

患者を伏臥位にして、胸腰椎移行部の棘突起に手根で加圧しながら患部への痛みの伝わり(波動)の有無を調べる。次に、腰椎部の棘突起に対して、手根による加圧で撓み度と加えた負荷の増大に抵抗して起こる運動停止の具合を調べる。

患者を側臥位にして、腰椎捻れ角(回旋度)を股関節の屈曲度(腰椎-骨盤リズム)から評価する。高齢者は柔軟性が低下しているので捻れ角は減少しており、股関節の屈曲度は大きくならざるを得ない。側臥位で棘突起に手根接触して腰椎の撓み度を調べる方法は、アジャストに近い刺激を伝える良い技術になる。

イ、胸椎に対するもの

患者を伏臥位にして、胸椎の棘突起に手根接触で加圧する。上部胸椎の高隆は良く見られる症状で、このような変化を起こしている部位の可動性は低下していることが一般的である。

患者を仰臥位にして、上肢を挙上させて肋骨の回旋能力を判断する。挙上の角度が少なれば肋軟骨の弾力低下を示唆する。この判断を追加する検査としては、壁を背にして立たせ上肢を挙上させる方法がある。「肩甲-上腕リズム」を調べるのだが、腰椎の後屈運動が加わればリズムはより大きく働くので腰椎の撓りの程度の判断になる。もし腰椎の後屈運動の減少が大きければ、膝関節の屈曲を増して、あたかも腰椎を後屈しているかのようなトリック動作になる。

ウ、頸椎に対するもの

患者を仰臥位にして頭部の姿勢を見るとき、顎の上がり具合は頸椎と上部胸椎の可動性を知る参考になる。顎が上がるのは、高齢者の一般的な傾向である。追加検査として、顎に手掌接触して固定性を増加した状態で頸椎の回旋を行う。可動性が低下しているほど抵抗が急上昇してくるので、とてもリラックスした状態にはならない。仮にこのセット アップからスラストに進めば強いアジャストになってしまい、この状態は「鍵がかかった」状態(ロッキング)と例えられている。

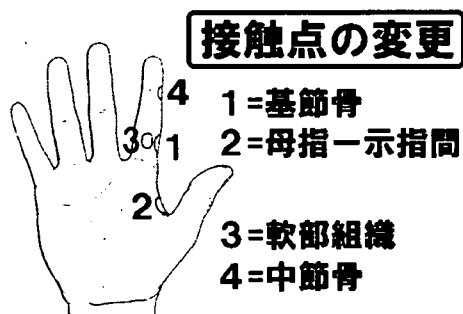
頸椎の手技操作は仰臥位で行うことが多い。アジャストをするときには、間接手できちんと頭を抱えるようにしてアジャストの角度に持ってくるのだが、頭は重いのでなかなかこの操作を自由に行うことは難しいもの。抱えるというより、引きずってしまう操作になりやすいので注意を要する。引きずる操作になると、設定したアジャストの角度と違ってしまい、より側方からのアジャストになってしまう。これは痛みの強いアジャストの典型例である。

頸椎のアジャストでは頭をアジャストの角度になるように斜め後方へ移動させるので、上述のように仰臥位でこの角度に頭を持ってくるのは難しい。これを補助する方法として、座位をとらせて頭の重さを利用すれば難易度を低くできる。このような理由から、頸椎の可動性を調べるときは患者に座位をとらせる方法も良い。

頸椎のアジャストは「痛い」とか「怖い」とか言われることが少なくない。青年期の十分な可動域を保つ頸椎でも、アジャストで行う可動範囲は狭いのだから、胸椎や腰椎

のアジャストよりも、アジャストの角度はリラックスした余裕のある範囲にとどめるよう慎重に行わなくてはならない。関節運動の終末域近くになるほど、抵抗が急上昇してくるので、もはや撓み度は能力の限界に近い。アジャストの接触点は脊椎の運動を停止させるポイントの働きもさせるのだが、スラストに進む前にこの接触点からごく軽い力で押し込みを加えると、最終域付近でのこの撓みの具合が明確に判断できる。若者はラバーのような柔軟性が返ってくるのに対し、中年以降になれば壁にぶつかったような感じになり、患者は押し込みだけでも痛みを強く感じる。それにもまして、高齢になれば頸椎の可動性が大幅に低下する結果、アジャストの角度に持ってこられないケースも珍しくなくなってくるので、最終的にこの角度での撓み度の状況からアジャストの深さなどに変化を付ける。頸椎は触られるだけでも嫌だという患者も少なくないから、慎重な対応が求められる部位である。

アジャストに進むには、椎間の撓み度を確認しながら的確なセット アップを作っていく行程が必要であり、そしてこの確認こそが、スプリング テストの最も重要な目的にもなる。確認ポイントは接触点の加圧を微増していったとき、接触点が楔の頂点となるような綺麗なカーブ(竹を曲げるよう)が作れるときは弾力がある頸椎となるし、作れないような頸椎は弾力性の低下が始まっていると判断する。弾力性が低下した部位の構造は、次第に硬い剛構造に変化してくる。こうした剛構造が進むにつれて、通常ならば不快に感じない接触圧でも不快な感じに変わってしまう率が高くなっていく。このような不快な接触圧が加わることを回避する手段として、接触部位を弾力のある部位に変更することは安全対策上からもとても良い方策になる。変更した接触部位で不快感がどの程度減少したかの再検査を行えば、選択肢の是非が容易に分かる(図・接触点の変更)。



頸椎のアジャストでは、接触点に示指の基節骨か、母指-示指の間を用いることが一般的な操作法だが、この接触部で不快な感じが強ければ、接触点を示指の遠位部である中節骨に移すことも良い。頸椎の剛構造には何ら変わりはないけれども、接触部位が遠位のポイントになるので、加圧したときに示指がフレキシブルに動ける。その弾力性が過剰な圧を吸収して接触時の不快な感じを少なくするのである。安全域内でアジャストを行えるので、頸椎の動きの代償作用のようなものと考えられる。

同じ理由で、上述の示指の基節骨接触でも、基節骨の手掌部側に接触部を移動させることも用いられる。この部は軟部組織に富んでいるので、クッションの役割が果たせる。このように注意を払えば、患者はリラックスできるようになる。以上のように頸椎の柔軟性が低下して運動制限が大きい時には、接触部位を変えるようにして安全

性を確認しながら、必ず患者の反応が瞬時に確認できる安全性の高い手技から実施していくことが重要である。

ここまでは接触点が強過ぎる弊害を述べたが、接触圧が緩くても軟部組織のあそびが取り除けていないので、接触点がずれるといった問題が起こる。しかし、一般的に言えば、接触の圧が強過ぎるケースのほうが格段に多い。接触点に弾力性を保っている容態を例えると、筋がパンパンに張っている(スパズム)状態では、圧を加えても深部には伝わらずに撥ね返されてしまうような感覚がある。しかし、筋スパズムが緩和してくるにしたがい、圧が深部に伝わっていく様子と似ている。

緊張してリラックスできない患者が筋スパズムのように硬いという現象は、息を止めて身体を硬直させているために起こるものであり、患者も息を吐くと力が抜けてしまい、強いアジャストに耐えられないことを無意識に認識している結果であろう。患者との呼吸が合いリラックスさせるようにできてくれば、患者は自然に息を吐き、アジャストが容易に行えるようになる。

10、アジャストメント(マニュアルと応用編)

各部分の技能は、緊張や抵抗が増した時はいつでも操作を中断できる速度で行えば、精度も上がり骨格筋の持つセンサー機能が発揮されてくる。安全なアジャストを行うには、スラストより、むしろ「セット アップ」を的確につくるテクニックが重要である。緊張度の良いセット アップが作れたなら、80%はアジャストの準備が整った(いわゆるセット アップの意味)と言われる。このセット アップの緊張状態を保ちながら接触点の圧を微増して、不快感が無ければスラストに進むし、もし不快感が起きたらスラストには進まずに、再度セット アップを作り直すことによって安全性を高めるといった工夫をする。

だが、テクニックの習い初めは途中の技の処理がおざなりになって、最終手順の「スラスト」に意識が先走りするものだ。セット アップが不完全なままスラストに進むと事故が発生する危険性が増す。セット アップは緩くても強過ぎても不適切であり、この緊張の作り方はテントを張るときのロープの張り具合を思い描けば理解しやすい。弛んだ張り方でも強過ぎる張り方でも、テントはバランスが取れないという理屈である。

また、スラストに進むときに大きな反動を使うアジャストは誰にでも簡単に出来る技術であるけれども、動きを大きく付けるため制御ポイントを定めるのが難しくなってくる。このため、このようなアジャストは危険が増すことも認識しなくてはならない。どの運動でも制御ポイントの正確さが重要であるように、アジャストにおいても制御ポイントが重要である。運動の制御は深部構造の働きがあってこそ可能になるのだが、制御にかかわる構造には掛かった運動の数倍の力が加わるとされる。したがって、反動を使うアジャストは、往々にして制御ポイントを逸脱するような精度の低い

テクニックになってしまう。逸脱する範囲が大きくなれば、暴力的操作となる危険性が高くなるので注意が必要である。どこかに必要以上の力が入ると、特定方向には動きやすく力も強いが、その方向から少しでもずれると動きにくさと脆さが生じるものである。

カイロプラクティックで対象にするのは、低下した脊椎運動の質を高めることである。その方法としては、連続する分節の動きの調和と協調性の回復を目的とすると良い。たとえば、阻害因子は小さくなくても、深部構造に異常がある場合(動作を変えるときに、ギクッと痛みが走ったときなど)などは、姿勢などの形態変化は大きく認められなくても、深部の安定感が悪くなったという感じが出てきたりする。そうなる、その不安定感を補うため脊椎の運動が変質してしまうケースがある。こういった症状のときは、変質した運動の回復を図ることを優先すべきで、回復をもたらす方法には基本軸に戻した姿勢(肢位)で刺激を加える方法もあれば、小さい負荷で小刻みに角度を変化させながら加圧する方法もある。また、他の療法である光線療法・温熱刺激療法・電気療法で改善を図っても「治まり」がついてくる。質の回復が維持され安定化してくると、機能の改善へと進む。

ア、腰椎+骨盤への対応

側臥位による腰椎や骨盤の施術では、直接手と間接手で腰椎に加える「捻りの方向」を逆にして緊張を高める操作が最も多く用いられる。直接手で骨盤を手前に来るように回転させる一方、間接手で後ろに反らすように押していく。この逆方向の捻りが咬み合うポイント(頂点)を遷移点と呼ぶ。アジャストする椎間が遷移点になるように姿勢を調節することは、軽い力でアジャストする技術を取得する上でとても重要な課題になる。こうした遷移点の作り方など、各手順での「下ごしらえ」をきちんとすることで、セットアップから最小の力でアジャストに進めるようになる。「力はあっても技は無し」は誰しもが避けなければならない未熟な例の技術であり、最小の力で行える技術の習得こそが施術後の予期せぬ悪い反応を招かぬ秘訣にもなる。

動的センスの優れた技術は、見ている人にもリズムカルでタイミングも良く、美しいフォームであることが手に取るように理解できる。また、患者がリラックスしているため、施術に対して抵抗が少なく、見た目よりも深達性に優れ、切れの良い刺激が伝わっているものである。患者をリラックスさせるのも、大切な技術の一つである。

だが残念なことに、このようなセンスを磨くことに、まったくといってよいほど無関心な施術者もいる。「痛い・怖い」といわれる技術で、やがて重大な事故に陥る危険性がある。強いアジャストを好む施術者には効果を優先する傾向がある。「このくらい強くアジャストしないと効果がない」と言った主張をする施術者もいるが、スラストの力を増すことと効果の増大とは相関はなく、本人の思い込み(違い)に過ぎないことを施術者は認識しなくてはならない。

もし、腰椎の回旋を限界域近くまで強制すると、アジャストはやりやすくなる反面、

組織の緊張も限界近くまで高まるので、とてもリラックスできる状態にはならない。不快感が著しく強くなっているので、こういった緊張が強い状態では通常の接触圧でも不快感が容易に増大してしまう。

腰椎と骨盤のアジャストの接触点は豆状骨が多用されるが、小柄な女性には豆状骨接触では圧が強過ぎるきらいがある。こういうケースでは接触点を指頭に変えることで不必要な加圧が防げて、リラックスしたセットアップを作ることができる。また、高齢者には、間接手でセットアップの作りをリードするとか、加速度・姿勢を調整するなどして安全性を高めている。

スラストに進むときの加速度とかセットアップでの姿勢は、患者の体格差や年齢にかかわらず均一にしたほうが技術の上達が図れる。しかし、その基本を踏まえた上で直接手+間接手+膝の三点でのバランスや加圧量の加減も必要である。若い女性のように柔軟性が高い患者は、通常の力で腰椎部の捻りを加えても捻れの角度が大き過ぎてしまうことがある。このような人のセットアップは、腰椎や骨盤の捻れの角度は通常と同じ程度にしておく。ただし、これでは十分な緊張が作れていないので、この不足している分の緊張は、接触圧を高くすることで調節する。

これとは逆の例として、小柄な女性の施術者が筋骨たくましい男性患者の腰椎や骨盤に手技を施そうとしようとしても、オーソドックスな施術法では体力負けしてしまう。こういう患者には伏臥位で肢位を変えてアジャストを施す部位の負荷を増強させるとか、最終の手順であるスラスト域だけのワンポイントの操作(短い距離や深さ)を行えば容易に加速度が増すので、体力面での劣勢が補える。この技術はアジャストを安全に行えない部位に用いると実用性が高くもなるし、それだけではなく短い距離で操作する簡易な技術なので、施術者間の技量の差が現れにくい。反動を使うことも無く、矯正の軸のずれやぶれも無い安定した技術になる。パワー不足を感じている人は、最も力や加速度を発揮できるポジションを覚えることが技術の向上に結びつく。いわゆるパワーポジションというもので、「力もないし技もない」では実用性に乏しいから、いかに実用性を高める工夫をするかも大切なことになる。

イ、胸椎への対応

患者に伏臥位をとらせ、棘突起への手根または手掌接触を行って可動性を調べるのが基本である。次に横突起に豆状骨接触して、回旋を加える方法も応用度が高い。この方法はアジャストとして用いることもできるし、アジャストと同量の加圧や加速度を加えないようにすれば、第3のテクニックとして緊張の高い軟部組織の緩和法にも有用である。加圧や加速度はアジャストの80%程度が良い。

上部胸椎の施術として、頭部をサブラクセーション側(棘突起の変位側)に回旋させて、変位部位を「中間位」戻した状態で施術する方法も効果的である。この手技では棘突起に中手骨接触する方法が一般的だが、施術者が頭方に移動して棘突起に手根接触して加圧する応用もある。

この方法なら、すでに上部胸椎には回旋が加わっているのので、直線的に刺激を加えるだけで回旋刺激と同様の刺激が得られる。

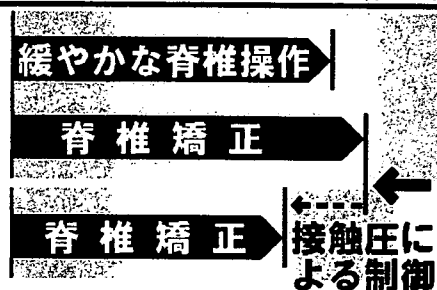
ウ、頸椎への対応

頸椎への対応は、その解剖学的に脆弱な構造であるので最大限の注意が求められる。頸椎ではスラストの加速度が大きいため、筋性の防御反応が作動する前に操作が終了してしまう。これでは小さい力でも、容易に解剖学的統合性を破綻することになりかねない。このような理由から、ことに頸椎のアジャストは限界域に近づけない角度(不快な痛みや怖さを与えない範囲)で行わなくてはならない。それには余裕のある緊張状態内(ロッキング)でセットアップの角度を作ることが前提になる。この角度は正常可動域内に作るのだから、まだこの角度ではセットアップとしては緊張が不十分で緩い。そこで緊張を高める手段には、角度を変えて高める方法ではなく、接触点の圧を微増することで緊張を高めていく(関節性のロッキング)方法とする。接触点は加圧によって頸椎の運動も停止させるので、ストッパーの役割を担う。もし接触点の加圧を緩めれば、ストッパーの働きが排除されることで頸椎は自由に動けるから「痛い」アジャストにはならない。ストッパーの役割は、頸椎の可動範囲を少なくとも矯正

できることを示し安全性が高まる。

とにかく緩やかな操作よりもアジャストのほうが可動域は大きいと思いがちだが、もし実際にアジャストの方が大きい可動域を取るような操作法にすると、脊椎運動は大きくなりすぎてしまう(図・アジャストの方が可動域は狭い)。その域は生理的可動域の限界に近くにな

アジャストの方が可動域は狭い



ってしまうため、非常に強い緊張下に置かれてしまう。この角度では、接触手と反対側の関節構造は大きく伸長(カーブをつくる)させられる靭帯性のロッキングとなる。靭帯性のロッキングが加わると、複数の椎間(グループ)が固定されてしまい広い範囲でのロッキングになる。過剰な緊張状態は文字通りロックされてしまったようになり、身動きが取れないほどの固定になる。

こういった危険度の高い手技操作を行わないためには、ストッパーの働きによって十分に余裕のある可動域内でセットアップを作り、この域から最小の加速度でスラストに進むことで頸椎のアジャストにおける安全性を確保する。

スラストを行うには適切なロッキングを作らなければならないけれど、固定性を大きくしたロッキングは常に高い危険性がある。良好なロッキングを作るには、安定度の高い支持性と不快感の無い状態を作る技術が要るのだが、良好なセットアップの緊張は、関節や軟部組織の遊びを取り除く程度で十分である。

11、危険防止の観点からも求められる技術の向上

一つのテクニックの中には、難しくもなくスムーズに行える部分と、ぎこちなくなつて技術が止まってしまう部分が出て来るものだが、どの部分の技術もそれぞれの意味を持つ。アジャストの手順は患者に姿勢を取らすところから始まり、最後のスラストのステップまでマニュアルに則って練習していくことで、テクニックの全体像や重要点が理解できてくる。カイロプラクティックの手技は各手順を連続して行う技術だから、全体のリズム(テンポ)が感じ取れるようにしなくてはならない。テンポとは、テクニック全体にわたって一定速度のリズムで流れることであり、もし、どこかの部分でテンポが崩れると、往々にして施術者と患者の双方に不要な緊張が生まれてくる。

カイロプラクティックの技術を習得するには、間の取り方とかタイミングを取るコツといった身体の動的な感覚が中心となる。これら一つひとつの技術の精度を高め、常に安定した正確な技術が実施できるようにしなくてはならない。

こうしてテクニックを習得していく中には、患者との間で交わされる「対人的な技能」を覚えていくことも大切な技能になってくる。具体的には、患者の微細な動きや呼吸、技術をかけるタイミングなどを察する技能で、患者は「痛そうだ」と思うだけで緊張が急激に増し、リラックスできなくなってしまうアジャストを拒絶したくなる。患者安全の観点からも身に付けなければならない技能である。

アジャストはいついかなる時にも、力づくで実施してはならないことは周知のことである。事故を未然に防ぐよう創意工夫を働かせることこそが、安全性の確かな技術に進展していくのである。技術の向上は、各手順を正確に行うことの積み重ねが基本となり、さらにその積み重ねを正確に反復できる安定した技術によって得られるものである。そしてテクニックの全体像から各ステップをどのように刻んでいくのかを模索しながら、一段高いステップを考えておくことが重要である。

こういう安全性の高い技術の習得を目指して行けば、絶対的禁忌症が相対的禁忌症に成り得るし、また適応症にもなるかも分からない。しかし、この逆のケースも起こり得るわけで、注意事項や禁止事項をないがしろにして施術を行えば、適応症が相対的禁忌症に、さらに絶対的禁忌症に成ってしまいかねない。

アジャストを行うときに嫌われる二点は、①不快な接触圧、②不安定感、とされ、これが施術においてテンポが崩れる一因になる。けれども必ずと言ってよいほど、実技を学んでいく過程にはテンポが合わなくなるという部分は出てくるものである。そういうときには、その部分を重点的に反復練習することでコツを掴んでくれば、コントロール良く行えるようになってくる。その課題点が修正でき、余裕が出てくるにつれテクニック全体のテンポやリズムが良くなるので、それに伴いアジャストの技能も上達してくる。これをアジャストで考えて見る。アジャストの角度に持ってきたら、角度を保ちながら接触点の圧を微増してセット アップに進む。この接触圧を高めることで、最終域の椎間の「撓み度」を確認するのが、スプリング テストの真の目的で

ある。このテストで撓み度を調べるには、骨格筋のセンサー機能(力感覚)がセットアップで最大限に発揮されるように各ステップで下ごしらえを適切にしていけることが必要である。

まず、軽い接触圧でセンサー機能を作動させる。高齢者のような耐性が低い人ほど、この域内では正確で安定した施術ができるように慎重に対応しなくてはならない。次にスラストへと加速度を微増(運動感覚に)していく行程で、力感覚からスピードとパワーを増した運動感覚へとスムーズに変換させる段階を何処にするのかが大切になってくる。この変換を効率よく連続させるには、スラストへと進む最終段階を以下のようにすると良い。

セットアップはセンサーを機能させる段階(パワーはまだ不要)→セットアップを解除する段階→再度セットアップを作り直す段階→スラストに向け加圧を「スピードとパワー」に変換する段階と、手順を踏んで行えば順当に進んでいく。スラストには力(関節の力)が必要であり、この力はスピードによって生まれる。角加速度を増すように意識して行う意味であり、アクセントとかメリハリを付けるといった表現もある。スラストはセットアップから始まっているのである。

いずれのテクニックでも安全面から見れば、セットアップから最小の角加速度でアジャストに進むのが最良である。そしてこの最小の力で進むためには、セットアップとアジャスト間のギャップが大きくなるように、アジャスト域から「逆算式」に考えてセットアップの緊張度を調整するもの良策である。最小の力とはセットアップで作った生理的な運動限界域を少し越える程度の力と表現されているが、この動的な感覚は自分で磨き覚えていくしかない。

スポーツ界でも技術の向上には体力の向上が不可欠だとされるように、アジャスト技術を適用するにも体力が大きく関与している。体力の限界(腕力・スピード・足腰の力などアジャストを出来る基礎的な関節の力)は技術力の限界になる。この不足分をカバーしようとして過剰な力を加えているケースもあれば、力を加えようとするあまりテンポが崩れてしまい自分の緊張が相手に伝わってしまうケースもある。力を増したスラストに頼ってしまうと矯正の軸がぶれてしまうし、そうかと言ってスピード不足では十分な加速度が作れず「押す動作」になってしまう。スラストに入ったら頭の中で修正を考えている時間はない。セットアップまでに頭で考えたことを「感覚」として察する技能を身に付けていかねばならない。

とにかく効果を上げようとして身に付いた技量以上のことをしようとすると、事故を起こす原因になる。したがって、施術者は自分の体力や技量に合った無理のない施術を選ぶことが肝要である。それにはスラストに進むまでの状況を具体的に判断しながら、細かい舵取りが必要になる。よく例えられるように、腹八分目の施術に留めておき、残り二分は適応能力の差が顕著になるので、この範囲はその人の持つ自己調整能力に委ねておくことが良策である。

身体には「癖」があり、年齢を重ねるに従い癖は大きくなってゆく。関節が障害を受けると筋肉は反射的に収縮して障害に対応する性質を持つ。もしこの障害が改善されずに持続すると、関係する筋肉の血流は低下して関節構造の劣化を招き、こうした構造の劣化はさらなる機能変調の拡大を伴うといった「悪いサイクル」を形成してしまう。カイロプラクティックでは、この癖は深部の深部筋群・靭帯・関節包などの深部構造の機能の変調が大きな影響を与えていると考える。しかし、こうした癖が大きくなっても、施術で手入れを重ねていって悪いサイクルを断ち切れれば、時間の経過とともに癖は減少していくことは経験するとおりである。これが施術の効果になる。施術による筋肉のアンバランスの修正は再発予防にもなるし、短縮筋の伸長と筋力強化の効果では手技療法の不動の三要素である。

だからといっても、時間を経ずに癖がある部位とか痛みを起こしている部位に、すぐにカイロプラクティック特有の深達性が高い技術を用いることは、窮屈な杵に押し込むようなもので、時には強い違和感を与えかねない。癖も当人にとっては慣れ親しんだ不具合であるから、自分の治る速度でないと変化が速すぎて身体が着いていけなく感じるようだ。

施術は、どの施術がどういう人に効果があるという対応関係にあるものでもなく、「痛みが楽になった」とか、「調子が良い」と患者さんが感じる施術を選択することが最良である。高齢者や体力の弱い人ならば体調に合わせて希薄なプログラムを組むといった仕切り方をする必要があるので、年齢や症状にあわせ、経過に応じて適宜に技術を応用できるようにしなくてはならない。

安全性を航空機の飛行で例えてみると、高速で飛ぶための機能的・構造的な「正の安全性」の確立と、制御ポイントできちんと着陸停止させる「負の安全性」の確立が一体化してこそ、技術の安全性となる。スピードが速くなるほどブレーキ操作が難しくなり、制御ポイントに停止できなければオーバーランである。また、ガクンとくる急停止も困ったもので、制御できる態勢を事前に作っておくことが大切になってくる。

それに加えて、コントロールされた安全性限界の下限速度での飛行も高い技量が求められる。この高速飛行と低速飛行との幅が「実用性の幅」になり、技量の差になるのだろう。何かの機会に自分のアジャスト技術より小さい力で、また遅いスピードでもアジャストできる技術を知ったときには、良き教材として記憶しておくといいだろう。下限速度での飛行技術は施術者の指導をする講師の必須技能になる。

施術行為は臨床経験を積み重ねることで得られた職人の技と言えるものである。施術行為の安全保証や有効度は教科書に載っているものではなく、最終的には経験知によって、安全性や有効性が確立されることになる。

別添 2
禁忌症の診断・禁忌症

(別添 2)

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、医療機関で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。

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んでいく。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、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施術を断る必要がある。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。

腫瘍が治ると広言する療術師はいないだろうが、補助療法としての価値はあるので、対象とする症状を限定して対応する必要がある。腹部にガスが溜まって苦しいとか、咳が激しく背中筋が痛いなどの症状の緩和は図れる。また、術後の体調管理を目的とした施術は多いが、患者が壮年で日常生活が支障なく行われているようなケースはともかく、高齢者や全身状態が低下している人の場合は、活動量が低下し骨も脆くなっているため、加圧量や加速度の速い操作は回避すべきである。

伏臥位での胸椎の施術は、胸肋関節(肋軟骨)に加圧が及ぶから、横突起に捻りを加える手技は注意する必要がある。平台の施術台を使用する場合は、より慎重な操作が必要になるため、横突起より棘突起を足場に刺激する方が安全性が高くなる。

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。

出血の原因には、全身的要因によるものと、局所的要因とがある。全身的要因による出血を出血傾向といい、皮下出血・歯茎出血・鼻出血などを伴っていることが多い。

播種性血管内凝固(消費性凝固障害で、種々の基礎疾患の存在のもとに、さまざまな原因によって微小な血栓が血管内に多数生じ、その結果、血小板や各種の凝固因子が消費され、それに伴って出血傾向を生じる)の患者に対する施術は体調の管理が主目的として行うものに限定される。

主訴が腰痛の場合、発症部位と脊椎レベルとの関係は判断がつくが、出血傾向と脊椎レベルとの関係は判断できない。下肢に出血があるような場合に、骨盤や腰椎をアジャストしても一般的に危険性はない。

広義では痔疾患も出血性疾患に含まれるが、脊椎のアジャストは可能である。

ただし、出血性疾患の施術を目的にカイロプラクティックなど手技療法を受療する患者はごく稀であろう。

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である。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し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施術を断る必要がある。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。

なお、法定・指定伝染病の患者は隔離されるため来院しない。重症感染症であれば体力的に通院は無理だし、高熱をおしてまで手技を受けに来るケースは無いと思われる。また、感染症自体は手技療法の適応症ではなく、施術効果は見込めないの
で、施術継続の可能性はあまりない。

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(C1)と第2頸椎(C2)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であれば全ゾーンで相対的禁忌症として

実施できる。

一般には手指の関節などから発症するから、関節を動かして可動域を保つことを行う。この疾患は自己免疫疾患であるため、アジャストの効果はあまり期待できない。脊椎より患部の手指関節を施術の主体にする率が高い。頸にカラーをしている患者は、頸部を触れられることを極度に嫌う傾向が強い。

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。

この疾患が進行すると事実上、施術のために通院できなくなるであろうが、下肢の筋力低下は歩行障害に結びつくので、そのケースではアジャストよりも、萎縮した筋の強化とか、関節可動域を保つことが重要になる。

孤立性筋萎縮(ポリオ・片麻痺後遺症)のアジャスト自体のリスクはないが、萎縮筋の改善効果は望めない。

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。

心理面で伏臥位での上部～中部胸椎の施術を好まない人もいるので、側臥位で対応するとか、胸郭を対象にして施術するほうが良い。術後やペースメーカーをつけ

ている患者の場合、十分に安全面の対策を取りながら施術する必要がある。普通の活動では特に疲労・動悸・呼吸困難・狭心痛を生じないレベルであれば、むしろ定期検査を受ける数日前に、体調管理の目的で施術を希望するケースもある。

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、脊椎の撓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。

亀裂骨折でも、患部にはうずくような強い痛みがあり、呼吸しても響くほどである。この時期は固定をして患部の安静を図る施術が主体である。脊椎の圧迫骨折でも数週間経過すれば痛みも次第に治まってくる。この時期ならば、側臥位での脊椎操作は可能となる。むしろ注意すべきは施術による骨折であり、高齢者などは反応を確認しながら、棘突起に刺激を加える必要がある。

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、腰椎部に行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、アジャスト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。

頸椎ヘルニアだけではなく、いかなるケースでも頸椎への手技操作は腰椎部や胸椎部より慎重に行うよう安全性の高い実施が求められる。頭を斜め後ろに倒す姿勢による症状の変化などを確認して、手技を実施してゆく。

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、脊椎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ため、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(頸椎部の脊髄)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、IA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。IA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。

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。頭の動きなどは、脊髄の圧迫を起こす要素に成り得る。脊髄症状や神経根症状があれば、支配領域に沿った広範な部位の施術が必要で、あえてリスクは冒さない手技を実施する。

こういった脊髄・神経根症状は初期から発症するものではないし、他の病気でも発現する症状であり、神経組織は神経化学的また神経生理学的な変化から、最後に行動的な変化に進行する。

10、変形性脊椎症

*判断基準

性別には関係なく、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

すくなく、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。医学的には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、I Aのゾーンは脊椎矯正を実施してもよく、III C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)と脊椎の運動の連続性(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