

- ・ 法制化を目指しながら、現在は法律がなく、カイロプラクティック業者がいる国や地域において許容できる最低限要求される教育。

この規定は正規な資格につながるものではないが、登録のための最低限の基準。このコースは暫定的な措置で、適切で正規なプログラムが実施可能になれば、ただちにそれに置き換えられるべきである。

3. カイロプラクティックの教育モデル

3.1 カテゴリーI(A)

下記の教育モデルには多くの多様性が考えられるが、ここでは全日制教育に関し、大きく3つの方法に分けている。

- ・ 大学レベルの基礎科学で1～4年の予備コースの後、専門大学または総合大学での4年間フルタイム教育。例としては、付録2参照。
- ・ 公立または私立大学で行われる5年間のカイロプラクティックの学士コースが組み込まれた学士プログラム。新生は大学入学資格を必要とし、大学の入学条件や募集条件に準じる。
- ・ カイロプラクティックの学士プログラムまたは適切な健康科学の学位を取得した後、2～3年の前専門修士プログラム。

3.2 カテゴリーI(B)

以前に医学および他のヘルスケア職業教育を受けた学生のためのプログラム。このコースでは、学生の過去の教育歴によって教育期間や科目要求が異なる。例としては付録3を参照。

3.3 カテゴリーII(A)

コンバージョン（転換）プログラムは、以前に医学および他のヘルスケア職業教育を受けた学生が「限定的」なカイロプラクティック資格を得るためのものであり、便宜上構築されるべきで、パートタイムの教育で最低限の条件を満たすものである。但し、正規の資格につながるものではない。例としては、付録4を参照。

3.4 カテゴリーII(B)

このコースは、希望者の過去の教育歴や経験によって、内容や期間が大幅に異なる。このコースを修了するときには、学生はカイロプラクティックの学士レベ

ルという条件で、パートタイムの学習を通して安全で基本的なカイロプラクティック・ケアを提供するための十分な知識と技術を修得する。但し、このコースは正規の資格につながるものではない。例としては、付録5を参照。

4. 正規なカイロプラクティック教育 - カテゴリーI (A)

ここでは、以前に医学、または他のヘルスケア職業教育を受けていない者の為の教育プログラムについて触れる。

4.1 目的

このレベルの目的は、政府による法律がある国で、規定された必要条件を満たす教育を提供することである。この教育に基づき、カイロプラクターは、プライマリー・ヘルスケアの担い手として、開業者あるいは医療施設や病院内の地域社会のレベルでのヘルスケア・チームの一員として業務を行う。

4.2 入学条件

条件を満たした対象者は、高等教育、大学、あるいは、それに相当する機関を修了し、特定のプログラムで必要とされる基礎科学の適切な教育を受けた者である。

4.3 基礎教育

適切な医療教育や経験がない者は、受けた教育に関わらず、4年制の全日制教育で、学生と教師の対面時間が最低4200時間、あるいはそれに相当する時間を必要とする。これには、監督下で、最低1000時間の臨床教育が含まれる。

4.4 教育主項目

4.4.1 教育目的

カイロプラクティックの業務における能力には、関連知識、理解、態度、習慣、そしてサイコモーター・スキルの習得が必要である。カリキュラムと学生の評価は、卒業生が以下の技術を行えるという保証を確認すべきである。

卒業生は、総合的な理解、技術と知識を駆使する能力を持つべきであり、それらはヘルスケア従事者としての役割を果たす上でカイロプラクティックの基盤となり、以下のようである。

- ・ 健康科学の基礎知識を得る。特に椎骨サブラクセーションと神経筋骨格系に重点をおく。
- ・ 正常と異常機能における人間の運動器の生体力学に関して、包括的な理論的解釈ができる。特に脊柱の生体力学を専門家として評価する上で必要な臨床能力を有する。
- ・ カイロプラクティックの歴史と、カイロプラクティック・ヘルスケアの独自のパラダイムを正しく理解する。
- ・ 手技に関して、一定水準の技術と専門知識を得る。特にカイロプラクティック分野で絶対不可欠であると考えられている、脊柱アジャストメント／マニピュレーションに重点をおく。
- ・ 患者が、カイロプラクティックにより安全で適切に治療できるか、または、他のヘルスケア従事者や施設への紹介、あるいは、それらと共同でマネジメントするべきかを判断する能力を有する。

卒業生は、プライマリー・ヘルスケア従事者に期待される臨床水準で、以下のことを行うべきである。

- ・ 患者が示した愁訴に関する鑑別診断を十分に行う。
- ・ 神経筋骨格系の画像診断法、整形外科検査、疼痛管理とリハビリテーション、および／あるいは椎骨サブラクセーションの診断とマネジメントに関する特有の専門知識を得る。
- ・ 臨床検査所見を解釈する能力を得る。
- ・ 科学知識、臨床知識を十分に評価する能力を得る。
- ・ 基礎的な科学／医学情報を理解・応用し、他の医療関係者に相談および／あるいは紹介する能力がある。
- ・ 一般的に、効果的で安全な方法で、国民に役立ち、情報を伝える上で必要な知識と技術を持つ。

卒業生は以下のことが可能である。

- ・ 人間の身体に関する基礎科学の知識を応用する。
- ・ 正常と異常な生体力学と姿勢の性質と、神経筋骨格系の病態生理学と他の解剖学的構造との関係についても理解する。
- ・ 患者と十分な信頼関係を築く。
- ・ 臨床に関する情報を集め、記録し、その情報を伝える。

- ・ 臨床検査所見と神経筋骨格系に関する画像診断を正しく解釈する。
- ・ 正しい臨床診断を立てる。
- ・ 患者を満足させる責任を負う。
- ・ 適切な治療について決断する際に、正しい判断をする。
- ・ 適切な治療を行う。
- ・ 適切にヘルスケアを継続する。
- ・ ウェルネスケアにおける最新の方法と技術の活用を理解する。
- ・ カイロプラクターとしての責任を負う。
- ・ 専門分野内と専門分野間の協力と尊厳を増進するために、カイロプラクティックと他の医療分野の専門知識と適応範囲を十分理解する。
- ・ 研究課題を選び、簡単な研究プロジェクトを計画し、臨床研究を批判的に評価し、多くの専門分野にわたる研究計画に参加する。
- ・ 生涯学習と、専門家としての継続的な進歩の必要性に対して全力で取り組む。

4.4.2 基礎科学

認定プログラムには、入学要件として不可欠な基礎科学の科目を必要とするか、1年目のカリキュラムに化学、物理学、生物学の必要な単位を組み込む。

4.4.3 臨床前科学

カイロプラクティック・プログラムに含まれる臨床前科学としては、一般的に以下のものがある。

解剖学、生理学、生化学、病理学、微生物学、薬理学、毒物学、心理学、食事療法学および栄養学、公衆衛生学

4.4.4 臨床科学

臨床科学としては以下のものを組み込むか、網羅される。

病歴聴取の技術、一般的な理学検査、臨床検査診断、鑑別診断、放射線医学、神経学、リウマチ学、眼科学、耳鼻咽喉科学、整形外科学、基礎小児科学、基礎老年医学、基礎産婦人科学、基礎皮膚科学

4.4.5 カイロプラクティック科学と付随科目

これは一般的に以下のものがある。

- ・ 応用神経学と応用整形外科学
- ・ 臨床生体力学。以下のような方法カイロプラクティック／生体力学的に特有の患者評価を含む。

- ・ 歩行分析と姿勢分析
- ・ 関節と骨構造の静的触診（スタティック・パルペーション）と可動触診（モーション・パルペーション）
- ・ 軟部組織のトーンと機能の評価
- ・ 画像診断と分析
- ・ カイロプラクティックに関する歴史、原理およびヘルスケア哲学
- ・ カイロプラクティック業務に関わる倫理学と法律学
- ・ 伝統医学と補完／代替医療の背景となる研究

4.4.6 患者のマネジメント法

以下のものが含まれる。

- ・ 手技。特に脊柱アジャストメント、脊柱マニピュレーション、その他の関節マニピュレーション、関節モビリゼーション、軟部組織テクニック、反射テクニック
- ・ エクササイズ、リハビリ・プログラム、その他のアクティブケア
- ・ 患者の心理社会的側面のマネジメント
- ・ 脊柱の健康、姿勢、栄養素や他の生活習慣の修正に関する患者教育
- ・ 適応に応じて、応急処置、急性痛に関するマネジメント法
- ・ その他の補助法。腰部サポーターと矯正器具の使用を含めてもよい
- ・ 禁忌及びリスクのマネジメント法、カイロプラクティック治療の制限、他の医療従事者への紹介に関するプロトコルの必要性の認識

4.4.7 書類の作成と病歴記録

以下のものが含まれる。

- ・ 主訴、健康歴、理学検査所見、評価、診断、治療計画の記録
- ・ 患者ごとに正確にカルテを作成する
- ・ 所見を再検査し、治療計画の変更について記載する
- ・ 機密性と個人情報の問題を正しく認識する
- ・ 同意義務
- ・ 保険と法律上の報告

4.4.8 研究

以下のものが含まれる。

- ・ 基礎的な研究の方法論と生物統計学

- ・ 証拠に基づく方法／プロトコルと最良実施原則の実施
- ・ 病歴管理への疫学的なアプローチ、論文作成の奨励（特に症例報告）、野外調査プロジェクトへの参加
- ・ 臨床上の意志決定における批判的思考法の構築、刊行論文と関連する臨床ガイドラインの検討
- ・ 関係する現在行われている研究と文献に後れを取らないための必要な技術の構築

5. 正規なカイロプラクティック教育 - カテゴリーI (B)

入学条件を含め、正規なカイロプラクティック教育には、一般に4年から7年の全日制での専門学習が必要となる。カリキュラムは、基礎科学と臨床前科学の課程を含み、それらは医学教育で行われるものと期間と質において同様である。

医師と他の医療従事者は、履修済み科目が考慮され、単位が認定されることで、短期間で正規なカイロプラクティック教育を修了し得るだろう。

5.1 目的

上記の教育プログラムの目標は、適切な医療従事者に、カイロプラクターとしての資格を与えることを可能にすることである。

5.2 特別コース

上記のプログラムは、対象学生の教育経験や状況に基づき、全日制か定時制となるだろう。プログラムは、以前のヘルスケア教育で履修しなかった科目を補うことを目的とする。これには、カイロプラクティック特有の科目と、カイロプラクターとして必要な条件にまだ満たしていない医学科目を含む。

5.3 基礎教育

教育期間は、以前の教育と経験で履修単位数によるが、少なくとも2〜3年間の全日制あるいは定時制プログラムで、2200時間以上であるべきである。これには、監督下で、少なくとも1000時間以上の臨床教育が含まれる。

6. 限定的なカイロプラクティック教育 - カテゴリーII (A)

ある国では、カテゴリーIで示されている形式を当てはめることは現実的でない。特にカイロプラクティック教育が初めて導入された時点で、既に医学教育やその他の医療教育を終え、経験のある学生が多数いる場合においてである。ある地域では既に行われているように、これらの学生はより限定的な追加教育によりカイロプラクティック治療を施せるよう基礎臨床技術を学ぶことができるだろう。それが全日制か定時制の教育であるかは、以前履修した教育内容に基づく。

この方法はカイロプラクティック・サービス普及を確立する為、暫定措置として行われるべきである。正規のカイロプラクティック教育が実施可能になり次第、学生が将来の本職としてカイロプラクティックを選べるよう、完全なカイロプラクティック教育プログラムが施行されるべきである。

6.1 目的

この教育プログラムの目的は、ヘルスケア・システムにおいて、カイロプラクターとして業務を行えるよう、適切なヘルスケア専門職に資格を与えることである。

このタイプのプログラムは、安全で許容される範囲で有効なカイロプラクティックを行えるよう、初期の段階での導入を促進させる目的で開発された。

このようなプログラムは、特に教育ガイドラインを提供してくれる共同パートナーとアクレディテーション認定のカイロプラクティック・プログラムを持つことの重要性を考慮すべきである。

6.2 特別コース

このプログラムは、以前に受けた医療教育では網羅されなかったカイロプラクティック業務において重要な教科を網羅するように組まれる。

定時制コースは、受講している学生が現在の職場を維持しやすいように、履修済み医療教育のレベルに基づき単位を認めていくよう組まれる。例として、付録4を参照。

6.3 基礎教育

ヘルスケアに適切な人材にもよるが、入学条件は通常、ヘルスケア従事者として大学レベルの教育修了である。

教育期間は、少なくとも 1800 時間、2 年制ないしは 3 年制以上で、全日制か定時制のプログラムで 1000 時間以上の監督下で臨床経験を含む。

7. 限定的なカイロプラクティック教育 - カテゴリーII (B)

これは「カイロプラクター」を自任し、限定的な教育を受けた人々が、安全な業務のために最低限の要件を満たすためのプログラムである。多くの国々では、カイロプラクティックの最低限の教育として、公的な必要条件は特に存在しない。これは無資格のカイロプラクティック業務につながり、患者の安全にとって望まじきことではない。これらのプログラムでは学生が、安全なカイロプラクティック業務のために最低限の必要条件を満たす目的がある。

7.1 目的

公共の安全を守り、基準を満たしたカイロプラクティック・サービスの供給を目的とし、既にカイロプラクティックの形式で開業している者に対しての知識と技術の向上を行う。この方法は限定的な期間のみで行われるべきである。

7.2 特別コース

既に開業している人々の受けた教育は非常に幅があるため、それぞれの状況に合わせて教育モデルも変化させる。過去の経験によれば、このコースの作成には特定のニーズを調査する研究が必要とされるだろう。

付録 5 に挙げられる例は、最低限又はそれ以上の条件を満たすように作られた、基礎的な 3 年制定時制プログラムである。入学希望開業者は、以前受けた教育もしくは取得した資格の単位および免除が考慮される。このようなプログラムの入学基準は、特定の地域でプログラムの認定を受けていること、そして 2~3 年の臨床経験期間があることである。

このようなプログラムは、特に教育ガイドラインを提供してくれる共同パートナーとア krediyasyon認定のカイロプラクティック・プログラムを持つことの重要性を考慮すべきである。

7.3 基礎教育

教育期間は、少なくとも 2500 時間の全日制もしくは定時制プログラムで、1000 時間以

上の指導のもと臨床経験を含む。例としては、付録5を参照。

8. カイロプラクティックにおける学生の評価および試験

患者の安全と資格のあるカイロプラクティック業務を保証する為に、独立した試験と資格（ライセンス）付与のシステムが必要である。全ての教育期間を終えた上で、カイロプラクティックにおける学生の理論的な知識と臨床能力は独立した公的な試験により評価されるべきである。

継続的な業界の発展は、資格（ライセンス）の維持により促されるべきである。

9. プライマリー・ヘルスケア従事者とカイロプラクティック

9.1 プライマリー・ヘルスケア従事者—マイオセラピスト

教育は多分野にわたる環境の中で、個々のカイロプラクターによって開発されてきた。もちろん各々の国の基準に則ったプログラムである。これらのコースは、その地域の看護師や地域社会のヘルスワーカーの為の基本的な筋骨格系の軟部組織テクニック、マッサージ、その他のマネジメントスキルが含まれる。特に彼らは、脊椎マニピュレーション・テクニックを使用せずに、カイロプラクティックのヘルスケア理論を適用したり、基本的な治療を用いる。このような教育は、既存の文化または民族的な問題に注意を払い、実践的に地域に根付いた伝統医療を探索し取り入れる。

痛みを軽減させ、筋骨格系の機能障害に対処する特定のテクニック、また変化しやすい筋骨格系の問題に対する構造的なマネジメントが、プライマリー・ヘルスケア従事者、特に地域社会のヘルスワーカーに指導されることで、農村や郊外地域の人々の生活の質を向上させる。(18)。

このような従事者は、様々な面において、地域社会の健康教育に重要な役割を果たすことだろう。それには、健康的なライフスタイルに関するカウンセリング、筋骨格系障害の予防や、その他の公衆衛生の問題が含まれるだろう。

9.2 目的

このようなコースの目的は、他の地域社会ヘルスケア手段の補足するものとして、地域社会に根付いた初期段階の治療と教育を提供するプライマリー・ヘルスケア従事者のカテゴリーを創出することである。

9.3 コース内容

コースは自由、必修、選択の科目の混合であり、現場で実際に要求される条件に合う様々な能力に対応している。それらは

- ・ 治療マッサージ
- ・ 特効のマイオセラピーテクニック
- ・ 文化的に適切な健康とライフスタイルのアドバイス
- ・ 理想体重の維持、身体を使う運動、喫煙をやめる、怪我の防止などの修正可能な筋骨格系のリスク・ファクターへの対処
- ・ 筋骨格系の評価
- ・ トリガーポイント・テクニック
- ・ 筋筋膜緊張テクニック
- ・ 深部組織刺激テクニック
- ・ ストレッチング・テクニック
- ・ スポーツ障害の応急処置（テーピングと固定テクニックを含む）

関節アジャストメント／マニピュレーションは、これらの教育プログラムから除かれる。このようなタイプのケアを必要とする徴候があれば、カイロプラクターもしくは他の適切な有資格者により処置されるものである。

9.4 教育の方法と期間

教育は、実習、双方向的なデモンストレーション、臨床への適応と課題が含まれる。

この教育プログラムの期間（監督付き）は300時間以上である。

第2章カイロプラクティックの安全性に関するガイドライン

1. 序論

カイロプラクティック・ケアは、熟練し適切に行えば、多くの健康問題の予防やマネジメントを行う上で安全かつ効果的である。しかし、カイロプラクティックの臨床で行われる、徒手による治療と他の治療プロトコルに対する危険性や禁忌症があることが知られている。

この章では、カイロプラクティック・ケアの様々な適応症とそれらを支持する研究証拠の概要ではなく、カイロプラクターが用いる主な治療法、すなわち、一般に脊柱手技療法として知られるアジャストメント、マニピュレーションとモビリゼーションのテクニックに対する禁忌の概要を提示する。

多くのヘルスケア従事者の理解に反して、カイロプラクティックは、特定の手技テクニックの使用と同義、あるいはそれに限定されるものではない。「アジャストメント」と様々な手技は、カイロプラクターによる治療の選択肢のなかでも中心的要素である。しかし、確立したプライマリー・ヘルスケア・サービスとしてのこの職業は、教育条件を定め、その上で責任にも配慮する。

カイロプラクティック業務では、全般的そして特殊な一連の診断法が用いられる。それには、骨格画像、臨床検査、整形学および神経学的評価だけでなく、観察や触診による評価が含まれる。患者のマネジメントには、脊柱アジャストメント、その他の手技、リハビリテーション・エクササイズ、補助療法、患者教育、カウンセリングが含まれる。カイロプラクティック業務は、投薬や外科的介入のない神経筋骨格系の保存的マネジメントに重点を置く。

2. 脊椎手技療法の禁忌症

脊柱手技療法は、カイロプラクターが用いる主な治療法であり、脊柱マニピュレーションは、関節に力を加え、運動の能動的限界を超えて、受動的に動きを加えるので、カイロ

プラクティスは、マニピュレーションやモビリゼーションの禁忌となるリスク・ファクターを特定しなければならない(19、20、21)。

マニピュレーションは、非特異的で、長いてこを使ったテクニックか、特異的で、短いてこを使った高速、低振幅テクニック(最も一般的なカイロプラクティック・アジャストメントの方法)のどちらかに分類できる。後者は、関節を能動的・受動的運動範囲から超生理学的間隙まで関節に動きを加える(22)。

モビリゼーションは、関節を受動的運動範囲に留めたままで行い、素早いスラストや力を加えない。

脊柱手技療法の禁忌は、不適応(マニピュレーションやモビリゼーションのような介入による効果がないが、悪影響を与えないはずである)から絶対禁忌(マニピュレーションやモビリゼーションが生命を脅かす)まで様々である。多くの場合、マニピュレーションあるいはモビリゼーションは脊椎のある領域においては禁忌であっても、別の領域では有益である(23)。例えば、脊柱のある領域での可動性亢進に関しては、マニピュレーションは相対禁忌であるかもしれないが、それは別の領域で、マニピュレーションが治療の選択肢となる運動制限の代償であるかもしれない(24、25)。当然、手技療法においてカイロプラクティスが行う範囲としては、マニピュレーションやモビリゼーション以外にもあり、徒手による牽引、受動的ストレッチ、マッサージ、トリガーポイントに対する虚血圧迫、疼痛や筋スパズムの減少を目的に開発された反射テクニックがある。

効果的な脊柱モビリゼーションおよび/あるいはマニピュレーションは、堅い、あるいは可動性減少の脊椎領域へ力を加えることであり、一方、可動性亢進や不安定の領域を避けることである(26)。

関節へのモビリゼーションおよび/あるいはマニピュレーションの禁忌は多くある(特に脊柱マニピュレーションにおいて)。それらはカイロプラクティック専門家によって作られた臨床ガイドライン(27、28)と一般的なカイロプラクティックの文献(29、30、31)で概要が述べられている。絶対禁忌と相対禁忌がある可能性がある。絶対禁忌は、患者が過度のリスクに曝されるため、あらゆる関節マニピュレーションやモビリゼーションが不適切であり(23、32:290-291)、相対禁忌は、相対禁忌の存在を理解せずに治療を行うと患者が過度のリスクに曝されるかもしれないが、治療を修正すると患者は過度のリスクに曝されなくなる。しかし、脊柱手技療法、特にロー・フォース・テクニックや軟部組織に対するテクニックは、損傷や疾患により、脊柱の他の領域に行えるかもしれない。明確なことは、相対禁忌においてロー・フォース・テクニックや軟部組織に対するテクニックは治

療の選択肢となる。と言うのも、両者とも相対禁忌が存在するほとんどの状況で安全に行える可能性があるからである。

まず、脊柱手技療法の絶対禁忌である状況を列挙する。その後、関連する疾患のカテゴリーで脊柱手技療法の絶対禁忌と相対禁忌の概略を述べる。

2.1 脊柱手技療法の絶対禁忌

カイロプラクティック脊柱手技療法の目的が、関節の制限や機能障害を矯正することであり、必ずしも確認されている障害に対して影響を及ぼすことではないことを理解すべきである。またその障害に関して患者は別の理由で平行して治療を受けているかもしれない。これらの状態である患者のほとんどは、医療機関への紹介および／あるいは共同でのマネジメントを行う必要があるであろう（33）。

1. 歯突起形成不全、不安定な歯突起骨などのような異常
2. 急性骨折
3. 脊髄腫瘍
4. 骨髄炎、敗血症性椎間板炎、脊椎結核のような急性感染
5. 髄膜腫
6. 血腫（脊髄あるいは脊柱管内）
7. 脊椎の悪性腫瘍
8. 進行性の神経学的欠損の徴候を伴う、明確な椎間板ヘルニア
9. 上部頸椎の扁平頭蓋底
10. 上部頸椎のアーノルド・キアリ奇形
11. 椎骨の脱臼
12. 動脈瘤性骨嚢胞、巨細胞腫、骨芽細胞腫あるいは類骨骨腫のような進行性型の良性腫瘍
13. 内固定／安定化器具
14. 筋肉や軟部組織の腫瘍性疾患
15. ケルニツヒ徴候あるいはレールミッテ徴候陽性
16. 先天性全身性過剰運動性
17. 不安定性の徴候やパターン
18. 脊髄空洞症
19. 原因不明の水頭症
20. 脊髄正中離開
21. 馬尾症候群

注意：内固定／安定化器具の場合は、骨へのマニピュレーションは行えないかもしれない

が、軟部組織へのマニピュレーションは安全に行える。また、脊柱手技療法が絶対禁忌であるのは、病理、異常や器具のある部位またはその隣接した脊柱領域であるだけかもしれない。

3. 疾患別による関節マニピュレーションの禁忌症

3.1 関節障害

リウマチ性関節炎のような炎症状態、血清反応陰性脊椎関節症、無機質脱落 (demineralization) や、亜脱臼または脱臼に伴う靭帯不安定性は、障害領域に対する関節マニピュレーションは絶対禁忌である。

亜急性、慢性強直性脊椎炎や他の慢性関節症で、関節不安定性、亜脱臼、強直の徴候が無いなら、対象領域への関節マニピュレーションは禁忌ではない。

退行性関節障害、変形性関節症、退行性脊椎関節症と椎間関節症で、炎症が活動状態にある間は、治療の変更の必要があるかもしれない。

脊椎炎や脊椎すべり症の患者においては、関節マニピュレーションを行う際には注意する必要がある。これらの状態は禁忌ではないが、すべりが進行している場合、相対禁忌となるかもしれない。

骨折と脱臼、あるいは治癒後の骨折で、靭帯断裂や不安定性の徴候が見られた場合、対象領域への関節マニピュレーションは絶対禁忌である。

環軸関節の不安定性は、対象領域への関節マニピュレーションは絶対禁忌である。

関節可動性亢進と、関節の安定性が不確かな状況では、対象領域への関節マニピュレーションは相対禁忌である。

外科手術後の関節や分節で、不安定性の徴候がない場合は、関節マニピュレーションは禁忌ではない。しかし、臨床徴候 (例えば、反応、検査前の耐性や治癒の程度) によっては相対禁忌になるかもしれない。

関節や軟部組織への急性損傷がある場合、治療の変更の必要があるかもしれない。ほと

んどの場合は、対象領域への関節マニピュレーションは禁忌ではない。

外傷はマニピュレーションの絶対禁忌ではないが、事故を経験した患者では、過剰な動きを見せる部位の検査を注意深く行う必要がある。その部位では軽度の運動性増加から分節不安定にまで及ぶ可能性がある。

3.2 骨-弱化および破壊性疾患

活動性若年性虚血壊死（特に荷重関節における）では、対象領域への関節マニピュレーションは絶対禁忌である。

代謝障害により弱化した骨へのマニピュレーションは、病的骨折のリスクがあるので相対禁忌である（34、35）。骨の無機質脱落（demineralization）は、注意する必要がある。対象領域への関節マニピュレーションは相対禁忌である。脊椎と肋骨は、骨粗鬆症性骨折が特に起きやすく、ステロイドによる長期治療の患者、骨粗鬆症の患者、閉経後の患者が最も疑わしい。（19:229、36）良性骨腫瘍は病的骨折を引き起こすかもしれない。そのため対象領域への関節マニピュレーションは相対禁忌から絶対禁忌までの幅がある。腫瘍様および異形成骨障害は、悪性形質変換または病的骨折に至るほどの骨の弱化かもしれない。そのため対象領域への関節マニピュレーションは相対禁忌から絶対禁忌までの幅がある。

悪性骨腫瘍を含む悪性腫瘍の状態の時は、対象領域への関節マニピュレーションは絶対禁忌である。

骨と関節の感染症の場合は、対象領域への関節マニピュレーションは絶対禁忌である。

椎間板炎や椎間板ヘルニアのような重度で疼痛性の椎間板病理は相対禁忌で、低力、低速、無反動のマニピュレーション・テクニックを用いなければならない。

3.3 循環器系および血液疾患

椎骨・脳底動脈不全症候群の臨床徴候が見られた場合、特に注意が必要であり、対象領域への頸椎関節マニピュレーションは相対禁忌から絶対禁忌までの幅がある。これには脳卒中の既往歴も含まれる（37）。

大血管における動脈瘤の診断を受けている場合は、対象領域付近への関節マニピュレーションは相対禁忌から絶対禁忌までの幅があるかもしれない。

出血は、抗凝固療法や特定の血液疾患の潜在的な合併症である。これらの疾患では、関

節マニピュレーションは相対禁忌である。

3.4 神経系疾患

急性脊髄障害の徴候と症状、頭蓋内高血圧、髄膜炎の徴候と症状、あるいは急性馬尾症候群では、関節マニピュレーションは絶対禁忌である。

3.5 心理学的要因

カイロプラクティック・ケアを必要とする患者への総合的な治療において、心理学的要因を考慮することは重要である。はっきりとした異常な行動パターンは、治療を続けることへの相対禁忌を表す。器質的疾患の患者と精神的な原因による患者を鑑別できなかった場合、不適切な治療につながる。さらに適切な紹介をも遅らせる。紹介が必要な患者は、詐病、ヒステリック、ヒポコンドリーそして依存症の患者である。(25:162)

4. 補助療法および補足的療法の禁忌症

4.1 電気療法

カイロプラクティック治療における補助療法は電気療法を含み、それらは超音波、干渉電流型低周波、経皮伝導的神経刺激（TENS）である。これらの治療方法の装置は適切に維持され、特定の臨床徴候に沿って使用されなければならない。しかし、これらの治療方法は害を及ぼす危険性が極めて限られている環境で行う。(38, 39, 40)

4.2 運動および補足的手段

カイロプラクティック治療では、広範囲なリハビリ運動と補足的手段が用いられる。これらは、各々の患者の個々の必要性により処方され、運動レベルや量は特定の個人の限度と必要性に合わせ、一般的に最初は保存的にいき、徐々に増やしていく。このような環境では、常識的もしくは臨床家の専門的な知識により処方してはいけないという明確な禁忌症は特にない。(41)

5. 事故および副作用

5.1 合併症および副作用の原因

Henderson (42) 参照

- ・ 知識不足
- ・ 技能の欠如
- ・ 合理的な態度と技術の不足

5.2 不適切な処置の例

Henderson(42) 参照

- ・ 不適切な診断能力
- ・ 不適切な画像診断の評価
- ・ 紹介の遅延
- ・ 再評価の遅延
- ・ 専門家の間での協力の欠如
- ・ 患者の耐性に関する配慮不足
- ・ 技術選択とその適用の未熟さ
- ・ 過剰もしくは必要のないマニピュレーションの使用

5.3 重大な副作用

マニピュレーションは、鎮痛そして脊椎の生体力学的問題の構造的改善を促す、比較的
安全で効果的な保存療法である。しかし、どのような治療方法でも合併症はありうる。ま
れではあるが、重大な神経的合併症と血管障害が共に報告されている。(43)

5.3.1 頸椎部位

- ・ 椎骨脳底動脈事故（上記第2章セクション3.3参照）
- ・ ホルネル症候群(44)
- ・ 横隔膜麻痺(45)
- ・ 脊髄症(46)
- ・ 頸椎椎間板障害(25:66)
- ・ 病的骨折(47,48)

5.3.2 胸椎部位

- ・ 肋骨骨折と肋軟骨解離(49)

5.3.3 腰椎部位

- ・ 椎間板外傷の原因による神経症状の増悪(50)
- ・ 馬尾症候群(51, 52)
- ・ 腰椎椎間板ヘルニア(52)
- ・ 腹部大動脈瘤の破裂(53)

5.4 血管障害

当然のことながら、血管事故は脊椎手技療法において最大の批判となりうる。しかしながら「手技（マニピュレーション）療法の批判は、重大な事故、（特に脳幹での）頸椎マニピュレーション後の血管障害の起こる可能性を強調している中、治療過程を悪化させるこのような事故の報告はほとんど見られず、熟練者の治療ではむしろ効果的でほとんど副作用がみられない。」ということが挙げられる。(43)

極めてまれな例では、血管が脆弱な患者の頸椎へのマニピュレーション・アジャストメントは、万が一の重大な事故を引き起こす、最終的な侵襲となるかもしれない。(54, 55, 56, 57)

5.4.1 メカニズム

椎骨脳底動脈不全症は、片側もしくは両側の椎骨動脈またはその分枝の一過性または部分的あるいは完全な閉塞による。圧迫から起こる椎骨動脈症候群の徴候と症状は、回転性めまい、動揺性めまい、ふらつき、立ち眩み、平衡失調、運動失調、歩行困難、吐き気および／もしくは嘔吐、嚥下困難、顔と身体の片側の痺れ、脊椎手技療法後に起こる突然のひどい頸部／頭部の痛み。(43:579)

動脈血栓と梗塞のほとんどは、一般に高齢者に起こり、突発性で外傷と関連性がない。

5.4.2 事故例

頸椎マニピュレーションに起因する椎骨動脈症候群は若年性に起こる。平均年齢は40歳以下で男性より女性に多く見られる。1980年 Jaskoviak によれば15年の期間でナショナル・カイロプラクティック大学のクリニックにおいて500万回の治療が行われたが、マニピュレーションに関連する椎骨動脈症候群は1回も起こらなかったと評価された。(58)

実際に起きた脳血管障害は報告された数よりも多い可能性があることは承知の上であるが、この分野での研究のそれぞれの権威の見解によると様々な意見がある。数千万回のマニピュレーションのうち致命傷になるのは1回しかないというものから(59)、一千万回に一回(60)、百万回に一回(61)、もう少し高い確率としては「40万回の頸椎マニピュレーションのうち一回重大な合併症が起こる」という報告までである。(62)

重大な合併症は非常にまれであり、副作用は純粋に治療方法に起因するとは考えにくい。

5.5 マニピュレーションによる合併症の予防

手技（マニピュレーション）療法による事件や事故は、患者への注意深い問診や検査結果の評価で防ぐことができる。基礎疾患や薬の服用、例えば長期間のステロイド投与や抗凝血剤療法についても考慮しなければならない。細かな念入りの検査が行わなければならない。適切なテクニックの使用は不可欠であり、カイロプラクターは有害になると思われるテクニックを避けなければならない。(19:234-235)

6. 応急処置の教育

全ての承認されたカイロプラクティックのプログラムは応急処置の標準コースを含み、学校内もしくは赤十字社などの機関の監督の下で受講すること。正規のプログラム、コンバージョン、標準化プログラムに関わらず、全ての教育プログラムにおいてである。またリスクマネジメントの科目の中では、損傷の可能性を最小限に抑えたり、事故が起こった際の適切な処置の方法などを教える。

付録 1 : 参加者一覧

WHO カイロプラクティック調査会議

2005年12月2-4日、イタリア・ミラノ

参加者

Dr アブドラー・アル・ベダ(Dr Abdullah Al Bedah)、サウジアラビア・リヤド、保健省、代替相補医療、主任

Dr マウリジオ・アミゴニ(Dr Maurizio Amigoni)、イタリア・ロンバルディ地方ミラノ、健康総務局、事務局長代理

Dr サッサン・ベジャト(Dr Sassan Behjat)、アラブ首長国連邦・アブダビ、保健省、代替相補医療事務局、コーディネータ

Ms アンナ・カイッチ(Ms Anna Caizzi)、イタリア・ロンバルディ地方、ミラノ、市場・祭典・展示総務局、商業システム構造のための消費者保護とサポート代表

Dr マーティン・カマラ(Dr Martin Camara)、フィリピン・マカチシティー、フィリピン伝統代替医療機関 (PITAHC)、役員 (共同報告員)

Dr マーガレット・コーツ(Dr Margaret Coats)、イギリス・ロンドン、ゼネラル・カイロプラクティック委員会、最高責任者及び登録委員

Dr アレッサンドロ・ディスカルチ(Dr Alessandro Discalzi)、イタリア・ロンバルディ地方ミラノ、家庭と社会の結束委員会、事務局長

Mr イグウェ・ローレンス・エレケ(Mr Igwe Lawrence Eleke)¹、ナイジェリア・アブジャ、連邦健康省、国立伝統医療開発プログラム、副長官

Mr マイケル・フォックス(Mr Michael Fox)、イギリス・ロンドン、ウェールズ皇太子統合健康基金、最高責任者

Dr リカルド・フジカワ(Dr Ricardo Fujikawa)、ブラジル・ノボハンバーゴ、フィバーレ・セントラル大学