

厚生労働科学研究費補助金

医療安全・医療技術評価総合研究事業

脊椎原性疾患に対する適正な

施術の在り方に関する研究

(H16-医療-018)

平成16年度～18年度 総合研究報告書

主任研究者

宇都宮 光明 財団法人全国療術研究財団常務理事

分担研究者

福田 潤 財団法人全国療術研究財団理事

松本 徳太郎 全国療術師協会理事長

## 目 次

### I. 総合研究報告

脊椎原性疾患に対する適正な施術の在り方に関する研究

宇都宮 光 明

カイロプラクティック等における禁忌症ガイドライン・・・・・・・・・・ 5

- (資料) 1、カイロプラクティックの基礎教育と安全性に  
関するWHOガイドライン・・・・・・・・・・ 27
- 2、カイロプラクティックの安全性に関する  
WHOガイドラインについて・・・・・・・・・・ 73
- 3、平成16年度総括研究報告書・・・・・・・・・・ 77
- 4、平成17年度総括研究報告書・・・・・・・・・・ 111
- 5、医業類似行為に対する取扱いについて・・・・・・・・・・ 149
- (平成3年 厚生省健康政策局医事課長通知)

## 脊椎原性疾患に対する適正な施術の在り方に関する研究

主任研究者 宇都宮 光明 財団法人全国療術研究財団常務理事

### 研究要旨

わが国においては、あん摩マッサージ指圧師や柔道整復師の免許を有する者以外の行う手技療法に対する法規制は事実上、存在せず、厚生省健康政策局医事課長通知（以下「課長通知」）によってカイロプラクティックなど手技療法についての禁忌症が定められているだけである。しかし、法的に診断や検査が認められていないカイロプラクティックなど手技療法を行う者がどのように禁忌症に対応すべきかは明らかにされてこなかった。

この研究は、カイロプラクティックなどの施術を受ける患者の方々の安全を確保する観点から、禁忌症とされる脊椎原性疾患等に対する適正な施術の在り方について、平成16年度から18年度の3年間にわたって調査研究したものである。

初年度は、カイロプラクティックについて法制化されているアメリカ合衆国とカナダの対応状況について調査した結果、両国ではカイロプラクティックなどの対象とならない禁忌症を定めるのではなく、積極的に治療できる業務範囲を定めるとともに、業界団体の自主規制によって安全確保を図っていることが判明した。

次年度は、カイロプラクティックの施術を行っている者（以下「施術者」）及び施術を受けている患者の方々の禁忌症に関する意識についてアンケート調査を実施した。この結果、多くの施術者は課長通知の存在や禁忌症については承知しているものの、診断権がないため、どのような症状の場合に、どのように対応すべきなのか、迷っていることが判明した。また、施術を受ける患者の方も自分の病名を認識していることは少なく、また、医療機関で治療を受けていることを施術者に告げたり、逆に施術を受けていることを医師に告げたりすることも稀であることがわかった。

3年度においては、2年間の調査結果を踏まえ、WHOのガイドラインも参考にしつつ、診断権、特に検査のできないわが国のカイロプラクティックの施術者等が、どのような場合に禁忌症と判断するのか、禁忌症に限らず、リスクの高い患者と判断した場合にどのように対応するのかのガイドラインをまとめた。なお、この過程で関係団体や施術者、また有識者の意見を3回にわたってヒヤリングをした。

### 分担研究者

福田 潤 財団法人全国療術研究財団理事  
松本徳太郎 全国療術師協会理事長

### A. 研究目的

わが国では、カイロプラクティックなどの手技療法については、法規制がなく、医師法その他に抵触しない限り自由に業務を行うことができることとなっている。また、法制度がない結果、施術者となるための要件も定めがなく、外国で正規の養成施設を卒業した者や全国療術研究財団などで相当長期にわたる研修を終了した者がいる一方で、ほとんど研修を受けていない

技量の未熟な者も存在する。

平成3年に課長通知によって、カイロプラクティックなどの手技療法を行う際の禁忌症が通知された。しかし、医師と異なり、施術者には診断権がなく、また、血液検査や画像診断を行うことが認められていないため、実際に施術所に来た患者が禁忌症かどうかをどのように判断するのか、そのリスクはどの程度であり、どのような対応が求められるのかについては従来、明らかにされてこなかった。

この研究は、課長通知の趣旨を生かし、カイロプラクティックなどの施術を受ける患者の安全を確保するために、施術者に対し、患者が禁忌症等リスクの高い者である可能性があると考えられたとき、どのような基準で禁忌症かどう

かを判断するのか、その場合にはどのような対応をすべきかの基準を作成することを目的として実施したものである。

## B. 研究方法

本研究は外国の法制度の調査、施術所の実態や施術者の意識等に関する調査、それを踏まえてカイロプラクティック等における禁忌症のガイドラインの作成の3段階に分けて行った。

主任研究者及び分担研究者は協同して調査計画を作成し、平成16年度は、平成16年9月から10月にかけてアメリカ合衆国アリゾナ州及びカナダ連邦オンタリオ州の政府機関および関係団体を訪問し、資料収集と事情聴取を行った。

平成17年度は、施術者に対し、課長通知の認知度および対応状況、リスクの高い患者との関係などについての意識調査を実施した。有効回答は440件であった。また、施術を受けている患者に対し、医療機関と施術所との関係をどのように捉えているかの意識調査を行った。

平成18年度は、これらの調査を踏まえ、3人の研究者が集まってWHOの作成したカイロプラクティックの安全性に関するガイドラインも参考にしつつ、血液検査や画像検査などの結果を利用できないことを前提に、施術者がリスクの程度を判断できるような基準及び対応法を整理した「カイロプラクティック等における禁忌症ガイドライン(案)」を作成し、カイロプラクティック等の関係団体28団体に対して同ガイドライン案を提示して意見を求めるなど広く意見の集約に努めて、ガイドラインとして完成させた。

### (倫理面への配慮)

本研究は、外国の制度調査、無記名・自由参加のアンケート調査、ガイドラインの作成のみであり、特に倫理上、配慮すべき課題はなかった。

## C. 研究結果

アメリカ合衆国及びカナダ連邦の制度を調査した結果、両国では州によって若干の制度の差はあるものの基本的には共通の構造をもっていることがわかった。具体的には、資格制度を定めた法律においてカイロプラクティックの免許を有する者が行うことのできる業務範囲が列挙されていること、カイロプラクティックに関する教育、業務内容その他に関して規制を行う業

界団体があり、そこで自主的に、かつ専門的なルールづくりが行われていることが分かった。逆に日本の課長通知のような禁忌症など施術者が行ってはならない対象疾患等についての規制は行われていないことが判明した。なお、両国とも施術者は必要だと判断したときは、医療機関の受診を勧奨する義務があるとしている。

施術者に対するアンケート調査の結果では、ほとんどの者が課長通知の存在については認識しており、禁忌症についても一般的には理解していた。しかし、どのようにして患者が禁忌症であるかを判断してよいかについてはほとんどの施術者が困惑していること、比較的高齢者が多いこともあって患者自身が正確に自分の病名を認識していないし医師に受診していることを施術者に告げることは稀であること、施術者はリスクが高いと判断されたときはそれぞれに施術法に工夫をして対応していることが判明した。

また、患者に対するアンケート調査の結果では、医師に対してカイロプラクティックなどの施術を受けていることを告知せず、逆に施術者に対しても医療機関で受診していることを告知しない傾向にあることが分かった。

禁忌症等に対するガイドラインづくりにあたってWHOのガイドラインを参考にしたが、ここで挙げられている症例は極めて重症なものが多く、一般的に日本の施術所に施術に来る患者のイメージに合わないものが多かった。また、課長通知に挙げられている疾患についての鑑別診断基準を検討し、検体検査、画像検査など施術者に認められていない検査の基準による判断を除外し、外形的に判断できる事項を抽出した。また、それぞれの症例の医学的なリスクを評価し、カイロプラクティックの施術等で実施可能なもの、強度や部位など慎重に対応すべきもの、判断がつき次第に医療機関の受診を勧奨すべきものに分けて整理した。以上の事項をもとに別添のような判断、対応方法などについてガイドライン(案)としてまとめ、関係団体等の意見を聴取した上で、報告書とした。

## D. 考察

今回の研究の結果、判明した事項としては次のとおりである。

- カイロプラクティックの施術について制度化しているアメリカ合衆国やカナダ連邦では業務の範囲を積極的に定義することによって、逆に医師と施術者の連携の義務を課している。しかし、わが国のように施術者

の資格自体を制度化していない場合には医師と施術者との間の連携をとることを制度的に保証することが困難である。

- カイロプラクティック等が制度化されていない状況では、医師と施術者が協力関係というよりは対立関係にあり、医師の治療に不満な患者が施術を受ける傾向にある。このため、施術者の側でも医療の限界を強調する傾向にあり、患者安全の観点から医師と施術者の連携をとる体制を整備するには程遠い関係にある。
- ガイドラインの作成にあたっては、診断・検査権のない施術者が外形的に判断できる項目を整理する必要があるが、法制的に施術者が中途半端な状況に置かれていることの限界を解決するものとして本ガイドラインを位置づけるしかないという判断にいたった。
- 脊椎原性疾患として分類される疾患においても症状によってリスクが相当に異なるため、一定のルールに従って施術する限り、腰痛などの緩和を希望する患者に対して一定の安全性と有効性を確保した施術となりうると思われる。
- 逆に、高齢者など脊椎原性疾患に罹患している患者と分類されないものについても、一定のリスクがあることは既に施術者の間で認識されており、一定の対応がなされていることが分かったが、ガイドラインではそれを含め、対応方法の標準化を試みている。

## E. 結論

カイロプラクティックなどの施術者の知識水準が多様であることと、外見的にしか判断できないことを前提に、患者の安全確保の観点から施術者が遵守すべき判断基準及び対応方法としてガイドラインを作成した。今後、当ガイドラインについて施術者が学習していく機会を確保するとともに、施術者が現実に行っている施術法等を考慮して、このガイドラインの改正を重ねていくことが重要である。

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

未定（ガイドラインについては関係機関及び

関係団体に配布予定）

## 2. 学会発表

平成19年度における日本療術学会において発表予定である。

## H. 知的財産権の出願・登録状況

### 1. 特許取得

なし

### 2. 実用新案登録

なし

### 3. その他

なし

## カイロプラクティック等における禁忌症ガイドライン

(1) 目的	7
(2) 患者安全の観点からみた事故等の発生理由	8
(3) 絶対的な禁忌症と相対的な禁忌症	10
(4) 禁忌症の診断	10
(5) 禁忌症 ①～⑰	11

## カイロプラクティック等における禁忌症ガイドライン

### (1) 目的

カイロプラクティックなどの手技療法は、現在、法的な資格制度がない。このため、さまざまな人々が施術に従事しており、施術法も受けた研修内容もバラバラな状況にある。また、確立された標準的な施術手順も存在しない。

カイロプラクティックなどの手技療法を受けている患者は相当数に上るものと考えられるが、カイロプラクティックなどの施術者の質や対応方法が玉石混濁の状態では、患者の安全性が十分に確保されているとは言いがたい状況にある。このため、発生した幾つかのトラブルを受けて平成3年には厚生省医事課長通知によって、カイロプラクティック等手技療法の禁忌症等について定められた。しかし、必ずしも現場で適切な対応がなされているとはいえない状況であった。

そこで、平成16年度から平成18年度の3カ年間にわたり、厚生労働省の厚生労働科学研究費を受け、カイロプラクティックなど手技療法の安全性を高めるための方策について研究をすることとなった。平成16年度は、アメリカ合衆国やカナダにおけるカイロプラクティックの法制度についての調査を実施した。この結果、アメリカやカナダにおいては禁忌症など具体的な禁止項目は列挙せず、むしろ積極的に治療できる手法等を定めていることが判明した。平成17年度は、カイロプラクティックなどの施術を行っている者と施術を受けている患者に対するアンケート調査を実施した。この結果、平成3年の医事課長通知の現場での受け止め方・理解度は様々であること、また、施術を受ける患者が自身の病状について正確に認識していなかったり、医療機関を受診していることを告げないケースが多かったりするため、施術者が禁忌症を把握することは容易ではないことが判明した。

本ガイドラインは、禁忌症に限らず高齢者などリスクの高い患者がカイロプラクティックなどの施術を受ける際の安全性を確保するため、平成16年度、17年度の研究の成果を踏まえた平成18年度研究として、禁忌症等への対応方法を取りまとめたものである。

現在、カイロプラクティックなどの手技療法は法的な資格として認められておらず、規制の対象となっていないため、あん摩マッサージ指圧、はり、きゅう、柔道整復などに該当しない限り、「医業類似行為に対する取り扱いについて」（平成3年6月28日 医事第58号。以下単に「課長通知」という）の通知以外に規制根拠はない。

具体的には、課長通知の「2いわゆるカイロプラクティック療法に対する取扱いについて」によって、「(1) 禁忌対象疾患の認識」として、カイロプラクティック

療法の対象とすることが適当ではない疾患として「一般には腫瘍性、出血性、感染性疾患、リュウマチ、筋萎縮性疾患、心疾患等」が挙げられ、「徒手調整の手技によって症状を悪化しうる頻度の高い疾患、例えば、椎間板ヘルニア、後縦靭帯骨化症、変形性脊椎症、脊柱管狭窄症、骨粗しょう症、環軸椎亜脱臼、不安定脊椎、側彎症、二分脊椎症、脊椎すべり症などと明確に診断がなされているものについては、カイロプラクティック療法の対象とすることは適当ではないこと」とされている。

また、「(2) 一部の危険な手技の禁止」として、「頸椎に対する急激な回転伸展操作を加えるスラスト法は、・・・禁止する必要があること」としている。

このほか、「(3) 適切な医療受療の遅延防止」として医療機関の受診勧奨や「(4) 誇大広告の規制」を挙げている。

なお、WHOでは、2006年に「カイロプラクティックの基礎教育と安全性に関するガイドライン」を取りまとめているが、同ガイドラインは一定の診断権などを有する欧米諸国のカイロプラクターを対象にしたものとなっており、必ずしもわが国にそのまま適用できるものとはなっていない。

本ガイドラインは、カイロプラクティックなどの施術を受ける患者の安全性を確保することを目的として、課長通知を前提に、WHOのガイドラインを参考にしつつ、臨床現場にあるカイロプラクターが禁忌症などリスクを回避するためのガイドラインとして活用できるよう取りまとめたものである。本ガイドラインはカイロプラクティックの適応症や有効性についての研究成果をまとめたものではない。また、当然、本ガイドラインは完成されたものではなく、今後、各界の意見を受けて修正を重ね、医学的にも臨床的にも適切なものとして発展していくことを期待するものである。

## (2) 患者安全の観点からみた事故等の発生理由

カイロプラクティック等手技療法による事故や重篤な副作用の発生頻度は必ずしも高いものではないし、発生した事故等が患者の罹患していた疾患の自然な展開なのか施術による急性増悪なのかは不明なことが多い。しかし、避けられる事故は施術者の努力によって避けなければならないし、リスクの高い施術は実施すべきではなく、医療機関での受診を勧奨するなど患者離れをよくしなければならない。

カイロプラクティック等手技療法によって発生する事故の原因としては次のようなものが想定される。

### (ア) 施術者の禁忌症等に対する知識不足

禁忌症などに対する理解が不足しているため、明らかな禁忌症の兆候を見逃し、危険な施術を実施してしまうケースである。禁忌症自体に対する知識に欠ける場合と、禁忌症自体の知識はあるものの禁忌症としての判断が



つかなかった場合がある。禁忌症自体の知識にかける場合はいうまでもなくカイロプラクターに責任がある。また、禁忌症の知識があるだけでなく、カイロプラクターは問診・触診などによって禁忌症等かどうかを判断し、リスクが高いと判断された場合には医療機関での検査等を勧奨する必要があるため、これを怠って事故を起こした場合にはカイロプラクターは責任を免れない。

#### (イ) 施術者の技能の欠如

施術者の技能が不足している結果、引き起こされる事故で、たとえばスラストの力を入れすぎたことによって頸椎損傷を起こしたようなケースがある。禁忌症に限らず、発生しうるもので、全面的に施術者の責任となる。

#### (ウ) 法的制限による診断評価の限界

(ア)のように禁忌症等かどうかをカイロプラクターは判断しながら施術をする必要があるが、カイロプラクターは医師と異なり、検査等を行う権限をもっていないため、問診・触診などによっても禁忌症の存在が推測できないようなケースについては責任があるとは言えない（課長通知においても「明確な診断がなされているもの」としており、診断がついていないものまで禁忌としてはいない）。つまり、医師が禁忌症を判断する基準に比べカイロプラクターが判断する基準は低くならざるを得ないだろう。

#### (エ) 医療専門家との連携不足

医療機関の治療を受けている患者については、疾患名や画像データ、治療方針等を把握した上でカイロプラクティック療法を実施するのが安全である（上記のWHOのガイドラインでも医療機関との共同マネジメントの必要性に言及している）が、実際には、医師が積極的にカイロプラクターに情報提供するケースは稀である。また、患者も医療機関で受診しても疼痛等が緩和しないためカイロプラクティック療法を受けるケースが多く、それぞれで治療していることを隠していることが多い。情報不足によって発生する事故である。

#### (オ) 患者の耐性に関する配慮不足

高齢者や小児など患者の耐性に対する配慮に欠けた結果、引き起こされるケースである。

これらの原因は単独で存在するものもあるが、相互に関係するケースも多い。

(ア)や(イ)、(オ)のようにカイロプラクティックなどの施術者の教育や研修等によって対応できるものもあるし、(エ)のように社会的なスキームの変更によらなければ対応できないものもある。また、(ウ)のように資格制度のあり方自体を検討する必要があるものもある。

- このガイドラインでは、施術者サイドで対応できる(ア)、(イ)、(オ)を中心に、
- 禁忌症と疑うべき基準、その場合の対応方法、禁忌症と気がつかずに事故が起きてしまった場合の対処法等
  - 高齢者などリスクの高い者に対する対応方法、事故が起きてしまった場合の対処方法等についてまとめる。

なお、カイロプラクターだけでは解決できない医療機関において行われる並行的な治療の結果起きる事故や、きわめてまれでほとんど予測不可能な事故も考えられるため、事故防止の観点だけでなく、事故発生後の責任の所在を明らかにするため施術と事故との因果関係を明確にする研究が進められる必要がある。

### (3) 絶対的な禁忌症と相対的な禁忌症

カイロプラクティック療法における禁忌症については、絶対的な禁忌症と相対的な禁忌症がある。また、絶対的な禁忌症を有する患者であっても、患部以外への施術を禁止する合理的な理由はなく、患者から施術の機会を奪うだけの結果となる。したがって、症状や施術部位などに応じたきめ細かな基準が必要となる。

また、課長通知には触れられていないが、患者安全の観点からは、禁忌症以外でも、高齢者や小児など慎重に対応すべき耐性の低い患者がいることを忘れてはならない。たとえば、高齢者の患者は退行性の変性が進んでいることが多く、脊柱の弾力性の低下や可動性の低下等が見られるため、障害度が高いと思われる者には矯正（アジャスト）を避けたり、矯正よりも緩やかで軽度の力を加える脊椎操作（モビリゼーション）にとどめたりする必要があるなど慎重な対処が必要である。

### (4) 禁忌症の診断

カイロプラクターなどには、法的に画像診断をしたり、臨床検査をしたりすることができない。このため、問診や触診によって判断するしかないため、カイロプラクターが禁忌症を的確に診断するためには限界がある。特に初期の段階や、外的に症状がでない禁忌症の判断は困難であることを前提に、判断する基準を検討する必要がある。

また、平成17年度のアンケート調査結果にもあるように、患者自身が禁忌症に該当する疾患等について正確な知識を持っていることは少なく、医療機関へ受診をしていることさえ、療術師に隠しているケースが少なくないため、患者の申告による判断には限界がある。

したがって、カイロプラクターなど療術師が法的に許された範囲で、かつ、個々の禁忌症の有無を判断すべきプロトコルを明確にすることが必要であることにな

る。なお、カイロプラクターなど療術師は、このプロトコルにしたがって診断した結果を施術記録に残し、責任の所在を明確にしておくことが必要である。

## (5) 禁忌症

### ① 腫瘍性疾患

#### \* 判断基準

腫瘍細胞が増殖する疾患で、一定の段階で増殖のとまる良性腫瘍と限りなく増殖する悪性腫瘍(がん)がある。各臓器の腫瘍がある。医療的には画像診断や血液検査等によって診断するが、外見的にカイロプラクターが腫瘍と判断することは極めて困難である。本来、骨や筋肉などの腫瘍、いわゆる骨腫瘍や軟部腫瘍は発症頻度が低い病気で、しかも多くは良性腫瘍である。しかし、中高年者は転移性骨腫瘍(骨転移がん)が多くなり、脊椎に一番多く転移が起こりやすい。主症状は痛みで、腰背部に訴えることが多い。痛みは徐々に強くなり耐えがたい程の強い痛みに進行していく。脊椎に転移した場合は脊髄麻痺が起こることもある。施術によって症状を緩和するレベルではない。

悪性腫瘍が進行して、羸瘦(るいそう・衰えやせること)や乾燥などの全身症状や解剖生理学的な圧迫症状のような局所症状が出た段階では、注意深い問診によって判断することが可能となる。

#### \* 対応方法

カイロプラクターが腫瘍と判断できる段階では、相当程度に進行しているものと思われる、患者も病名告知を受けているケースが多いと思われる。本人が病名の告知を受けている場合には、絶対的な禁忌症であるとして治療を断る必要がある。また、告知を受けていない場合には、医療機関の受診を優先してほしい旨を伝え、施術を断る必要がある。なお、患者が医師から病名の告知を受けていない場合に、安易に「腫瘍(がん)は絶対的禁忌症」と説明するとトラブルになるおそれがあるので注意が必要である。

### ② 出血性疾患

#### \* 判断基準

出血を伴う疾患で、骨髄性白血病、出血性腎炎など多数の疾病が該当する。個々の疾病によって診断基準が異なるが、外見的にカイロプラクターが出血性疾患に罹患しているかどうかを判断することは困難である。

ただし、出血が長期にわたる場合には貧血症状が見られることがあるので、そのような場合には問診によって「貧血のようですが、何か病気にかかっていますか」

と確認し、ケースによっては医療機関の受診を勧奨する必要がある。

**\* 対応方法**

出血性疾患であることが判明した場合には、絶対的禁忌症であるとして施術を断る必要があり、医療機関への受診を勧奨する。ことに、大動脈瘤のような疾患の場合は危険度が高く、施術を行うべきではない。重度の貧血症状が見られるものの、患者が医療機関の診断を受けていない場合には受診を勧奨する必要がある。しかし、脊椎や脊髄の疾病に特有な症状である、運動制限、神経症状、強い疼痛や痺れなどが認められなければ、相対的禁忌症として緩やかで軽度な力の脊椎操作は実施できる。

**③ 感染性疾患**

**\* 判断基準**

細菌、ウイルスなど微生物が体内に侵入して細胞や臓器の中で増殖して引き起こされる疾患。侵入する微生物の種類によってインフルエンザ、骨髄炎、敗血症性椎間板炎、脊椎結核など多くの感染症がある。感染性脊椎炎では、細菌等が椎骨や椎間板に感染し、化膿して強い痛みが起こるとともに発熱するのが特徴。糖尿病や肝臓病で、抵抗力が低下していると発症しやすい。

強直性関節炎は椎間板や椎間関節を含む靭帯付着部の炎症性疾患で、大部分は仙腸関節の強直をもって始まる慢性多発性を特徴とする。症状は夜間や早朝の腰背部痛やこわばりが特徴で、進行すると可動性が消失されて後彎が増強した亀背を示し、さらに進行すると骨性癒合した特徴的な竹様脊柱を見るようなことがある。その他症状は感染症ごとに異なる。医学的には血液検査、便検査などによって診断する。カイロプラクターは、発熱、下痢、発疹、疼痛、棘突起の圧痛、叩打痛などを伴う場合には、問診、視診、触診等によって判断が可能となる。

**\* 対応方法**

感染性脊椎炎や亀背であることが判明した場合、または疑われる場合には、絶対的禁忌症であるとして治療を断る必要がある。患者が医療機関の診断を受けていない場合には受診を勧奨する必要がある。しかし、脊椎や脊髄の疾病に特有な症状である運動制限、神経症状、強い疼痛や痺れなどが認められなければ、相対的禁忌症として緩やかで軽度な力の脊椎操作は実施できる。

伝染性の強い感染性疾患の場合には、他の患者や自身への感染予防に努めなければならない。

なお、感染性疾患の中には水虫やいぼ(尋常性疣贅・ゆうぜい)などもあるが、これらについては患部以外への施術には問題がないので、接触等による罹患に注意しつ

つ施術を行うことができる。

#### ④ リウマチ

##### \* 判断基準

関節やその周辺部、筋肉などの運動器の疾患で、関節リウマチ、全身性エリテマトーデスなどの炎症性結合組織疾患、変形性関節症、痛風などを含む名称である。

関節リウマチは免疫機能亢進を基礎とする関節炎と進行性関節破壊が主症状の疾患であり、医学的には朝のこわばり、関節腫脹、手の X 線評価、血液検査などによって確定診断とする。カイロプラクターとしては、問診によって朝のこわばりがあることが判明したり、視診によって複数の関節の腫脹、特に左右対称となる関節の腫脹、手首や指の関節の腫脹、皮下結節があったりする場合には関節リウマチを疑うことになる。

全身性エリテマトーデスは多彩な免疫異常をもたらす疾病であるが、医学的には頬部紅斑、ディスクロイド疹、光線過敏症、口腔内潰瘍、関節炎、漿膜炎、腎障害、神経障害、血液検査などによって判断する。カイロプラクターの場合にも、頬部紅斑、ディスクロイド疹、光線過敏症、口腔内潰瘍、関節炎などがある場合には、全身性エリテマトーデスを疑うこととなる。

変形性関節症は、関節に慢性の退行性変化と増殖性変化が同時に起きることで、関節の形態が変化する疾病で、医学的には関節のこわばり、関節可動域制限、関節腫脹、X 線検査などで診断する。カイロプラクターの場合にも問診・視診によって関節のこわばり、関節可動域制限、関節腫脹などがある場合には、変形性関節症を疑うこととなる。

痛風は、高尿酸血症の患者が析出した尿酸塩によって起こした急性関節炎である。医学的には関節液検査によるが、カイロプラクターの場合には、問診によって下肢の関節の激痛と自然緩和などの症状がある場合には、痛風を疑うこととなる。

##### \* 対応方法

リウマチの場合またはリウマチと疑われる場合、まれに関節の炎症が頸椎にも波及することがある。その場合、最も多いのが第 1 頸椎(C 1)と第 2 頸椎(C 2)間である。上肢の痺れや運動麻痺などの運動障害が認められたら、頸椎矯正は絶対的禁忌症として施術を断る必要がある。しかし、自動運動域や運動制限などを慎重に確認しながら、緩やかで軽度の力の脊椎操作ならば全ゾーンで相対的禁忌症として実施

できる。

## ⑤ 筋萎縮性疾患

### \* 判断基準

筋線維の萎縮や数の減少による筋萎縮を主症状とする疾患の総称であり、筋萎縮性側索硬化症、廃用性筋萎縮症、脊髄性筋萎縮症などがある。医学的には筋力低下の状況や画像診断、筋電図などによるが、カイロプラクターの場合には病的な筋力低下が見られる場合には、筋萎縮性疾患を疑うこととなる。

### \* 対応方法

筋萎縮性疾患の場合または筋萎縮性疾患が疑われる場合、一般には緩徐に進行しながら四肢の運動障害を示すので、脊椎運動が維持できている段階ならば全ゾーンで相対的禁忌症として緩やかな脊椎操作を実施できるが、進行に伴い運動障害が高度になり、スケール(図)でⅢCならば脊椎矯正は絶対的禁忌症として施術を断る必要がある。

## ⑥ 心疾患

### \* 判断基準

心筋梗塞、狭心症、心不全など心臓にかかる疾患の総称であり、医学的には心エコー、心電図、血液検査等によって診断するが、カイロプラクターの場合には激しい胸部痛がある場合には心疾患を疑うことになる。

### \* 対応方法

心疾患の場合または心疾患が疑われる場合には、胸部に加わる負荷を減弱にする矯正法を応用することによって、脊椎矯正は相対的禁忌症として実施できる。

## ⑦ 骨折

### \* 判断基準

骨組織の生理的連続性が破壊された状態で、医学的にはX線などによって確定診断するが、カイロプラクターの場合には、問診・触診などによって判断することとなる。骨折の部位が小さいときは判断が困難な場合がある。

### \* 対応方法

骨折の患部に激しい痛みが続いている状態では、患部に対する施術は絶対的禁忌症として施術を断る必要がある。圧迫骨折は椎体に上下方向(長軸方向)の負荷が加わることで生じることが多い。脊椎への手技操作は突起に接触して試みるので、椎体

に向かって後方から前方に向かって圧を加えることになるが、加える力も椎体まで届くほどの強い力ではないため、リスクは小さいので相対的禁忌症として実施できる。ただし、スパーリングテスト(頸部を斜め後にひねり頭頂部を圧迫)のような加圧方法は、リスクが増すので注意が必要となる。圧迫骨折に伴う激しい痛みは日常生活動作を著しく制限するが、安静にしていれば1～2週間程で痛みは次第に治まってくる。痛みが緩和すれば、緩やかな脊椎操作法を主体にして相対的禁忌症として実施できる。伏臥位で棘突起に緩やかで軽度の圧刺激を胸椎から腰椎に順次加えることで、圧刺激の波動性(刺激が波のように遠位部に伝わっていく)により、脊椎のたわみ能力の回復度や症状の局在性が判断できる。打腱器で棘突起を軽く叩いて検査する方法も用いることがある。一般的に「ギックリ腰」とされるのは、強い腰痛が急激に起きて、その痛みは2～3日程で和らいでくるのを特徴としている。圧迫骨折の初期はギックリ腰と間違いやすい経過をたどる。発症の部位は圧迫骨折では胸椎と腰椎の移行部に多く、ギックリ腰は腰椎下部から仙骨部にかけて多くみられる。強い痛みが治まってくる日数は圧迫骨折のほうが長くかかる。

#### ⑧ 椎間板ヘルニア

##### \* 判断基準

力学的ストレスによる神経根や脊髄の炎症で、医学的には神経学的所見と画像診断によって診断するが、カイロプラクターの場合には問診により知覚異常や痛み、痺れや、運動制限、筋力低下、反射機能の異常がある場合に椎間板ヘルニアを疑うことになる。椎間板ヘルニアは腰椎に起こることが多いが、頸椎にも起こる。ヘルニアによって圧迫される神経根や脊髄のレベルにより、その神経支配している部位に特有の症状が現れる。脊髄にまで障害が及べば重症で、排尿機能や排便機能の低下や、歩行運動や巧緻(こうち)運動に障害が起こる。

##### \* 対応方法

椎間板ヘルニアの確定診断がなされている場合あるいは疑いがある場合には、脊柱の機能レベルに応じて対応する。具体的には、次のとおり。

抵抗力を維持できる程度の緩やかな速度で脊椎骨の棘突起に圧を加え(スプリングテスト)、脊椎運動の最終域近くでの疼痛の誘発反応や、圧に反発してくる抵抗力の上昇カーブの程度を調べる。

##### ・ 運動制限(脊柱・分節性)

急性期の痛みは、痛みのため何も出来ないような激しい痛みとなり、痛みに伴う強い分節性の運動制限が起こる。他の部位の脊椎を小さい力で刺激しただけでも、患部に疼痛が伝わるのも特徴である。症状が慢性化してくれば運動制限は減少し、日常生活動作の障害も軽度になってくる。

- ・ 関係する骨格筋の筋力や左右のバランス  
神経根が障害されると、片側の支配筋に筋力低下や運動障害が起こる。
- ・ 運動に伴う痛みとか、異常な運動の有無(体肢との連動性)  
体肢と脊椎とは動きが連動するので、痛みが増強する肢位もあれば、減弱する肢位もある。もし体肢を動かして患部の痛みが増強する時は、脊椎の正しい運動軸を反射的に変化させる運動が見られる。痛みの程度を知ることが大切で、痛みが強いほど、運動開始直後に大きな異常運動が現れる。
- ・ 疼痛を誘発する姿勢(誘因)と部位  
座り仕事のような前屈姿勢とか、立ち仕事により痛みが誘発される。
- ・ 疼痛や痺れの強さ(程度)  
急性期は耐えがたいほど激しい灼熱痛のような痛みが数日間続くが、慢性痛の性質は、疼くようで我慢ができる程度の痛みといえる。朝方に痛みが強くてでも、時間の経過と共に痛みが軽減してくるといった、一日の中で痛みの強さに変化が出る。

この程度を統合的にスケール(図)にあてはめ、ⅠAであれば腰椎矯正を実施してもよく、ⅢCであれば脊椎矯正は絶対的禁忌症として行ってはならない。これ以外は慎重に判断しながら実施する必要があるが、全ゾーンで緩やかな脊椎操作は実施できる。

急性期においては患部の安静が不可欠なため矯正は絶対的禁忌症とするが、急性を過ぎ症状が軽減してきたら、患部周辺の炎症を緩和させるためにもリスクの少ない緩やかな脊椎操作から手技を行い、経過を観察しながら刺激量を微増してゆく。このレベルでは相対的禁忌症になる。

ただし、頸椎部は解剖学的特性から、腰椎部におこなう手技操作より慎重性や安全性が高く求められる。頸椎の構造は脆弱で、頸椎ヘルニアの多発する部位には頸膨大があり、また一般的な頸椎矯正法は頸椎の椎間孔が最も狭小になる姿勢を取る。このようなことから、頸椎ヘルニアの進行の程度によっては、わずかな強い衝撃によっても症状の増悪を起こす可能性が高いことから、矯正は全ゾーンで絶対的禁忌症としたほうがよいが、緩やかな脊椎操作ならば実施できる。

椎間板ヘルニアの多くは保存療法で症状は改善できるし、再発防止のために日常生活動作上の注意として、同一姿勢による筋疲労を避けることとか、正しい姿勢を心掛ける、筋力強化を図るなどが挙げられる。これら注意点を管理する観点からも緩やかな脊椎操作は適切な手技となる。

## ⑨ 後縦靭帯骨化症

### \* 判断基準

退行変性やホルモン異常などによる骨化によって脊髄が前方から圧迫され脊髄症



となる疾病で、箸使いや筆使いが難しくなり(巧緻運動障害)、歩行障害、上下肢の痺れなどを伴う。症状は脊柱管が狭窄化されるまでは無症候性が多く、進行も緩徐であるが、急激な外力などの要因が加わると急性に増悪することがある。

靭帯の骨化を確認するには画像診断が必要だが、カイロプラクターとしては指使いの器用さや歩行状況、痺れ感などを問診、視診することによって判断することとなる。頸椎部の後縦靭帯骨化症が最も多く見られるが、合併する例が多いので、どこかに靭帯骨化を認めたら他の部位にも注意を要する。

#### \* 対応方法

後縦靭帯骨化症の確定診断がなされている場合あるいは疑いがある場合には、脊柱の機能レベルに応じて対応する。具体的には、次のとおり。

抵抗力を維持できる程度の緩やかな速度で脊椎骨の棘突起に圧を加え(スプリングテスト)、脊椎運動の最終域近くでの疼痛の誘発反応(可動域の限界)や、圧に反発してくる抵抗力の上昇カーブの程度を調べる。

- ・ 運動制限(脊柱・分節性)

靭帯骨化のある人は脊椎の柔軟性が低下しているので、後屈動作による制限が大きい。

- ・ 関係する骨格筋の筋力や左右のバランス

局所症状としては、肩こりや頸部痛など患部周辺の筋の過緊張や痛みがある。多くは、痺れ感から異常を感じ始める。

- ・ 運動に伴う痛みとか、異常な運動の有無(体肢との連続性)

脊椎の後屈運動に伴う痛みがある。巧緻運動の能力を知るには「10秒間テスト」で調べる。このテストは、10秒間にグーとパーを素早く繰り返し、何回できるかを調べるもの。20回以下だと頸髄(頸部の脊髄)の障害が疑われる。

- ・ 疼痛を誘発する姿勢と部位

脊椎の後屈位の姿勢は神経を圧迫することになりやすく、患部に疼痛を誘発する原因になる。

- ・ 疼痛や痺れの強さ

多様である。

この程度をスケール(図)にあてはめ、I Aのゾーンは頸椎の矯正を実施できるが、より安全性を高めるためには緩やかな脊椎操作を選択したほうが良い。I A以外のゾーンでは頸椎の矯正は絶対的禁忌症になるが、緩やかな脊椎操作は実施できる。脊髄症状(巧緻運動障害・歩行障害・直腸膀胱障害など)が現れている場合には絶対的禁忌症であるし、神経根障害(主に上肢の痛みや痺れ)が強く長期間続いている時にも絶対的禁忌症となる。これは後縦靭帯と脊髄は硬膜一枚で隣接しているため、骨化巣の肥厚により脊髄や神経根が圧迫されたり、さらに頭の動きによって脊髄が

圧迫されたりすることを避けるためである。

## ⑩ 変形性脊椎症

### \* 判断基準

性別に関係なく、また発症は仕事や趣味が関係することもあるので、早ければ30歳代から発症する退行性変化による病変である。年齢の増加とともに発症しやすくなり、50歳代でピークになり60歳以降もそれが続く。椎体周辺部や関節突起部に骨棘形成が起きる疾病で、頸椎、胸椎、腰椎のいずれにも発症する。医学的にX線検査によるが、カイロプラクターとしては問診により項痛(うなじの痛み)、背痛、腰痛などの局所症状や手足・体幹の放散痛や痺れ、脱力などがある場合には、この疾病を疑うこととなる。

### \* 対応方法

変形性脊椎症の確定診断がなされている場合あるいは疑いがある場合には、脊柱の機能レベルに応じて対応する。具体的には、次のとおり。

抵抗力を維持できる程度の緩やかな速度で脊椎骨の棘突起に圧を加え(スプリングテスト)、脊椎運動の最終域近くでの疼痛の誘発反応や、圧に反発してくる抵抗力の上昇カーブの程度を調べる。

#### ・ 運動制限(脊柱・分節性)

腰椎が変形して腰曲がり(腰部が後彎)になりやすいので、前屈の逆方向の運動である後屈運動の制限が起りやすい。脊椎のたわむ能力が減少することで、痛みによる運動制限が明確に起こる。頸椎部においても、同様の運動制限が起こる。

#### ・ 関係する骨格筋の筋力や左右のバランス

殿筋群や下肢筋群の筋力低下の有無を調べる。

#### ・ 運動に伴う痛みとか、異常な運動の有無

動作の開始時に痛みが強く現れ、動いているうちに痛みが軽減してくるのが特徴である。

#### ・ 疼痛を誘発する姿勢と部位

上体を後に反らす後屈運動により誘発されやすいが、個人差がある。

#### ・ 疼痛や痺れの強さ

加齢に伴う自然な変化であるから無症候性の変形もあれば、日常生活に支障を来す程度の強い痛みもある。

この程度をスケール(図)にあてはめ、ⅠAのゾーンは脊椎矯正を実施してもよく、ⅢCは歩行障害や階段の昇降、排尿排便の機能障害が現れ、上肢の脱力や手指運動のぎこちなさ、巧緻運動障害が認められるゾーンなので、矯正は絶対的禁忌症にな

る。全ゾーンで緩やかな脊椎操作の実施は可である。頸椎の施術には、慎重に対応して安全性を高める必要がある。

中高年齢の施術において、無痛とか軽微な痛みしかないケースで、再発の予防目的で矯正を行うことがある。課題の動作を行ってもらいながら、体肢(四肢)と脊柱の運動の連続性(リズム)などを確認した上で、矯正する脊椎分節の組織に最良の緊張状態(セットアップ)をつくる。次に矯正するのに適した肢位、矯正する脊椎分節の特定、接触点の正確性を保ちながらモビリゼーションのような緩やかな速度で矯正する角度に移行する。関節運動の終末域に近くなると、抵抗力曲線が上昇し最大の抵抗を示す。この緊張状態は関節包や靭帯に軽度の緊張が生じることで得られる。軟部組織に加える緊張状態は矯正時に加わる緊張に近いほどスラストへ進むかどうかの判断が明確になる。十分にリラックスできている緊張状態ならば、力と速度を微増することで無理のない矯正が行える。しかし、過度な緊張が加わっていればリラックスとは程遠い状態なので、矯正には進まずセットアップの再調整が必要になる。再調整を試みても、まだリラックスできなければ、矯正操作は選択すべきではない。

## ⑪ 脊柱管狭窄症

### \* 判断基準

腰部脊柱管狭窄症は腰部脊柱管が狭小となったために、馬尾神経や神経根が圧迫されて下肢症状等を呈するものをいう。医学的には、症状の特徴、身体所見、画像診断を総合的に行うとされているが、カイロプラクターの場合には間歇跛行、下肢・会陰部の異常感覚、膀胱直腸障害、下肢脱力、下肢の疼痛がある場合に、この疾病を疑うこととなる。

### \* 対応方法

脊柱管狭窄症の確定診断がなされている場合あるいは疑いがある場合には、脊柱の機能レベルに応じて対応する。具体的には、次のとおり。

抵抗力を維持できる程度の緩やかな速度で脊椎骨の棘突起に圧を加え(スプリングテスト)、脊椎運動の最終域近くでの疼痛の誘発反応や、圧に反発してくる抵抗力の上昇カーブの程度を調べる。

- ・ 運動制限(脊柱・分節性)  
腰部の後屈制限が起こる。
- ・ 関係する骨格筋の筋力や左右のバランス  
殿部から下肢(鼠径部から足の趾まで)の筋群に筋力低下が起きる。
- ・ 運動に伴う痛みとか、異常な運動の有無

歩行による間歇跛行が起こる。

- ・ 疼痛を誘発する姿勢と部位

腰部の伸展運動で痛みは誘発され、前屈により痛みは緩和する。

- ・ 疼痛や痺れの強さ

腰痛と下腿の痛みと痺れが代表的な症状である。坐骨神経は腰部から下腿を支配するので、歩行時に坐骨神経への圧迫が強まれば、支配領域にかけての痛みや痺れが増して歩行が困難になるほどだが、前屈姿勢で一定時間を休めば症状が緩和して歩行が再開できるなど、痛みの強さの程度は多様である。

この程度をスケール(図)にあてはめ、ⅠAのゾーンは脊椎矯正を実施してもよく、ⅢCは歩行障害や階段の昇降、排尿排便の機能障害が現れ、上肢の脱力や手指運動のぎこちなさ、巧緻運動障害が認められるゾーンなので、矯正は絶対的禁忌症になる。それ以外の場合には慎重に判断する必要があるが、全ゾーンで緩やかな脊椎操作の実施は可である。

また、自発痛の強い時期や疼痛の誘発が大きい領域、痛みの増強がある部位では禁忌となる。

狭窄を起こすと、骨の圧迫により神経に栄養を送っている髄液や血液の循環が阻害され、神経組織は栄養障害に陥る。したがって、圧迫を解放して、髄液や血液の循環を改善することが施術の目的となる。リズミカルに行う緩やかな脊椎操作はこの目的に適う。

## ⑫ 骨粗鬆(こつそしょう)症

### \* 判断基準

骨量の低下と骨微細構造の変化によって脆弱性の増した症状で、医学的には骨塩量測定によって診断する。カイロプラクターの場合には、軽度の場合には判断することは困難であるが、圧迫骨折などを起こしている場合には、この疾病である可能性が高い。多くの場合、自覚症状がないまま無症状で進行し、ささいな衝撃で圧迫骨折を起こして気付く。骨が徐々に潰れてくるケースでは激痛とはならず、腰背部の痛み、腰まがり、背が低くなったなどの症状が現れてくることもある。

### \* 対応方法

腰痛等を訴えるケースが多いが、疼痛の強い部分や圧迫骨折を起こしているような部分に対する施術は禁忌となるので、その旨を患者に伝えて医師と相談の上で施術に来るように勧奨する。肋骨の下位2対は尖端が遊離している。それと腰椎肋骨突起(見かけ上の横突起)は、側方に長く突出している。ことに第3腰椎の肋骨突起は長く突出している。これらの解剖学的特徴を持つ構造は、外力に対して脆弱なので骨折のような外傷が起こりやすい。脊椎骨の突起に接触する際の正確性を高めるこ