である。しかし、それらの中止させることは殆どの場合不可能であり、現実的ではない。

理療治療に求められるのは、障害部位を休めることなく、いかに日常生活を快適に送れるようにできるかということである。そのためには、診察においては、適切な病態把握や経過の予測、治療においては、望ましい治療法の選択と確かな治療技術である。

理療では健康の保持増進を目的に訪れる患者の割合が多く、長い付き合いとなっていくケースも非常に多い。仕事世代の高齢化、コロナ後ということによって新しい趣味を始める方が増えていることなど、スポーツ障害に含まれる病態は万人に起こり得る。

QOLの維持・向上や健康寿命の延伸のために、今後は更に理療が果たす役割は拡大していくことが予測される。現代医学と伝統医学の長所を生かしていくことで、様々なニーズに適切に応えることが可能となると考える。

### 《引用・参考文献》

- 1) 宮本俊和：中高齢者の鍼灸療法、医道の日本社、2015
- 2) 福林徹：鍼灸マッサージ師のためのスポーツ東洋療法、医道の日本社、2018
- 3) 福林徹・宮本俊和：スポーツ鍼灸の実際 最新の理論と実践 DVD、医道の日本社、2009

# 慢性上咽頭炎に対する理療治療

指導員 鷲頭 弘康

## I はじめに

耳鼻咽喉症状は鍼灸の適応ではあるが、理療研修センター臨床室において、それを主訴とする患者は少ない状況にある。

今回、慢性上咽頭炎を主訴とする方が来所され、継続的に治療する機会を得た。慢性上咽頭炎の治療経験はなく、参考となる文献等も少ないことから試行錯誤しながら治療を継続中である。

今回は慢性上咽頭炎について整理し、ここまでの治療経過について報告する。

## II 上咽頭

咽頭は上咽頭、中咽頭、下咽頭に分けられ、鼻腔の後方で口蓋より上部を上咽頭という。耳管の開口部があり中耳腔に通じているため、上咽頭炎を起こすと炎症が耳管から中耳に波及し中耳炎を起こす。

上咽頭は鼻から吸入した空気の通り道であり、外部から侵入する空気中に含まれる細菌やウイルス、ほこりなどの異物に対し免疫反応を起こし、身体を守る免疫機能を持つ。また鼻腔と咽頭をつないでおり、空気の浄化や加湿、温度調節などの役割もある。

左右の鼻孔から吸い込まれた空気は上咽頭で合流しているが、上咽頭で流速が落ちるので気流が停滞しやすく、ほこりや細菌が付着しやすい。また、中咽頭や下咽頭と異なり、空気しか通らないため表面の粘膜が弱く、ウイルスや細菌、乾燥、胃酸などの刺激によって炎症を起こしやすい構造である。

上咽頭の表面は線毛上皮で覆われ、線毛上皮の間には多数のリンパ球が存在し、免疫器官としての役割を持つ。免疫反応に備えて活性化した状態にあるため、健康者でも上咽頭は常に軽い炎症が起きており、外部からの刺激をきっかけに症状の強い炎症へ移行する。また、上咽頭は血管やリンパ管の他に神経線維（主に迷走神経と舌咽神経）が分布しており、舌咽神経は喉の知覚、迷走神経は内臓（喉頭、気管、心臓、胃、腸）の働きに関係する。そのため上咽頭に炎症があるとこれらの神経が刺激され、喉の症状が現れたり、内臓の症状が現れることがある。

### Ⅲ 慢性上咽頭炎

#### 1. 原因

上咽頭への細菌やウイルス感染により起こる。アレルギー、喫煙、空気の乾燥、口呼吸、副鼻腔炎に伴う後鼻漏、疲労、ストレスも原因となることがある。

急性上咽頭炎が治癒しない、あるいは上咽頭粘膜への持続的な刺激がある場合に慢性上咽頭炎に移行することがある。

#### 2. 症状

##### (1) 上咽頭炎による直接症状（関連痛を含む）

咽頭痛・違和感、後鼻漏、咳喘息、痰、嚔声、頸肩こり、頭痛、頭重感、めまい、耳鳴り、舌痛、歯の知覚過敏、顎関節痛など。

慢性上咽頭炎では、上咽頭に比較的近い部位である頭や頸、肩に関連痛が生じ、頭痛や頸・肩こりの原因となる場合がある。

##### (2) 自律神経系の乱れを介した症状

嘔気、胃部不快、過敏性腸症候群、機能性胃腸症（胃痛、胃もたれなど）、便秘異常、全身倦怠感、睡眠障害、記憶力・集中力低下、慢性疲労症候群、うつなど。

上咽頭には迷走神経が走行しており、上咽頭に慢性的な炎症が起こると迷走神経が刺激され、自律神経系に影響を及ぼし、様々な症状を起こす。

##### (3) 病巣炎症として免疫を介した二次疾患

IgA 腎症、ネフローゼ症候群、関節炎、掌蹠膿疱症、慢性湿疹、アトピー性皮膚炎など。

上咽頭の炎症によりリンパ球などの免疫担当細胞が活性化されると、活性化したリンパ球や単球に加え、これらが産生したサイトカインが血流に乗り、腎臓、関節、皮膚などに炎症を引き起こすことがある。

この場合、上咽頭炎を病巣炎症（原病巣）といい、病巣炎症により引き起こされた腎炎、関節炎、皮膚炎を二次疾患という。二次疾患に対する対症療法では症状は軽減できても治癒にはつながらず、病巣炎症の治療を含める根本治療が必要となる。

#### 3. 検査

経鼻内視鏡検査を行う。

#### 4. 治療法

##### (1) 上咽頭擦過療法（EAT：Epipharyngeal Abrasive Therapy）

鼻と喉から塩化亜鉛溶液を染み込ませた綿棒を挿入し、上咽頭に直接塗布・擦過する治療法。擦過時に綿棒への血液の付着・痛みを生じる。週に1～2回、数カ月継続する。

## (2) 鼻洗浄

1%の食塩水で上咽頭を洗浄する。

## (3) その他

薬物療法、手術療法（上咽頭粘膜焼灼術）など。

## 5. セルフチェック

胸鎖乳突筋や僧帽筋に圧痛が見られる場合、慢性上咽頭炎の可能性がある。上咽頭の慢性炎症により筋緊張が高まり、痛みが生じると考えられている。

## 6. 予防法

### (1) 鼻洗浄（鼻うがい）

鼻腔、上咽頭全体を洗浄することで、炎症の原因物質を洗い流すことができる。

### (2) 喉の保湿

喉の乾燥が、慢性上咽頭炎の原因となることがあるため、喉の粘膜の乾燥を防ぐために水分補給を行う。

### (3) 鼻呼吸

口呼吸では浄化されていない空気や異物が流入し、炎症を悪化させる。ロテープなどを利用し睡眠中に鼻呼吸ができるようにする。

### (4) きれいな空気を吸う

風塵、黄砂、PM2.5など刺激性のある物質は炎症の原因となる。掃除や空気清浄機などを活用して、空気をきれいに保つ。

### (5) 免疫力を高める

バランスの良い食事、運動、十分な睡眠により免疫力を高める。

### (6) ストレスの回避

ストレスは免疫力を低下させる原因となることがある。

### (7) 禁煙

喫煙が慢性上咽頭炎の原因となることがある。

### (8) 後頸部の保温

後頸部を温めることで上咽頭の血流が良くなり、うっ血を防ぐ（改善する）ことができる。

## IV 症例報告

### 1. 患者プロフィール

70歳代 女性

### 2. 主訴

慢性上咽頭炎による咽頭痛

### 3. 初診時の状況

#### (1) 病歴

202x-2年4月頃、喉の痛み、微熱、倦怠感、胃の痛みを感じ始め、同年夏頃に耳鼻科にて慢性上咽頭炎と診断された。以降3ヶ月間、週1回、上咽頭擦過療法を行い症状は軽減したが、完治はしなかった。

耳鼻科通院を中止し、慢性上咽頭炎の治療を行っている鍼灸院に週1~2回、1年程度通い、症状はさらに軽減したものの、完治しなかった。

発症当初との比較では症状は軽減しているものの、治癒に至らなかったため、以前から通っていた当センターを約1年半ぶりに受診した。

#### (2) 自覚所見

喉の痛みはヒリヒリとした感覚が常時ある。また、以前より乾いていると感じることが多くなった。

胃の痛みは常時ではないが、たまに痛むことが続いている。内科的治療では治りきらないため、医師に心療内科の受診を勧められたが受診していない。慢性上咽頭炎罹患前も胃の痛みを感じることはあったが、薬で軽快していた。

その他、睡眠障害（中途覚醒、一夜に1~2回）がある。安定剤を処方されていたが、効きが悪く、強いものを処方されそうだったため離脱した。

体調は良くなく、疲れがとりきれないと感じている。

#### (3) 他覚所見

筋緊張：僧帽筋、頭半棘筋、頭板状筋、胸鎖乳突筋、肩甲挙筋、菱形筋、脊柱起立筋

#### (4) 問題リスト

#1：喉の痛み

#2：胃の痛み

#3：睡眠障害

#### (5) 治療法

【初診時から5回目まで】

仰臥位 ホットパック：頸部、背腰部

置鍼（寸3-2）：手三里、孔最、合谷、足三里、三陰交、太溪

あん摩：上肢、下肢、頸部

伏臥位 置鍼（寸3-2）：風池、完骨、六頸、肩井、肩中兪、肩外兪

あん摩：全身

※六頸：頭半棘筋外縁のラインで第6頸椎棘突起の高さ

## (6) 治療法の考え方

刺鍼部位は成書を参考に、また、これまで経験的に自律神経系の調整として治療を行う際の経穴を用いた。今回の来所以前にも長期に渡る、あん摩、鍼灸の施術経験があるため、刺鍼本数は相談の上、多めとした。

あん摩については胸鎖乳突筋などの頸部筋の緊張度が高く、痛みも強かったため、頸部に充てる時間をやや長めとした。また、全体を通して刺激強度が強くないよう留意した。

## (7) その他参考事項

来所前に通っていた鍼灸院で食事制限（甘いもの、刺激物、アルコール、小麦系、ニンニク、ネギなど）を指導され、継続している。

## 4. 治療法の変更

初診時の治療を5回継続したが、期待していたほどの治療効果が得られなかったため、次のとおり治療内容を一部変更した。

### 【6回目から9回目まで】

孔最、合谷の置鍼を低周波鍼通電（1Hz、20～30分）に変更。

### 【10回目から13回目まで】

脾兪、胃兪の置鍼（寸3－2）を追加

### 【14回目から15回目まで】

脾兪、胃兪の置鍼を中止、肝兪、脾兪、胃兪にせんねん灸（ソフト）1壮追加。

## 5. 経過と考察

初診時からこれまで約4ヶ月間、15回治療した。治療間隔は最短6日、最長15日（平均9.8日）であった。

鍼の経験が長く、今回も鍼を含めた治療を希望されたため、各症状に応じた鍼施術と、心地よさを重視したあん摩施術を主体に治療を行った。

長期的にみるとやや軽快傾向ではあるものの、喉と胃の症状については変動が大きく、両者が連動することもあれば、しないこともあった。

以下、問題リスト毎に経過を述べる。

### (1) 喉の痛み

当初、治療直後の数日は症状が楽になっていると感ずることがあるようであったが、日内変動が大きかったり、痛みを感じる日の割合がやや多い、という状況であった。

後半は痛みが少ないという日も増えてきているようではあったが、安定せず一進一退を繰り返すというような状況であった。

治療開始時よりは良い状態ではあるものの、それが継続することはなく、結果

的に治療期間中を通して症状が安定することはなかった。

## (2) 胃の痛み

胃の痛みを訴えることは少なくなったものの、胃のもたれ、もやもや、すっきりしない、という症状は治療期間全体を通して継続した。日内変動もあり、朝、午前中に症状が強い傾向が見られた。症状が出ている時は患者自身で温めたりさすったりすることで緩和していた。市販の胃薬を予防的に服用して症状の出現を抑えていたこともあった。13回目以降は胃の調子が良いことが増えたようであった。

## (3) 睡眠障害

睡眠時間は平均すると7時間半程度で、治療当初は1～2時間毎に目が覚めていた。4回目以降は3時間程度、7回目以降は4時間程度連続して眠ることができる日も出てくるようになった。しかし、1回目覚めた後の睡眠は連続せず、2時間、1時間、30分毎に目覚めるような状況であるとのことであった。

## V おわりに

文頭にも述べたが、慢性上咽頭炎の治療経験はなく、これまで耳鼻科で約半年、鍼灸院で約1年に渡る治療を経て来所されていることから、どのくらいの治療効果が出せるだろうかという思いがあった。以前、他の症状の治療のため当センターで理療治療を受けられ、効果を実感されていることから、今回も期待を寄せられていると感じている。

治療者の立場としては満足できる結果とはなっていないが、睡眠障害の改善については満足していただけている様子であり、喉や胃の症状についても以前よりは軽快しているとのことである。現在も症状の変動が大きいものの、午後に楽になる傾向があるとのことで、午後に予定が入れられるようになったとの話もあった。

さらに症状を軽減するには、もう少し治療回数が必要となると考えられるが、今後も治療法の検証・改善等を行いながら、より症状を楽にできるよう治療を行っていききたい。

### 《引用・参考文献》

- 1) 堀田修：つらい不調が続いたら慢性上咽頭炎を治しなさい、あさ出版、2018
- 2) 木下晴都：最新鍼灸治療学上巻、栄光社、1992
- 3) 西條一止：臨床鍼灸治療学、医歯薬出版、2005
- 4) 北村智 森川和宥：鍼灸臨床マニュアル、医歯薬出版、2002

5) 認定 NPO 法人日本病巣疾患研究会ホームページ  
<https://jfir.jp/chronic-epipharyngitis/>

# 冷え症の概要と症例報告

指導員 花尻 真由美

## I はじめに

理療治療の現場では、多くの患者が肩こり・腰痛・膝痛などの運動器に関する症状をまず訴える。しかし、問診・治療を進めていく中で、その他の症状が浮き彫りになるケースも決して少なくない。実際、今年度の筆者の担当患者 40 名のうち、約半数は手足の冷え、便通異常、寝付きが悪い、食欲不振、頭痛など、運動器以外の症状を併せ有している。

例えば、冷えはそれ自体が苦痛の症状であるばかりでなく、痛みに対する閾値を下げて、より強い疼痛をもたらしたり免疫力の低下を招いたりするなど、「諸病の根源である」と言われている。更に、腹痛や便秘、月経のトラブルなど、様々な症状との関連も深い。したがって、冷えの予防や改善は日々の臨床において最も重要な治療戦略の一つであると考えられる。

ここでは冷え症にスポットを当て、病態、診察の要点、タイプ別の特徴と治療方法等について取り上げる。あわせて、筆者が行った治療の中で特に著効を示した症例について報告する。

## II 冷え症の概要

### 1 冷え性と冷え症

冷え性は、凝り性などのように日本独特の社会通念として存在する。そのため、「冷えやすい性分」であるかどうかという患者の主観的評価に頼られる。

一方、冷え症は「治療が必要な症状」として解釈されるもので、通常の人々が苦痛を感じない程度の温度環境下において、腰背部、手足末梢、両下肢、半身、あるいは全身的に異常な寒冷感を自覚し、この異常を一般的には年余に渡って持ち続ける病態をいう。

### 2 冷え症の病態

#### 1. 産熱量の不足

加齢に伴う基礎代謝の低下、運動不足や筋肉量の減少に伴う生活活動量の低下

は熱産生の減少を招き、冷えの発症につながる。女性は男性に比べて筋肉量が少なく、発熱量が少ないことから冷えを発症しやすいと考えられている。また、柔らかいものを口にするようになった現代では摂食に伴う食事誘発性熱産生が低下しており、現代人の低体温体質の増加の一因とも考えられている。

## 2. 熱の運搬障害

### (1) 外気温の低下

外気温が下がると体温維持のために四肢の血管が収縮し、体の中心に血液を保持しようとする働きが生じる。この場合は体の中心温度は保たれるが四肢末端は体感として冷えを生じる。

### (2) 自律神経機能の低下

ストレスにさらされて交感神経が持続的に緊張状態にあるときには末梢の血管も収縮し、血流障害から冷えを生じる。また女性の更年期における卵胞ホルモン（エストロゲン）の低下とともに生じる性腺刺激ホルモンの過剰な分泌は自律神経機能の不調を招き、ほてりや冷えの原因となる。

### (3) 低血圧、貧血

低血圧や貧血は末梢への栄養や酸素の供給能力の低下を生じ、冷え症状を引き起こす。低血圧を原因としている場合には立ちくらみ、朝起きにくい、頭痛や頭重などを、貧血を背景にしている場合にはめまい、息切れ、動悸といった全身症状を伴う。女性は月経により血液を失って貧血を生じやすく、また時には過度なダイエットが影響して貧血状態を生じ、女性に冷えが多い一因と考えられている。

## 3. 熱の放散過多

皮下脂肪組織が少ない高齢者、痩せた人、保湿力の低い乾燥肌の人などでは、熱は外に漏れやすくなり冷えの原因になる。また、過度な飲料摂取や精神性発汗などによる発汗過多で皮膚冷却が起こる場合も熱が失われ、冷えや体温低下の原因となる。

## 3 冷え症のタイプ

北里大学東洋医学総合研究所の伊藤剛氏は、体表面だけでなく、鼓膜温、直腸温などの深部温を含む 37 箇所の温度を測定し、更には自律神経バランス測定や熱容量・熱放散量などを算出した結果を基に、冷え症を下記の 4 タイプに分類している。

### 1. 四肢末端型冷え症

摂取カロリー不足や運動不足などで産熱量が不足するため、体温低下を防ぐ身体の防御反応として交感神経が過剰に働き、末梢の血管が収縮して冷えが起こる。

「手先や足先が常に氷のように冷たい」との訴えが多く、若い女性でダイエット思考の強い人や、痩せ型の人に見られる。汗はほとんどかかず、冷えとともに頭痛や不眠などの症状を感じやすいことも特徴である。

## 2. 下半身型冷え症

冷え症の中で最も多く、男女いずれにも見られ、主に腰から下の下半身が冷える。腰殿部や下腿三頭筋などの緊張による血行不良が原因である。下半身型冷え症の熱容量は健常人と変わらないため、下半身は血流不足で冷える一方、上半身は血流が多すぎることで熱くなる、いわゆる「冷えのぼせ（上熱下寒）」という状態になることがある。

## 3. 内臓型冷え症

体の内部は冷えるが表面は温かいタイプで、「お腹が冷える感じがする」、「お腹が張る」といった訴えが多い。30代以降の男女に見られ、体質的に副交感神経優位の人や、アレルギー体質、過去に腹部手術をして腹腔内に癒着があるような人に多い。交感神経の働きが弱いため、寒くても体表面の血流は減らずに放熱が続き、体温は低下する。このタイプの人には冷えによって腸の機能が低下しやすく、腹部膨満や腹痛、便秘などの症状を伴うこともある。

## 4. 全身型冷え症

文字通り、全身が冷えている状態で、「ゾクゾクするような寒気がする」、「体全体が冷え冷えする」といった訴えが多い。代謝機能の低下、不摂生や昼夜逆転の生活、慢性的な疲労や睡眠不足、強いストレスなどによる自律神経の乱れが原因で起こる。全身型の冷え症では体温のセットポイント自体が下がってしまい、そもそも冷えを感じないケースも多い。しかし、実際には冷えが見られ、内臓の機能も低下しているため、全身倦怠感、食欲不振、下痢などの症状が目立つこともある。このような冷えを「隠れ冷え症」ともいう。

## 4 各種疾患に及ぼす冷えの影響

冷えは各年代において、様々な症状や疾患に影響し悪化させるだけでなく、疾患の原因となる場合もある。以下にその代表的な疾患を解説する。

### 1. 疼痛性疾患

リウマチや神経痛など疼痛を伴う疾患の多くは、冷えにより痛み症状を悪化させやすい。冷えが痛みを増強させる理由は、冷えにより交感神経が緊張し、疼痛部位組織の血流を低下させるため、局所の発痛物質などが増加することも一因である。

### 2. 感染症

慢性的な冷えや低体温は免疫能を低下させ、感染に対する抵抗力を減弱させ、創傷治癒を遅らせる場合がある。逆に体温を上げることは免疫能を上げることになる。風邪などを繰り返す冷え症患者の中には、解熱鎮痛薬を含む感冒薬や鎮痛薬の乱用による体温低下と免疫能低下が原因となっている場合があるため、注意が必要である。

### 3. 循環器疾患

寒冷刺激は交感神経を刺激し、心拍数と心拍出量を増加させ、末梢血管を収縮させるため血圧が上昇し、不整脈を誘発しやすくなる。よって急激な冷えは寒冷ストレスとなり、高血圧、狭心症、心筋梗塞、脳卒中などのリスクファクターとなる。特に高齢者では体温調節がうまくできず激しい寒暖の差に追従できないため、特に寒い冬季夜間のトイレや入浴などに注意が必要である。

### 4. 消化器疾患

冷えは交感神経を刺激し、胃腸の運動機能を低下させるため、下痢や便秘などの症状を悪化させたり、反射性の腹痛を起こすことがある。一方、寒冷刺激により分泌される甲状腺刺激ホルモンは胃酸分泌を刺激する。そのため、寒暖の差が大きい晩秋の11～12月、春先の3～4月には胃酸分泌が亢進しやすく、急性胃炎、急性胃粘膜病変、消化性潰瘍など過酸が関係する消化器疾患を悪化させやすい。

### 5. 産婦人科疾患

冷え症は女性に圧倒的に多いことから、一般的に冷えが月経や妊娠に悪い影響を及ぼすと考えられている。実際に冷えが月経不順の一因になることや、冷痛覚が過敏な若い女性ほど月経痛が強くなることも明らかになっている。

## 5 診察

### 1. 問診

発症時期、冷える部位、日内変動・季節変動の有無、月経異常の有無、生活歴（普段の運動状況や食生活、嗜好品、睡眠の状況など）、基礎疾患の有無について聴取する。それらを踏まえ、下記のチェックリストを用いて冷え症の鑑別を行う。

#### 【冷え症タイプのチェック】

次の5つの質問に対して該当するものがあれば加点し、ア、イ、ウそれぞれの合計点数を算出する。

(1) 普段の手足の冷え状態は？

ア 手と足が冷たい（2点）

イ 足は冷たいが手は温かい (2点)

ウ 手も足もどちらも温かい (2点)

(2) 普段の汗のかき方は？

ア 汗はあまりかかない (1点)

イ 上半身に汗をかきやすい (1点)

ウ 全身に汗をかきやすく、冷えやすい (1点)

(3) 普段の食事の量は？

ア 少なめだと思う (1点)

イ 普通だと思う (1点)

ウ 多めだと思う (1点)

(4) 寒い場所にいるとき、どこに最も冷えを感じる？

ア 手と足の指先 (1点)

イ 足先やふくらはぎ (1点)

ウ 下腹部や二の腕 (1点)

(5) 冷えたときに起こりやすい症状は？

ア 頭痛や不眠 (1点)

イ 顔のほてり (1点)

ウ お腹の張りやガス貯留 (1点)

※アの点数が高かった人は、「四肢末端型冷え症」

※イの点数が高かった人は、「下半身型冷え症」

※ウの点数が高かった人は、「内臓型冷え症」

※アの点数が高く、かつ人から「手が冷たい」とよく言われたり、脇で測る実測の体温がいつも低い人 (36.2℃以下) は、「全身型冷え症」

※なお、ア、イ、ウのうち2つの点数が同じくらいの人、2つのタイプを併せ持つ「混合型冷え症」の可能性もある。

## 2. 触診

(1) 足背動脈、後脛骨動脈拍動の確認

足の冷えの場合、左右の足背及び後脛骨動脈拍動の触知が困難であることが多い。しかし、一側のみ触知困難である場合や大腿動脈拍動の左右差が確認できれば末梢循環不全を疑う。

(2) 仙骨部の硬結の確認

触診の際、下部腰椎から仙骨部にかけて硬結や皮下組織の肥厚斑を認めることがあり、この反応は冷え症の頻度と対応している。

## 6 理療治療とセルフケア

### 1. 概要

#### (1) 灸治療

灸治療は冷え症に対する治療方法として最も初歩的に行われるものの1つである。血行不良の領域での灸治療は熱刺激による血管拡張が期待できる。冷えの部位に合わせて配穴し、施術する。温筒灸や知熱灸といった灸痕を残さない施術は慢性的な症状や免疫力の低下した症例に対しても繰り返し施術が可能である。透熱灸は施灸時の熱感が強いが、施術の後になってほかほかと温まってくる。頑固な冷え症状には透熱灸が有効と言われている。

施灸点は、手足の冷えであれば、冷えのある末端部に加えて、やや中枢側の配穴を加えることが有効である。手先の冷えであれば合谷穴や陽池穴に加えて、手三里穴や肩髃穴の併用を、足先の冷えであれば太溪穴、太白穴に加えて、足三里穴などの併用が有効である。

腹部の冷えに対しては、臍部への塩灸が有効とされている。

#### (2) 鍼治療

鍼刺激は末梢における交感神経の過剰な興奮を抑制し、血管拡張を導いて血流の改善をもたらす。刺激方法は、冷え領域の施術では、いわゆる補法として浅刺して10~20分間置鍼する。八邪穴や八風穴は四肢末端の交感神経の緊張を緩和して血流を改善する効果が証明されている。また、鍼通電療法として、三陰交穴と足三里穴に1.5cm直刺し、三陰交穴にマイナス、足三里穴にプラスのクリップをつけ、周波数1Hzで20分間通電するという方法もある。

冷えに伴う筋緊張や痛みが認められる場合には、その緩和を目的として施術する。筋緊張は血管を絞扼して血流低下の一因になり、疼痛は交感神経の興奮による末梢血管の収縮を招いて冷えを悪化させるからである。上肢の冷えについては頸や肩関節周囲の筋緊張と疼痛を緩和し、下肢の冷えについては腰殿部や大腿部の筋緊張や疼痛の緩和を図ることが重要である。

基礎代謝の低下による冷え症の場合には、大巨穴と梁門穴に1.0cm直刺し、大巨穴にマイナス、梁門穴にプラスのクリップを付け、周波数1Hzで腹直筋がリズムカルに収縮する程度の強さで20分間通電する。

#### (3) 手技療法

上述の鍼灸治療に加え、マッサージなどの手技療法も有効である。後頸部から腰仙部にかけての脊柱両側の反応点を刺激することで全身調整を図ることが期待できる。局所の冷えに対しては、軽擦法や軽い圧迫法などを行い循環を改善する。四肢の冷えに対しては、施術部を水平より少し高くして動脈の反応を促進するよ

うな姿勢で施術する。消化吸収の低下による冷えには、脾・胃と関係する経穴や腹部への施術を行う。

#### (4) セルフケア（経筋ストレッチ）

経筋とは、経脈に関連した筋肉系の経絡系統であり、これを十二経筋ともいう。十二経筋は十二経脈の分布に沿った筋肉系統を運行するが、経脈のように臓腑につながることはない。そのため経筋は、手足の三陰三陽で命名される。経筋はいずれも四肢末端から起こり、体幹・頭部へと上行する。経筋は、十二経脈及びそれに関係する絡脈中の気血によって栄養され、正常な筋肉の運動機能を司り、関節運動を維持している。したがって、経筋に異常が生じると筋痛、けいれん、つっぱり感などの症状が出現する。これらの症状は冷え症とも密接に関連しているため、理療治療との併用でより高い効果を期待することができる。

### 2. タイプ別理療治療

#### (1) 四肢末端型冷え症

四肢末端の交感神経の緊張を緩和して血流改善を図ることを目的に、以下のように行う。

ア 八風穴、湧泉穴、築賓穴、太陵穴への置鍼

イ 足三里穴－三陰交穴への低周波鍼通電

ウ 背腰部、腹部など体幹部の温熱療法

※体幹部を温めると体温が上昇し、交感神経の働きも抑制されて冷え症状が改善される。言い換えれば、患部を温めるだけでは効果が現れにくいということである。

エ セルフケア（経筋ストレッチ）

足陽明経筋をストレッチさせ、足趾の血流を一気に改善させる。

(ア)いすに座り、右足を左太ももの上に乗せる。

(イ)右足の甲を左手で持ち、そのまま手前に引く。足の甲が伸びるよう意識する。

(ウ)5秒キープしたら、手を離して5秒休む。これを5回繰り返し、左足も同様に行う。

#### (2) 下半身型冷え症

腰殿部、下腿三頭筋の緊張を緩和し、下肢への血流を改善させることを目的に以下のように行う。

ア 腰殿部、下腿部の手技療法

イ 三焦兪穴、腎兪穴、志室穴、殿部の反応点、築賓穴、湧泉穴への施灸、置鍼

※下半身を温めると静脈を伝わって熱が上半身に集まり、のぼせを助長させる可能性があるため、注意が必要。

## ウ セルフケア（経筋ストレッチ）

足の太陽経筋・陽明経筋・少陽経筋を同時にストレッチさせる。

(ア) いすに座り、右足を左太ももの上に乗せる。

(イ) 右足の甲を左手で持ち、右肘を右膝の上に乗せる。

(ウ) そのまま上半身を前傾させ、右肘に体重をかけて、右膝を真下に押し下げながら5秒数える。左右2回ずつ行う。

## (3) 内臓型冷え症

内臓への血流改善を図ることを目的に以下のように行う。

ア 中脘穴、天枢穴、関元穴、八髎穴、三陰交穴への施灸・置鍼

イ 臍部の塩灸

ウ 腰殿部のマッサージ

## エ セルフケア（経筋ストレッチ）

足の太陰経筋・厥陰経筋をストレッチさせ、大腿部や下腹部の血流を改善させる。

(ア) 床や畳の上で、少し足を開き、膝立ちをしてつま先を外側に向ける。

(イ) そこから正座をするように、関節が痛くならないところまでゆっくりとお尻を下ろしていき、10秒キープ。膝の横に両手をつけて、補助をしながら行う。

(ウ) 同様の動作を無理せず、2～3回ゆっくり行う。

## (4) 全身型冷え症

基礎代謝の亢進と内臓機能の改善を図ることを目的に以下のように行う。

ア 大巨穴－梁門穴への低周波鍼通電

イ 膏肓穴、足三里穴、湧泉穴などへの施灸・置鍼

※甲状腺機能低下症の疑いを考慮し、必要に応じて医療機関への受診を勧める。

## Ⅲ 症例報告

### 1 患者プロフィール

#### 1. 基本情報

70代 女性

身長 150cm

体重 50kg

血圧 123/68mmHg

心拍数 60回/分

#### 2. 主訴

背腰部の痛み

### 3. 現病歴

幼少期から約 50 年間、農作業に従事していた。重量物の運搬など背中や腰に負担がかかることが多く、いつの頃からか症状を自覚するようになった。また、草刈りなどうつむき姿勢での作業も多く、背中が徐々に丸くなり、家族からも指摘を受け、今回来所に至った。

### 4. 自覚症状

普段からうつむき姿勢で過ごすことが多く、体を反らすような動作をすると肩甲間部から胸腰椎移行部にかけて痛みを感じる。臥位から起き上がる際にも同様の痛みが出現する。時々痛みの範囲が腰にまで広がることもある。主訴の他、足先の冷えを感じ、自宅では常に毛糸の靴下を手放せないほどである。冷えは特に夕方になると強く感じる傾向にある。

### 5. 他覚症状

アライメント：Th7～9 棘突起後方突出、腰椎前弯増強

筋緊張：僧帽筋、肩甲挙筋、菱形筋、脊柱起立筋、大殿筋、下腿三頭筋、前脛骨筋

圧痛・硬結：肺俞～膈俞、Th3～9 棘突起直側

大腿後面から足先にかけての冷え

### 6. 既往歴

65 歳 糖尿病（服薬中）

### 7. 家族歴

父・妹・弟 糖尿病

### 8. 参考事項

健康維持のために毎日 1 万歩以上歩いている。

## 2 病態の考察

主訴に関しては、長年の肉体労働や不良姿勢に伴う過度な負担により、背腰部及び殿部の筋緊張が亢進した結果出現したものと考えられる。本患者は主訴に加え足先の冷えを訴えていたが、触察してみると下腿後面、大腿後面など下半身全体に及んでいたこと、一方で上半身は比較的温かかったことが明らかとなった。これは、腰殿部の筋緊張に伴う下肢への血流障害によるものと推測される。従って、本患者の冷え症状に関しては「下半身型冷え症」と捉えることができる。

### 3 治療

#### 1. 治療方針

腰殿部の筋緊張を緩和し、下肢への血流を回復させ、症状の改善を図る。

#### 2. 治療法

ホットパック：背腰部

手技：背腰部を中心とした全身あん摩

※患者からの同意を得られなかったため、鍼灸治療は未実施。

#### 4 経過と考察

初診時から約2か月間に渡り、週に1回の頻度で計10回治療を行った。

初回から4回目までは他覚的に筋緊張が改善されても自覚的には大きな変化がなく、施術直後に症状が軽快しても2、3日後には元に戻ってしまうという状態であった。特に足先の冷えの改善が見られなかったため、セルフケアとして入浴時に足の陽明経筋のストレッチを行うようアドバイスした。その結果、5回目（初診から約1ヶ月後）の施術前の問診では、体位変換時の背腰部痛が軽減し、下半身特に足先の冷えを自覚することはなくなったと話していた。また、これまで1週間に1度の頻度で少量の硬い便を排出していたが、ここ1週間ほどは毎朝のように規則正しく排便があり、患者自身も大変驚いているとのことであった。このような状態が少しでも長く維持できることを願いながら、5回目以降も同様の治療を継続した。これまでのところ、症状の再発は見られていない。背腰部痛に関しては、例え症状が出現しても痛みが持続することはなくなった。冷え症状に関しては夕方になっても足先がぽかぽかと温かい状態が続いているようである。当センターでの治療に加え、ウォーキングの習慣があったこと、ストレッチを毎日継続してくださったことが、効果の持続につながっているのではないかと考える。

## IV おわりに

前述したように、冷え症は熱の分布パターンから4つのタイプに分類される。これらのタイプは原因が全く異なるため、治療に対する考え方や具体的な治療法も異なってくる。したがって、各タイプの特徴をしっかりとつかむことが重要となる。

今回、冷え症についての基本を整理し治療を行っていく中で、患部に直接温熱刺激を与えなくても治療効果を引き出せることを学んだ。更に、置鍼や施灸だけでなく、低周波鍼通電も治療の選択肢になりうることもわかった。

今後も「学びの姿勢」を忘れず、患者の症状や病態に応じた適切な治療ができるよう、努力を重ねていきたい。

《引用・参考文献》

- 1) 伊藤剛著：カラダを考える東洋医学 朝日新聞出版 2018
- 2) 医道の日本 2014年11月号 医道の日本社 2014
- 3) 矢野忠編集：図解鍼灸療法技術ガイドⅡ 文光堂 2012
- 4) 鍼灸OSAKA編集委員会編集：鍼灸OSAKA138号 森ノ宮医療学園出版部 2020
- 5) 森和、西条一止編集顧問：鍼灸医学大辞典 医歯薬出版 2012
- 6) 渡邊賀子監修：冷え症で悩む人に 日本放送出版協会 2000

# 肩甲下筋に着目した施術法

指導員 古川 直樹

## I はじめに

肩関節は非常に広い可動域とともに様々な方向への運動を行う重要な関節であり、周囲には多くの筋が存在している。それらの不調を治療する際にまず着目されるのがローテーターカフを構成する筋である。その中でも肩甲下筋は、他の3筋に比べて深い位置に存在し、診察、治療が行いにくい筋である。

今年度、研修講座や患者の治療を行う際に、肩甲下筋に着目する機会が多くあり、改めて肩甲下筋について学び、考えることにつながったため、簡単にまとめることとした。

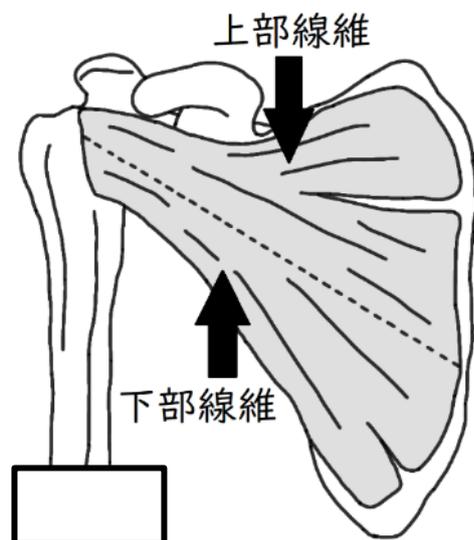
## II 肩甲下筋の基本事項

### 1 解剖学的事項

1. 起始：肩甲骨の肩甲下窩、肩甲下筋膜
2. 停止：上腕骨の小結節、小結節稜の上部、肩関節包
3. 作用：肩関節の内旋、肩関節の固定（肩関節の前方支持機構であり、上腕骨頭を下方に押し下げる）の他、筋走行位置の違いから内転・外転、軽度屈曲・軽度伸展作用もある。
4. 神経：肩甲下神経（C5～C7、腕神経叢の後神経束から起こる）
5. 筋連結：棘上筋（肩関節関節包）

### 2 形態の特徴（図1）

肩甲下筋は、肩甲下窩から上腕骨小結節に向かう三角形の厚い筋であり、筋腹は広背筋と大円筋の停止部（小結節稜）付近のすぐ内側頭方にある。筋腹中には複数のひも状の停止腱が存在し、多羽状を呈している。筋腹は外上方に走行し、大きく6、7本の筋束に分けられるが、作用の違いから大まかに上部線維、下部線維に分けられる。下垂位で外旋する



と上部線維が伸張され、拳上位で外旋すると下部線維が伸張される。

停止腱は棘上筋、棘下筋、小円筋とともにローテーターカフを構成する。他の3筋はいずれも肩関節の後方部分を覆うが、肩甲下筋は唯一前方を覆っている。なお、肩甲下筋の筋量は他の3筋の合計とほぼ等しいと言われ、肩周囲の筋では最も強力な筋と言われている。

また、停止腱は結節間溝の天井を形成する上腕横靭帯となる。さらに、停止腱と肩甲骨の間には腱下包（肩甲下滑液包）があり、肩甲骨との摩擦を軽減している。通常、バイトブレヒト孔で肩関節腔内と交通し、肩峰下滑液包内の関節液の逃げ道となっている。

肩甲下筋は肩甲下神経に支配される。90%以上の人では神経が3本以上に分枝して分布しており、上部3分の2は上肩甲下神経、下部3分の1は下肩甲下神経が支配している。

### 3 働きの特徴

#### 1. 肩関節の安定性との関係

肩関節の水平面および前額面のフォースカップルの調整がある。フォースカップルとは、主動作筋と拮抗筋が同時に働くことで関節軸を安定させ、関節運動がスムーズに行えるようすることである。

肩甲下筋は、肩関節のアライメントや関節安定性を保つために重要である。特に肩関節拳上60度から120度の範囲では、上腕骨頭の前方への偏位を防ぎ、水平面では棘下筋に拮抗し、前額面では三角筋による上腕骨頭を押し上げる剪断力に拮抗し、上腕骨頭を引き下げる作用があると報告されている。

#### 2. 肩関節運動時の筋活動

肩関節回旋中間位での外転肢位において、肩甲下筋上部線維の活動は下垂位で最も大きい傾向が見られ、下部線維の活動は肩甲骨面での拳上120度が最も大きい傾向であったと報告されている。また、肩関節の内旋は筋線維走行が上腕骨長軸に対して直角に近いほど効率的であるため、運動肢位により上腕骨長軸に対して垂直に近い筋束が最も強く活動する。

### 4 触察法

肩甲下筋は肩甲骨と胸郭との間に位置するため、筋腹全体の触知は困難である。そのため、触知可能な外側下縁付近の筋腹を触察する。

#### 1. 触察の手順

(1) 患者は仰臥位、術者は触察部位の外側方に位置する。

- (2) 他動的に上肢を前外側方へ牽引することにより、肩甲骨を外転位、肩関節を屈曲・外転位に保持する。
- (3) 大胸筋の後方と、広背筋および大円筋の筋束の間に四指または母指をあて、これら3つの筋を押しつけながら、指を内側頭方へ押し込む。
- (4) 続いて、十分に内側頭方へ押し込みながら指を後方へ移動させる。わかりにくい場合、肩関節の内旋に伴う筋収縮を触知する。なお、腋窩は脂肪組織が多いため深く指を押し込む必要があるが、神経線維も多いため圧痛に注意しながら愛護的に行う。また、胸郭側には前鋸筋があり、この部分も圧痛を感じやすいため注意する。
- (5) 続いて、後方へ圧迫しながら指を外側尾方へ移動させると、肩甲下筋の外側下縁から指が外れるときの段差を触知できる。なお、停止付近には正中神経や上腕動脈などが存在するので注意する。
- (6) 肩甲下筋の停止部の触察は、肩関節を外旋位にすることで停止部を前方に出てくるようにし、小結節と烏口突起の間で三角筋の表層から指を押し込む。さらに、肩関節を内旋させ、収縮する肩甲下筋を触知する。

### Ⅲ 肩甲下筋の傷害とその病態

#### Ⅰ 概要

肩甲下筋は、肩関節周囲炎に関係する主要な筋肉といわれており、オーバーユースや加齢、外傷などの理由により傷害され、筋の過緊張や硬結、微少な炎症が起こる。その結果、肩関節を中心とした激痛と重度の運動制限を引き起こす。

また、肩甲下筋にトリガーポイントが生じると、周囲の血管を収縮させ、筋細胞の酸素量を減少させる。その結果、隣接する筋に線維組織あるいは肥厚組織が生じる可能性があり、癒着性関節包炎の原因となる場合がある。

#### 2 傷害の原因

##### 1. 日常動作（反復により起こりやすい）

重い荷物を持つ、腕を上挙げる、子供を高く持ち上げる、長時間の不良姿勢（うつむく、前かがみ、パソコン操作、肩をすくめる）、長距離の運転など。

##### 2. 外傷、他の疾患

転倒時に手をつく、またはものをつかむ、肩の脱臼や上腕骨折（長期間のギプスや副木固定、三角巾の使用）、肩関節周囲炎、頸椎椎間板症、片麻痺（上肢の使い過ぎ、誤った使い方）など。

### 3. スポーツ

クローल、野球のフライキャッチや投球、バレーなど、繰り返し力強く上肢を肩より上に挙げる動作、ゴルフのスイング、ボートをこぐ、トレーニングマシンによる反復動作など。

### 3 主な症状

#### 1. 疼痛

肩甲下筋の傷害により痛みを感じる部位は、局所だけではなく、三角筋後部に拡散する。さらに、肩甲骨や上腕三頭筋の下方、手首周囲の締め付けられるような痛みを生じることもある。

痛みの性質は激しい拍動性の痛みやうずく痛みで、肩関節運動時だけではなく、安静時にも起こる。この状態が続くと上腕骨の脱臼が起こる可能性が高くなると言われ、実際に脱臼などが起こると、過剰な外旋が強制され、肩甲下筋の停止部が損傷を受けることもある。

#### 2. 可動域制限

肩甲下筋の傷害が増悪すると、90度以上の屈曲、外転が困難となったり、内旋時に痛みが生じるほか、腕を組むことも難しくなる。

また、肩甲下筋の短縮や攣縮、表層の烏口腕筋や上腕二頭筋短頭との滑走性が低下すると外旋制限が生じる。さらに、腱下包にあるバイトブレヒト孔が閉塞すると強い外旋制限が生じる。あわせて、肩甲下筋の中でも肩甲骨の外側縁から起始する筋束や下角に近い下部筋束は挙上位での外旋を制限する。これらの筋束は関節包の下部に停止するため、伸張性の低下は関節の運動制限に大きく影響する。

#### 3. 肩甲下筋の傷害と関連する筋

棘上筋、棘下筋、小円筋、大円筋、大胸筋、小胸筋、広背筋、上腕三頭筋、三角筋後部線維。

#### 4. 鑑別診断

肩甲下筋が原因となって起こる症状と類似した症状を起こす疾患が多くあるため、医療機関での診察やMRI検査などを受けてもらい、鑑別する必要がある。ただし肩甲下筋の傷害も同時に起こっている可能性もあるため、症状と診察結果を踏まえて治療対象を検討する必要がある。

##### (1) 鑑別すべき疾患

腱板断裂、癒着性関節包炎、C7神経根障害、胸郭出口症候群、手根管症候群、インピンジメント症候群、ローテーターカフ腱炎、心疾患、肺疾患など。

## IV 肩甲下筋に対する施術

肩甲下筋は触察できる範囲が限られているため、その中で筋の緊張や硬結、圧痛をみていく。特に肩甲骨外縁に沿った筋線維や停止部である小結節周囲の圧痛は重要な所見となる。また、肩関節最大屈曲時の強い痛みや関連痛領域の痛み、外旋制限の状態にも着目する。特に五十肩に関しては、肩甲下筋の傷害や過緊張、柔軟性の低下がきっかけとなり発症する可能性の高いと言われており、しっかりと診察することが重要と考えられる。

施術は、その存在部位から鍼施術よりも手技療法やストレッチの方が行いやすい。刺鍼する際には筋の走行を踏まえ、適切な刺入角度や深度をしっかりと意識して行う必要がある。

肩甲下筋の傷害が肩周囲の疼痛のきっかけとなり、周囲の筋の傷害につながっていくことも多い。そのため、周囲筋の状態にも留意し、必要に応じてそれらの筋に対しても治療を行うことが必要となる。また、セルフケアについては、傷害の初期段階から行うことがより効果的と言われている。なお、以下の施術内容については、右側を患側とする。

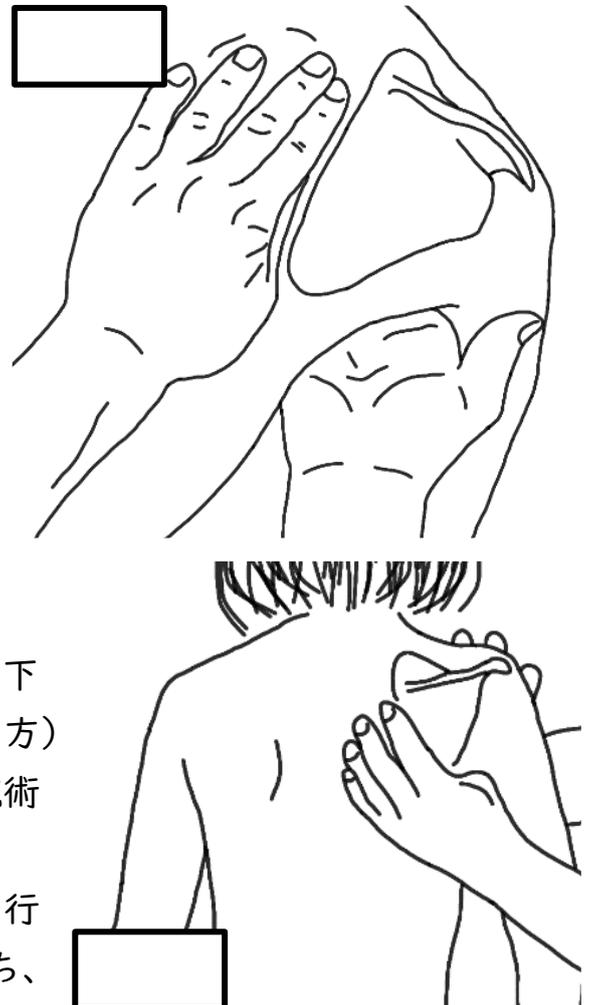
### 1 クリニカルマッサージ

#### 1. 肩甲下筋の押圧 (図2)

筋の起始から停止まで筋線維の方向に沿って、指を移動させて圧をかけていく。

- (1) 患者は伏臥位。術者は患者の右側で、頭方を向いて立つ。
- (2) 患者の肩関節を45度外転、手掌を上にして肘を屈曲させる。
- (3) 左手を肩甲骨内側縁に置き、肩甲骨を上外方に押圧する。
- (4) 右手四指を腋窩後縁を形成している筋束上にあて、肩甲骨に向けて押圧する。
- (5) 筋肉深くに押圧しながら、筋肉の上から下（あるいは下から上、いずれでも行いやすい方に指先を滑らせ、できるだけ多くの筋肉に施術する。

※この方法は、患者を仰臥位または坐位として行うこともできる。仰臥位の場合は患側に立ち、



左手を肩甲骨の下に置き、指先を内側縁にひっかけ、肩甲骨を外側に引っ張る。同時に右手の四指で肩甲下筋をしっかり押圧する。坐位の場合は横に座り、腋窩後壁を把持するようにあて、母指で押圧する（図3）。

## 2 ASTR（アスター）

ASTRは、始めに目標とする組織の緊張がゆるむポジションをとり、目的の部位を母指などで圧迫固定して組織に予備的な伸張を加え、その後、関節の動きを利用して組織にストレッチを行う手技である。

### 1. 用語について

#### (1) プレポジション

対象となる筋の起始と停止を近づけた状態。患者の姿勢を示す。

#### (2) フックポジション

プレポジションの状態制限のある組織に押圧を加え、縦方向に牽引することにより、組織を局所的に伸張した状態を示す。なお、ASTRの治療対象となるトリガーポイントや硬結、圧痛が存在する部位をフックポイントと呼ぶ。

#### (3) ストレッチポジション

押圧したまま、対象となる筋の起始と停止を遠ざけた状態。関節運動を伴わせることによって、より大きなたこの力を発生させ、押圧した組織をさらに伸張させる。ここでは主に他動運動による方法を紹介しているが、自動ないし自動介助運動で行う場合は、患者に口頭にて運動方向の指示を行う。

### 2. 行い方

1つの圧痛点に対し、まず4、5回のASTRを行った後、症状の改善ないし消失を確認する。改善が不十分な場合、筋内の圧痛部位のやや遠位と近位にASTRを追加すると効果的なことが多い。この際、筋結合の走行を意識して遠位・近位を判断する必要がある。単一のトリガーポイントだけとは限らないので、筋内に複数の硬結や圧痛点、トリガーポイントを認めれば、そのひとつひとつにASTRを行う。

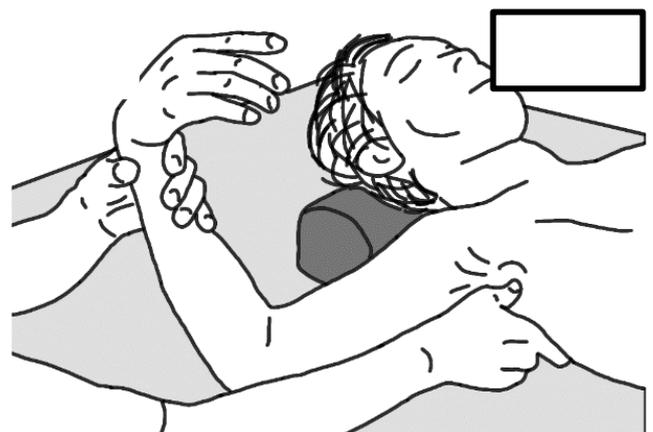
### 3. 肩甲下筋（起始側、図4）

#### (1) プレポジション

患者は仰臥位、右上肢を外転・内旋させる。

#### (2) フックポジション

右肩甲下筋に母指または示指・中指で押圧を加え、肩甲骨内側縁方向へ押して



保持する。

### (3) ストレッチポジション

右上肢を外旋させる。(1)~(3)を繰り返す。

### (4) 補足

敏感でくすぐったがる患者の場合、始めに手掌全体で大きく触れ、そのまま手を離さずに指を滑らせて押圧させると比較的よい。

## 4. 肩甲下筋（停止側、図5）

腱板前方にトリガーポイントが生じた場合に行う。

推奨するフックの手法：母指、示・中指  
治療手順



### (1) プレポジション

患者は仰臥位、右上肢を外転・軽度内旋させる（大きく内旋すると、腱に触れなくなるので軽度に留めておく）。

### (2) フックポジション

肩甲下筋停止部にあたる上腕骨小結節に母指または示指・中指で押圧を加え、肩甲骨方向へ引いて保持する。押圧の際は、烏口突起（内方）・三角筋（外方）・大胸筋（下方）に囲まれた間隙より進入する。

### (3) ストレッチポジション

右上肢を外旋させる。(1)~(3)を繰り返す。

### (4) 補足

小結節がわかりにくいときは、上腕外旋位でまず大結節を触り、さらに内方に指を滑らせると小結節に触れる。上腕を内旋して肩甲下筋を収縮させると、小結節の前方で筋（腱板）の動きを感じることができる。

## 3 他動的ストレッチ

筋の起始・停止を確実に遠ざけるように行う。患者の上肢を把持する際には、皮膚ずれによる痛みを防ぐため、虫様筋握り（MP 関節屈曲位、IP 関節伸展位、手関節中間位）を意識し、骨までしっかり持つよう意識することが重要である。また、肩関節の動きは肩甲骨面上での動きであることに留意する。なお、ストレッチの時間は効果的に筋緊張の緩和が得られるとされている 30 秒程度とする。

## 1. 肩甲下筋上方線維 (図6)

肩関節、肘関節 90 度屈曲位での外旋で突っ張り感がある際に行う。

肩関節を外旋、軸圧をかけながら肩甲骨面で内転させる。

内転時、肩甲骨が下方回旋しないよう注意する。

(1) 患者は仰臥位、ベッドの端に寄る。

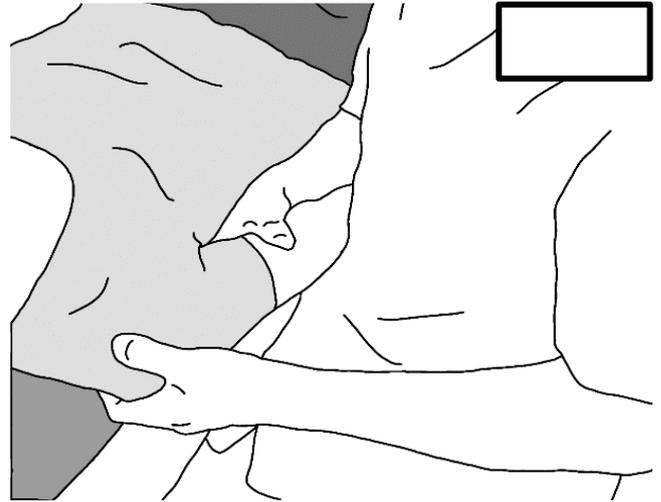
術者は右側に立つ。まず、患者の肩関節を肩甲骨面 45 度挙上位 (屈曲、外転 45 度程度) とする。

(2) 術者は左母指末節骨を患者の小結節にあて、中指は大結節後方を把持する。

(3) 術者は右前腕を回外位とし、患者の上腕骨やや遠位部を後面から外側にかけてしっかりと把持し、患者の前腕を術者の右脇で軽く挟む。

(4) 術者は、上腕骨と小結節でしっかりと操作できるように把持しながら、同時にきれいな軸回旋ができるよう意識して肩関節を外旋させる。

(5) 最大外旋位まで操作したら、術者は、患者の上腕に軸圧をかけながら、右脇に挟んだ上肢を内転しつつ、可能な範囲まで肩関節を内転させる。



## 2. 肩甲下筋下方線維 (図7)

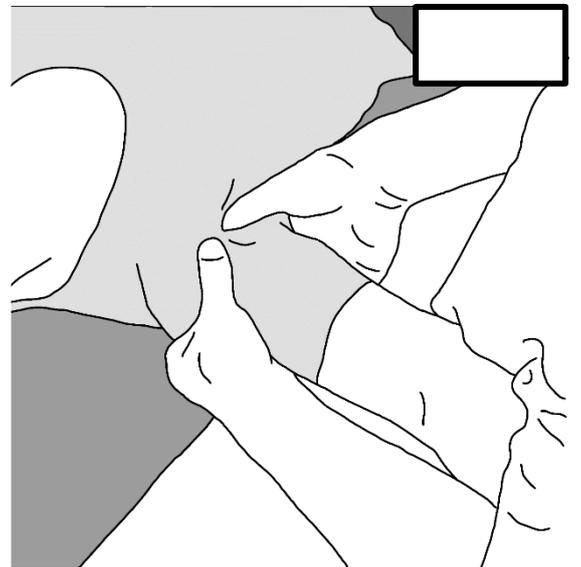
肩関節 90 度外転位、肘関節 90 度屈曲位での外旋で突っ張り感がある際に行う。

肩甲下筋下方線維を圧迫固定しながら、肩関節を外旋、肩甲骨面で外転させる。

(1) 患者は仰臥位、ベッドの端に寄る。術者は右側に立つ。患者の肩関節をやや外転させ、90 度程度挙上する。術者は患者の前腕を左脇で軽く挟む。

(2) 術者の右母指の指腹を、腋窩中央の肩甲骨面にあてるように置き、肩甲骨と胸郭 (肋骨) の間に滑り込ませる。そのまま右母指の指腹を肩甲下筋下方線維にあてて圧迫しつつ、近位へ移動させて固定する。

(3) 術者は左手で患者の大結節を把持して外旋させる。その際、患者の上肢遠位を用いて肩関節を 90 度程度まで外転しつつ、術者の体幹を左へ傾斜させる。



## 4 鍼施術

### 1. 基本的な刺鍼法

肩甲下筋に直接刺鍼する場合は、筋がより表層に近い位置となるよう、可能な範囲で患者の肩関節を外転、外旋、肘屈曲（結髪動作）にして行う。また、上肢や手の下にタオルなどを入れ、同一姿勢による負荷を軽減するように工夫する。

刺入部位は肩甲骨外縁付近の筋腹か小結節周囲とする。触察により筋の走行を確認し、緊張や圧痛のある部位を目標に直刺する。刺入深度は2 cm程度を目安とするが、触察時の感覚、体格などを参考に調整する。また、刺入方向は肩甲下窩を目標とし、肋間方向に行かないよう十分注意する。

刺入により肩関節部や関連痛領域にひびきを感じることもある。緊張の度合いにより、軽い雀啄を加えたり、単刺または置鍼する。

## 5 セルフケア

### 1. 押圧

軽く前かがみの姿勢になり、左手で右腋窩後壁を挟むように指をあて、母指で肩甲下筋を圧迫する。筋緊張の強い部位や痛みが放散する点、症状が再現される部位を探し、筋が柔らかくなる、もしくは痛みが消えるまで圧を留める。最長5分程度行う。

### 2. ストレッチと運動

#### (1) 肩甲下筋の運動

立位で健側の手で机などにつかまった状態で、身体を軽く前傾させて患側の腕を完全に脱力させる。左腕の場合は時計回り、右腕の場合は反時計回りに大きな円を描くようにそれぞれ回す。

#### (2) 大胸筋ストレッチ

肩甲下筋に関わる大胸筋をストレッチすることも効果的と言われている。

ア 廊下の角などに立ち、右肩関節を90度外転させ、壁に沿ってあてる。

イ 右側の足を一步前に出し、体幹を左に回旋させる。

ウ 外転の角度をさらに約45度挙げたり、下げたりして、イと同じように回旋する運動を繰り返す。

#### (3) 日常生活の中でのストレッチ

車の座席あるいは椅子の背面に手を回した状態で休憩したり、腕を頭の後ろに組んだり、天井に向かって手を伸ばすなど、隙間時間に行う。

#### (4) 肩内旋運動

肩腱板筋力の低下や肩関節前方の伸張性の低下、肩関節拳上位での外旋制限な

どの際に行う。

ア 大胸筋、肩甲下筋上部線維にアプローチする際は立位、肩甲下筋下部線維、大円筋にアプローチする際には坐位で行う。

イ 上腕を体幹につけた状態で、肘屈曲 90 度、かつ肩関節最大外旋位とする。

ウ ゴムチューブなどを用いて、最大内旋位まで内旋運動を行う（図 8）

エ 坐位で行う場合は、肩関節屈曲 90 度とし、胸ぐらいの高さの台（ベッドなど）に上腕を置き、安定した肢位で行う。

※負荷は肩甲骨内旋（前突）の代償がなく、最終域まで運動可能な程度とする。

### 3. 日常生活での注意点

- (1) 適切な座り方を身につけ、職場などの環境を改善する。また、正しい姿勢を身につける。
- (2) 座っているときは、定期的に腕を動かすようにする。また、椅子の肘かけに腕を置く。
- (3) 患側を下にして側臥位になったり、仰臥位で寝るときは、枕やタオルなどを腕の下などにいれ、痛みの起こらない肢位になるよう工夫する。

## V 症例

### 1 患者情報

54 歳、女性、趣味で乗馬をしている。

### 2 主訴と現病歴

主訴は左肩関節痛。3ヶ月前に落馬し、左側の肋骨骨折や上肢帯を強く打つなどした。その後、患部の固定等不自由な姿勢で過ごしていた。1週間前から、左の頸から肩甲間部、腋窩の奥の方の強い痛み、重だるさを感じるようになった。

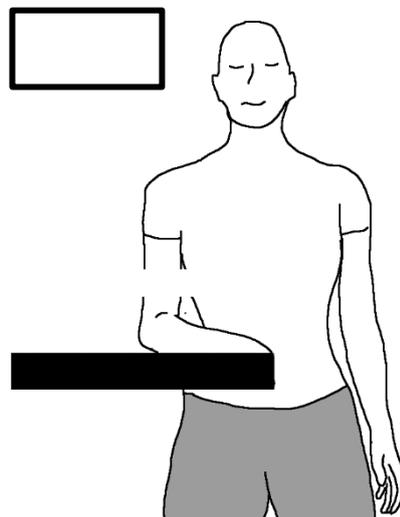
### 3 他覚所見

筋緊張：頭板状筋、僧帽筋、肩甲挙筋、大胸筋、大円筋、左肩甲下筋

圧痛・硬結：肩井、魄戸、肩痛点、左（極泉、庫房）

頸部後屈時に左肩の主訴が増悪する。

肩関節可動域制限なし。



#### 4 病態把握と施術内容

肋骨の骨折や肩周辺を強く打ったこと、また、その後の患部固定による不良姿勢で過ごしたこと、さらに、腋窩部の奥や肩周囲、前胸部の痛みから、肩甲下筋の傷害が起こっていると考えた。なお、可動域制限は見られなかったが、運動とともに強い疼痛が見られた。これらのことを踏まえ、肩甲下筋へのアプローチを行うこととした。

治療は、頸肩周囲を温めた後、寸3-1番のセイリン製ディスポ鍼を使用し、左側の風池のやや下、頸百勞、小円筋起始部、臑兪、極泉、庫房、両側の肩井、魄戸に置鍼した。その後、頸肩部、左肩関節周囲中心にあん摩施術を行った。

極泉は肩甲下筋への刺鍼点として便宜上設定したポイントで、肩甲下筋の緊張、圧痛が見られた部分に対して直刺で約2cm刺鍼した。1.5cmほどの深さで筋に到達する感覚が得られたため、そこから5mm程度刺入した。患者からは痛む部位に放散するようなやや強めのひびきがあるが、不快ではなかったためそのまま置鍼した。また、あん摩では仰臥位および座位にて肩甲下筋を狙った手技を行った。

#### 5 経過と考察

10日後に来所。肩関節周囲の症状についてはやや軽快が見られたが、まだつらさが残っているとのことであったため、ほぼ同様の治療を行った。その後、仕事の関係でしばらく来所できなかったが、次回来所時に確認すると、2回目の治療以降、症状はあまり気にならなくなったとのことだった。

今回の症例では、刺鍼時に普段痛む部位と同部位にひびきを感じたため、肩甲下筋のトリガーポイントへの刺激が行えたと判断した。また、あん摩でも指先にあたる筋の硬結を感じながら行った。それらの刺激により、肩甲下筋のトリガーポイントおよび緊張が緩和され、疼痛の軽減に繋がったのではないかと考えている。

他の手技やストレッチ、セルフケアなどの様々なアプローチ方法があるが、初回の治療であったこともあり、まずはシンプルな施術法を行うこととした。初回治療後に効果が見られたため、2回目も同様の施術内容とした。

#### 6 その他の症例

上記の他、慢性的で頑固な肩こりの患者に対し、治療の一環として肩甲下筋を施術することで、症状の軽減が見られた症例もあった。通常の施術では痛みを強く感じやすい部位であるが、心地よさを感じる場合には症状の軽減が期待できる

ことが多く、積極的に施術すべき部位と感じている。

## VI おわりに

これまで、施術の対象として着目することのなかった肩甲下筋に着目し、身体での役割や周囲筋の影響、施術についてより詳しく調べる機会となった。肩関節周囲の症状について、考えていた以上に重要な役割があり、また症状のきっかけや原因の中心ともなることを改めて確認した。このことを踏まえ、肩関節周囲の症状に対する診察、治療の幅を広げていきたい。

### 《引用・参考文献》

- 1) 河上敬介、磯貝香編集：骨格筋の形と触察法（改訂第2版） 大峰閣 2013
- 2) 林典雄監修・鵜飼健志編著：機能解剖学的ストレッチング 上肢、メジカルビュー社、2016
- 3) 工藤慎太郎・MKPT 研究会編集：機能解剖と触診、羊土社、2019
- 4) Valerie DeLaune 著、伊藤和憲監訳：トリガーポイント治療 セルフケアのメソッド、緑書房、2015
- 5) Simeon Niel-Asher 著、伊藤和憲監訳：ビジュアルでわかるトリガーポイント治療 増補改訂版、緑書房、2018
- 6) Devin J.Starlanyl and John Sharkey 著、伊藤和憲監訳：複雑な症状を理解するためのトリガーポイント大事典、緑書房、2017
- 7) 北川洋志：症状別トリガーポイント療法 肩関節編、医道の日本 2017年2月号 p104-109
- 8) James H.Clay/David M.Pounds 著、大谷素明監訳：改訂版クリニカルマッサージ、医道の日本社、2009
- 9) 松本不二生、沓脱正計著：痛みの臨床に役立つ手技療法 ASTR、医道の日本社、2007
- 10) 中山裕子 他著：肩関節挙上角度と肩甲下筋の筋活動の関係、理学療法学第35巻第6号 p292-298、2008
- 11) 中島将武 他著：日常生活動作の肩甲上腕関節の安定性と肩関節周囲筋の筋張力の関係、理学療法かごしま第1巻 p11-17、2022
- 12) 清水巖郎 他著：肩甲下筋の効果的なストレッチング方法の検討 せん断波エラストグラフィー機能を用いた検討、第51回日本理学療法学会大会抄録、2016

令和5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6年9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