

日本東洋醫學研究會誌 第八卷 2022

目 次

骨盤矯正とは何か？

— 医療としての骨盤矯正の考察 —

..... 1

松本 和久, 松本 典也

『正骨範』における「脉証治法」に関する考察

— 女子サッカー選手に対する舌診、腹診、問診からの検証 —

..... 9

松本 和久, 松本 典也

日本東洋醫學研究會会則

..... 15

日本東洋醫學研究會誌投稿規程

..... 18

編集後記

Journal of Japanese Oriental Medicine

Vol. 8 2022

CONTENTS

What is Pelvis Correction? -Consideration of Pelvis Correction as Medical Treatment-	1
		Matsumoto K , Matsumoto F
Consideration on “Myakusho Chihou” in “Seikotsuhan” -Verification from examinations of the tongue and abdomen, and interview with female soccer players-	9
		Matsumoto K , Matsumoto F
The Regulation of Japanese Society of Oriental Medicine	15
Submission guidelines of Journal of Japanese Oriental Medicine	18

EDITOR’S POSTSCRIPT

骨盤矯正とは何か？

— 医療としての骨盤矯正の考察 —

松本和久¹⁾，松本典也²⁾

1) 明治国際医療大学

2) 松本鍼灸院

要旨：「骨盤矯正」という言葉の医学的根拠を明確にする目的で，過去の文献を検索するとともに，「医療としての骨盤矯正」についてその適応と対応について具体例を挙げて解説した。「骨盤矯正」の前提となる“骨盤の異常”という概念は，Joel E. GoldthwaitとRobert B. Osgoodの論文（1905年）が最初と考えられ，「the Pelvic Articulations」として左右の仙腸関節と恥骨結合を総称し，仙腸関節の可動範囲や仙腸関節異常の頻度と状況，および妊産婦との関連について述べられていた。この内容は現代の知見と共通したものであった。腰痛の誘因のうち仙腸関節の異常によるものの比率は，欧米の約30%に対して日本は約10%と少なく，このことが我が国において整形外科領域ではなく接骨院や民間療法で「骨盤矯正」が頻繁に行われる理由と推察した。仙腸関節の不適合やひっかかりと表現される仙腸関節の異常は，仙腸関節の不安定化に起因することが多い。「医療としての骨盤矯正」の適応は不安定化した仙腸関節であり，初期の段階の対応は的確な診断と関節固定である。そして仙腸関節の不安定化が長期化した結果生じた仙腸関節の不適合やひっかかりに適応する場合の対応は，不適切な位置で固定されている仙腸関節を，再度，徒手的に仙腸関節を不安定な状態に矯正した後，正しい位置で固定することである。

Key words 骨盤矯正，骨盤の異常，仙腸関節，医療としての骨盤矯正

1. はじめに

「矯正」という言葉の意味を調べると，①欠点・悪習などを正常な状態に直すこと。「発音を矯正する」，「歯列矯正」②刑務所・少年院などに収容されている人たちの改善更生のための処遇を行うこと。従来の「行刑」に代わって用いられている語。「矯正施設」，「矯正職員」とある¹⁾。このうち医療に関わる用語に『歯列矯正』がある。矯正学的な歯の移動については1880年にKingsley，1891年にWalkhoffによって発表されているが，いずれも日常の臨床矯正の経験を記したもので客観的な証拠を欠いているものであったとされる。そこで歯列矯正における歯の移動と組織変化を初めて実験的に証明したのはSandstedt（1904）で，圧迫側には骨の吸収を，牽引側には骨の新生添加を認め，さらに歯根膜に硝子様変形性関節症組織を最初に観察した²⁾。このように「矯正」という言葉を医療において用いる場合には，医学的根拠が明確にされなければならない。一方，2022年現在の日本国内で頻繁に目に

する「骨盤矯正」という言葉には医学的根拠はあるのだろうか。

本稿では，骨盤矯正とは何なのか，そして「医療としての骨盤矯正」とはどうあるべきなのか，文献を通して考察する。また「医療としての骨盤矯正」について，その適応と対応について具体例を挙げて解説する。なお本稿で用いる「骨盤矯正」とは接骨院等で用いられている用語で，主に徒手により実施される骨盤周囲への介入を意味する。したがって歯列矯正における矯正力は器械力や筋力であるのに対し，骨盤矯正における矯正力は施術者の徒手的な外力であり，また歯列矯正では矯正力を一定期間持続的に加えるのに対し骨盤矯正では数秒から数分間の矯正力を加えるものとする。

2. “骨盤の異常”という言葉の起源

歯列矯正が歯列すなわち歯並びの異常を矯正するのであるように，骨盤矯正は骨盤に異常を矯正するものでなければならない。解剖学において骨盤は，左右寛骨，仙骨

および尾骨からなる³⁾。このうち寛骨は腸骨、坐骨、恥骨の結合で、小児期までは軟骨結合であるが、成人では骨結合となる。仙骨は5個の仙椎が骨結合して1個の仙骨となり、骨盤の後壁を形成する。左右の寛骨は、前方は恥骨で連結し、恥骨結合という線維軟骨性結合をなす。後方は仙骨と連結し、仙腸関節という半関節をなす。前者の線維軟骨性結合は不動性の連結に分類されるが、わずかではあるが一定の可動性を有しており、後者の仙腸関節もきわめて小さな可動性を有する。したがって骨盤矯正とは、“骨盤の異常”すなわち恥骨結合あるいは仙腸関節、そしてその両方の解剖学的・運動学的な異常を、徒手的に矯正する介入（手技）と換言することができる。

“骨盤の異常”という概念はいつから生まれたのだろうか。Joel E. GoldthwaitとRobert B. Osgoodの“解剖学的、病理学のおよび臨床的観点からの骨盤関節の考察（原題：A Consideration of the Pelvic Articulations from an Anatomical, Pathological and Clinical Standpoint）”⁴⁾は、「the Pelvic Articulations」すなわち左右の仙腸関節と恥骨結合を総称して「骨盤関節」という用語を用いた最初の論文と考えられ、1900年の初頭から“骨盤の異常”という概念が生まれていたものと推察される。

ではこの論文の内容は、如何なるものであったのだろうか。以下に要約を述べる⁴⁾。

- 1) 骨盤関節の弛緩は妊娠と関連している。この弛緩は、恥骨結合で最も顕著である。仙腸関節軟骨結合では、変化はそれほど顕著ではないが、存在する。症例の2%を除いて、ある程度の可動性を有していた。これは、妊娠していない女性には見られない状態であった。但し、弛緩が1mmを超えたのは約16%であり、3mmを超えることなかった。
- 2) 症例の2%は、関節強直を認めた。
- 3) 弛緩は、初産婦よりも複産婦でより頻繁に、より多く発生し、多くの歩行や負担を必要とする職業が最も重要な素因であるように考えられた。体質の衰弱、くる病、悪液質状態（ギリシャ医学でいう体液学説に基づく用語：癌の末期状態）、および機能障害は、病因的に重要であると考えられる。
- 4) 弛緩の程度と症状の重症度との間に関係はなく、恥骨結合または仙尾骨領域に関連するわずかな痛み、骨盤全体と太ももの下の痛みにより、歩行の不安定さを生じることがある。500例うち15%に症状があり、これらの痛みの約70%は交感神経のみに関連しており、原則として、重度ではなく軽度の弛緩を伴っていた。直接触診することで、すべての場合において、関節結合に言及された圧痛の領域を確実に特定することができる。歩行は通常遅く、不安定で、よろめき、時には関係する関節に明確な捻髪音を伴うことがあった。
- 5) 予後：妊娠中、状態は徐々に増加し、休息によってのみ変化する。通常、出産後、状態は数週間以内に正常に戻

る傾向があるが、それは数ヶ月または数年、あるいは生涯を通じて持続することもある。それにより、多かれ少なかれ患者を無気力化する可能性がある。

6) 治療：妊娠中の治療は先ず緩和であり、不動と休息を実施する。

以上のように、この論文では仙腸関節の可動範囲を明記するとともに、仙腸関節の可動性が増加したり減少したりすることが疼痛や歩行障害を引き起こすこと、そしてその比率、および妊娠・出産との関連について記述している。

では、上記論文が発表されて100年以上が経過した現在、これらの内容に違いが生じているのだろうか。

3. 現在の骨盤関節の考察

1) 仙腸関節の可動性について

骨盤関節における唯一の関節である仙腸関節の可動性はどの程度なのか、Kiapourらは2020年に次のようにまとめている⁵⁾。仙腸関節は半関節であるが多軸性関節であるため、6軸の運動軸で可動性を表現すると、仙骨に対して寛骨（腸骨）が矢状面上を前後に回旋する運動軸は約1.5°、前額面上を上下に回旋する運動軸は約0.8°、水平面上を左右に回旋する運動軸は約3°、前額面上を左右に移動する運動軸、矢状面上を上下に移動する運動軸、矢状面状を前後に移動する運動軸はいずれも2mmを超えないものと報告しており（図1）、仙腸関節の弛緩が3mmを超えることはないとするGoldthwaitらの論文の内容と一致する。

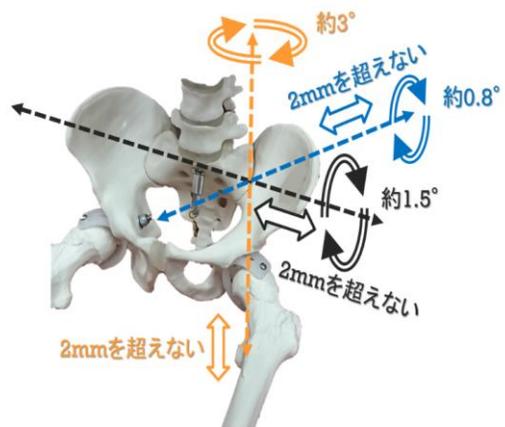


図1. 正常な左仙腸関節の可動性

2) 仙腸関節の男女差について

Goldthwaitらの論文では、仙腸関節の男女差については述べられていない。Tortoraらは、女性の仙腸関節は男性と比較して、仙腸関節の動きにおいて女性はより回旋傾向であるが、男性はより回転のない一定の運動を示し、女性の可動性は2.8°程度大きく男性は1.2°程度少ない。また形態的に仙腸関節の関節面積は、女性は10.7～14.2 cm²で男性は18 cm²、女性の骨盤の形状は幅広で低いが男性は幅が狭く高く、女性の骨盤角は90°～100°であるのに対し男性は50°～80°、骨間仙腸靭帯は女性で大き

く男性は小さく、前仙腸靭帯と後仙腸靭帯はいずれも女性で小さく男性で大きいとしており、男性の方が女性より仙腸関節から重心の位置までの距離が、遠くリバーアームが長くなるため、負荷が高くなりやすいとしている⁶⁾。Joukarらは、女性の仙腸関節は運動性、応力、負荷および骨盤靭帯の緊張が男性よりも高いとし⁷⁾、Kiapourらは、女性は男性と比較して、より高い可動性、より大きなストレス、より大きな負荷、およびより多くの骨盤靭帯の緊張を持っており、女性はリラキシンの影響により、出産のための靭帯弛緩を行うため、仙腸関節の可動性をさらに高めるとしている⁸⁾。

3) 妊娠・出産と骨盤帯痛との関連性について

分娩においてリラクシンが分泌され、恥骨結合の柔軟性を高めることで胎児が通過する産道を確認する^{9,10,11)}。そのためGoldthwaitらの論文では、複産婦は初産婦よりも骨盤関節が弛緩する異常が発生しやすいことや、骨盤関節の弛緩の程度に関係なく恥骨結合部の痛みや歩行障害が生じることが記載されており、1996年のKristianssonらの報告では、骨盤帯痛とリラクシンレベルの間には関連性があると述べている¹¹⁾。しかし2000年以降のBjörklundらやAldabeらの報告では、骨盤帯痛とリラクシンレベルの間には関連性はないとされ^{9,10)}、研究の年代によって見解に相違が生じている。

4. 「骨盤矯正」が一般化した要因について

Goldthwaitらの著した論文から、1905年の段階で、経産婦の腰部痛や歩行障害などは、解剖学的、病理学的、および臨床的観点から骨盤関節（左右の仙腸関節と恥骨結合の複合体）の異常に関連があることが指摘されている。またその後の研究において仙腸関節や骨盤の形態や性別における特徴などの解剖学的な研究や、分娩に関わるホルモン（リラクシン）の影響などの新たな知見が報告されているが、現在の日本において骨盤関節への介入が整形外科領域ではなく接骨院や民間療法で「骨盤矯正」として一般化している理由を考察する。

O'Sheaらは、315名の原発性腰痛患者（18～60歳・男性173人女性142人）を調査した結果、100名の患者（31.7%）の仙腸関節に異常を認めたと述べている。そしてその100名のうち75名が変形性関節症でその68%が女性であり、残りの25名が炎症性関節症でその63%が男性であったとしている¹²⁾。つまり315名の原発性腰痛患者のうち51名（16.2%）の女性に仙腸関節の変形性関節症を認めたと述べている。骨盤帯痛とリラクシンレベルの間には関連性はないとする論文は存在するものの、解剖学的に女性は仙腸関節の関節面積は男性より小さく、高い可動性を有し、出産時には仙腸関節の靭帯を弛緩して可動性を高めることから、仙腸関節の変形性関節症が女性に多いものと考えられる。その一方で、約16名（5%）の男性に仙腸関節の炎症性関節症を認めている。これは仙腸関節と重心位置の関係から、男性は女性よりリバー

アームが長く負荷が高くなりやすい⁶⁾だけでなく、重労働に携わる頻度が高いことが考えられる。以上のように、原発性腰痛患者の約30%が仙腸関節に異常を認め、その分類も先に述べた解剖学的な要因から説明することができる。

それでは日本において、腰痛患者の中に仙腸関節の異常が占める割合はどの程度であろうか。村上は、仙腸関節の異常はMRIやCTで特異的な画像所見が得られず見逃される例が多いとして、仙腸関節由来の痛みの腰痛に占める割合は約10%としており¹³⁾、原発性腰痛患者の31.7%に仙腸関節に異常を認めたとするO'Sheaら報告を大きく下回る。つまり日本においては、腰痛の原因が仙腸関節にあるにもかかわらず適切な処置が行われていない症例が少なからず存在し、その症例が仙腸関節への治療的介入を求めて「骨盤矯正」の門を叩いている可能性が考えられる。

5. 医療としての骨盤矯正

腰痛患者の中に仙腸関節の異常を誘因とするものが存在し、その内訳は変形性関節症によるものと炎症性関節症によるものがあることは先に述べた。仙腸関節に異常が生じる原因としては重量物の挙上や追突事故、高所からの転落などの明らかな外傷を契機に発症するものがある。黒澤らは、仙腸関節の後方靭帯や関節包が断裂すると仙腸関節の関節腔内に造影剤を注入するとすぐに造影剤が関節外に漏出するとし¹⁴⁾、関節造影時に造影剤の漏出が14.8%に認められたとしている¹⁵⁾。このような仙腸関節の後方靭帯や関節包が断裂したものは徒手的な介入の適応にはならないが、靭帯や関節包が断裂しない程度に伸長された場合には、仙腸関節の不安定化が生じるものと考えられる。関節の不安定化は、メカニカルストレスによる二次的な関節炎を引き起こすと考えられる。筆者が臨床で経験する外傷性の仙腸関節の外傷では、ハムストリングスの柔軟性が欠如した状態での投球動作（図2）や誤った柔軟体操などがある（図3）。投球動作の場合、フォロースルーでは体幹および骨盤は前屈方向へ力が加わる。このとき軸足（右投げの場合は左足）のハムストリングスに短縮があると、短縮したハムストリングスは付着部である坐骨を引っ張り、腸骨を後方に回転させる力として作用し体幹（脊柱）から連続する仙骨の動きと相反することとなる（図2）。体幹の前屈によりハムストリングスのストレッチを行う場合も同様の力学的作用により、仙骨と腸骨の動きに齟齬を生じて関節包が引き伸ばされ仙腸関節に異常が生じることになる（図3）。一方、分娩時、リラキシンの作用で軟部組織が弛緩した後、オキシトシンの作用により軟部組織は緊張を取り戻す。この際、軟部組織に負荷がかかれば、正常な状態に戻りやすい。しかし、授乳時の姿勢において重心が一方に偏っている場合や、下肢筋力が低下し、乳児を抱く際に下肢筋力の低下を下肢の靭帯に依存して保持する場合（図

4) は、正常な緊張に戻ろうとする軟部組織にメカニカルストレスが加わり、正常な緊張に戻れないまま部分的に弛緩した状態が継続し仙腸関節の不安定化も持続することになる。



図2. 投球動作に伴う仙腸関節の損傷

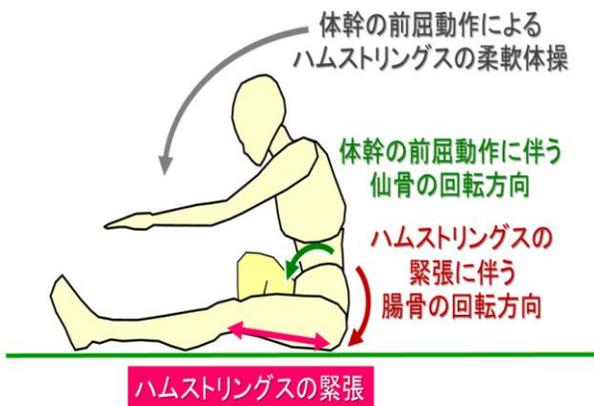


図3. 誤った体幹の前屈動作によるハムストリングスの柔軟体操での仙腸関節の損傷



図4. 下肢の靭帯に依存して乳児を抱く姿勢

仙腸関節障害の発症は、不意の動きや繰り返しの動作で関節に微小な不適合やひっかかりにより生じるとされる¹⁴⁾。ここで注目すべきは、「関節に微小な不適合やひっ

かかり」という表現である。関節が安定していれば不適合は発生しない。つまり関節の不適合は関節が不安定だから生じるのである。また関節が安定していれば“ひっかかり”は生じず円滑に可動するはずで、“ひっかかり”は不安定な関節運動を安定させるために生じるのである。南角らは内側半月板不安定化モデルラットを作成し組織学的に検討した結果、関節の不安定化は関節軟骨の菲薄化および変性を生じ、この変性はラット歩行時の関節接触面と一致したとしている¹⁶⁾。また膝関節の変形性関節症では、軟骨に細線維化や亀裂・びらんが生じ、軟骨下骨は硬化、象牙化し、滑膜が増殖するなどの変化が生じるが、その原因はメカニカルストレスによる一次的な関節軟骨の変性とその後の軟骨・骨の反応、そして軟骨細片の貪食による二次性滑膜炎による結果と考えられている¹⁷⁾。すなわち「骨盤矯正」の目的である腰痛の治療において、仙腸関節の変形性関節症や炎症性関節症によるものが存在し、それらの多くは仙腸関節の不安定化から生じているということである。

では、腰痛の治療を目的に「骨盤矯正」、すなわち徒手的に仙腸関節の不適合やひっかかりを矯正できたとして、その後何が生じるのか。当然、不安定化が生じるのである。現状の運動学や関節生理学を基盤とする「骨盤矯正」や仙腸関節に対する徒手療法では、関節の不適合やひっかかりによる機能障害の改善を目的に可動性を再構築することに主眼が置かれている。つまり、これらの介入により仙腸関節の不適合やひっかかりによる症状は一次的に改善するかもしれないが、不適合やひっかかりの原因である不安定化が改善されない以上、再度、不適合やひっかかりが生じるのは必然である。したがって医療としての「骨盤矯正」を実施するならば、仙腸関節の不適合やひっかかりを改善するだけでなく、その原因である仙腸関節の不安定化を改善しなければならない。

6. 医療としての骨盤矯正の具体例

仙腸関節の不適合やひっかかりを改善する介入と仙腸関節の不安定化を改善する介入では、決定的な違いがある。それは改善に要する時間である。不適合やひっかかりを改善する介入は、その場で結果を出すことができる。一方、不安定化を改善する介入は、組織が自然修復するまでの7日から10日程度の時間を必要とする。そのため不安定さを助長するような刺激を極力排除した状態を保たなければならない困難さがある。ここでは、「4. 医療としての骨盤矯正」で著したハムストリングスの柔軟性が欠如した状態での投球動作や柔軟体操および下肢筋力が低下した状態で乳児を抱く場合を例に、医療としての骨盤矯正の具体例を述べる。

まず、ハムストリングスの柔軟性が欠如した状態での投球動作で仙腸関節の不安定化が生じた場合について述べる。受傷直後を、仙腸関節の1度捻挫とする。しかし症状が坐骨神経痛に類似しているため誤診されやすく、投

薬治療だけでなく側臥位での臥床が推奨され、コルセットの装着や腰椎牽引などが処方されることがある。側臥位の臥床は、重力により後仙腸靭帯が伸長される。コルセットの着用や腰椎牽引時の骨盤ベルトの着用は、前側で締めることが多く、後仙腸靭帯が伸長される。この場合の適切な医療としての骨盤矯正は、当然のことではあるが誤診をしないということである。そのためには、受傷機転の正確な問診と理学所見が重要である。筆者は上後腸骨棘を中心とする軟部組織の腫脹状況を観察することを重要視している(図5)。急性、陳旧性に関わらず、仙腸関節が不安定化している場合には、上後腸骨棘の周囲に腫脹を認める。不安定化した仙腸関節には、非伸縮性のテープを用いて固定を行う(図6)。受傷の前提にハムストリングスの柔軟性の欠如があるため、座位保持や立ち上がり動作などの体幹の前屈を伴う動作ではハムストリングスが伸長され、仙腸関節の安静が保てなくなる場合が予想される。これについては、ハムストリングスの柔軟性の欠如の程度を見極め、仙腸関節に負荷がかからないように注意しながら、経脈経筋伸張法などを用いて日常生活動作に必要な最低限の柔軟性を獲得するとともに(図7)、仙腸関節に負担のかからない日常生活動作を指導する。以上のことを、1週間から10日継続する。その後、理学所見を参考に仙腸関節の安定化が確認できれば、ハムストリングスの柔軟性の獲得を目的とする介入を開始する。これはハムストリングスの柔軟性が欠如した状態での柔軟体操の予防と共通する事項である。ここでのポイントは、対象者自身がハムストリングスの伸長感を理解することであり、体幹の前屈角度や手が何処まで届くといった行為の結果を重要視しないことである。筆者の場合は参考になる方法は指導するが、経脈経筋伸張法などで対象者にハムストリングスが伸長される感覚を体験させ(図7)、その感覚を再現できる方法を対象者自らが考えるようにしている。また適切な介入が行われなかった場合は、仙腸関節の不安定化は改善されることはなく、長期化すると仙腸関節の不適合やひっかかりへと移行し、骨盤矯正の対象となる。一般的な骨盤矯正と手動的な仙腸関節の不安定化の再現は、同義である(図8)。しかし現状の骨盤矯正は、仙腸関節に不適合やひっかかりが生じる原因が仙腸関節の不安定化にあることを理解していないことが多い。そのため、不安定化を再現することで仙腸関節の不適合やひっかかりが改善されたと誤解しそのまま放置するため症状が再発する事例や、過剰な操作を加えている事例も散見される。前述したが、仙腸関節の正常な可動範囲は2mm程度であるため、わずかな力で操作するだけで、可動性は十分獲得できる(図8)。そして仙腸関節の可動性を獲得した直後には、仙腸関節の固定および不安定化を生じる原因の改善が重要である。

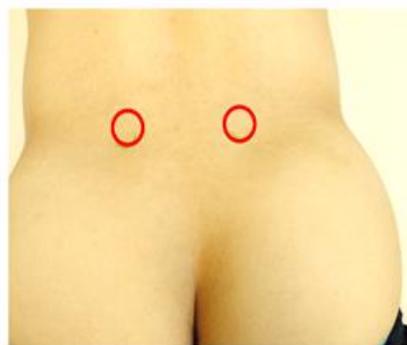


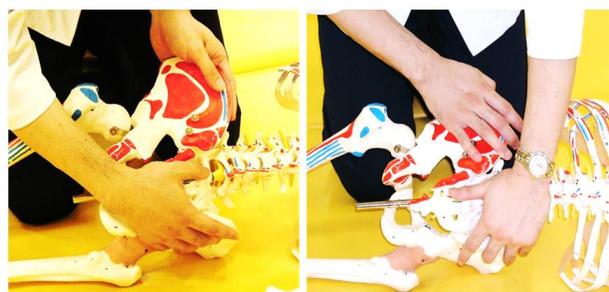
図5. 不安定化した仙腸関節の診察
左右の上後腸骨棘を指標に、仙腸関節の腫脹を診察する。



図6. 右仙腸関節の非伸縮テープによる固定法
右上後腸骨棘(図赤丸)を中心に、非伸縮テープが3方向から交差するように貼付する。



(a) (b)
図7. 適切なハムストリングスの伸長法
動的取穴法による刺鍼(a)と経脈経筋伸張法(b)によるハムストリングスの適切な伸長



(a) (b)
図8. 仙腸関節の不安定化
nutation(a)とcounter-nutation (b)による仙腸関節の不安定化
=骨盤矯正

次に下肢筋力が低下した状態で乳児を抱く場合について述べる。下肢筋力が低下している対象者は体幹筋力も低下している場合があり、腰椎が左右どちらかに凸になっている（図 9-a）。腰椎が左右どちらかに凸になっていると、左右均等に授乳していても重心が凸になった側に偏り（図 9-b）、同側の仙腸関節に常に荷重刺激が加わることで産後本来獲得すべき安定性が得られにくく、その結果、仙腸関節が不安定化することがある。この現象を予防するためには、授乳の際に片側の殿部（坐骨部）が床から離れることを確認することを習慣付けることである（図 10）。立位で下肢筋力の低下を下肢の靭帯に依存して保持する場合は、重心が支持基底面の外側へ最大偏倚していることが多い。この場合、反対側へ重心移動を円滑に行うことができない。したがって立位ではリズムカルに頻回に左右への重心移動を実施すると、立位で下肢筋力の低下を下肢の靭帯に依存して保持することを予防することができる。産後に仙腸関節の不適合やひっかかりが生じた場合は、前述した仙腸関節の 1 度捻挫と同様に、徒手的に仙腸関節の不安定化を再現した後、1 週間から 10 日固定し、その間は可能な限り乳児を抱く動作を避ける。その後、仙腸関節が安定したら、前述の注意事項を遵守し、再発を予防する。

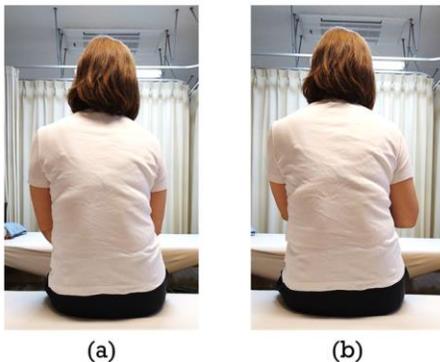


図9. 体幹筋力の低下による側彎と授乳姿勢の関係
体幹筋力が低下すると脊柱を正中位に保持しているつもりでも、腰椎は左凸の側彎を呈している(a)。右側で授乳しても重心が左坐骨にある(b)。

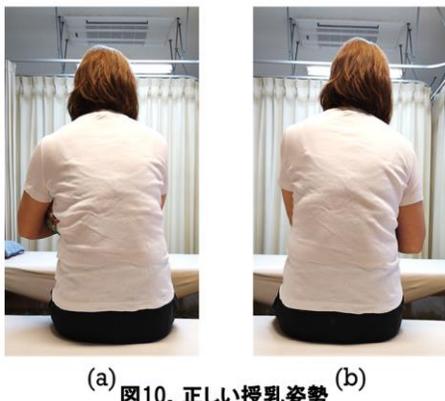


図10. 正しい授乳姿勢
左側で授乳する際は右坐骨を(a)、右側で授乳する際は左坐骨を(b)、それぞれ軽く浮かせるように意識させると、重心が確実に左右に移動する。

7. 医療として以外の骨盤矯正について

仙腸関節は 2mm 程度の可動性を有する関節であり、歩行時や立位における重心の位置により可動する。したがって重心が左右どちらかの下肢に偏倚している場合、左右の仙腸関節の位置は等しくない。この状態を“骨盤の異常”とするのは大きな誤りであり、「骨盤矯正」などの介入は加えられるべきではない。この場合は、関節可動域制限などの関節の異常、体重を支持する筋力の異常、身体図式をはじめとする感覚の異常などの有無を的確に評価し、しかるべき介入を行う必要がある。しかし現状の「骨盤矯正」には、このような“骨盤の異常”がないものを誤診して、仙腸関節に介入を加えている「医療として以外の骨盤矯正」も存在と思われる。

「骨盤矯正」が「医療としての骨盤矯正」と同義となるためには、医療従事者は運動学の知識や仙腸関節に関する正しい知識を学習するとともに、2mm という極わずかな関節の動きを触知し操作できる的確な技術を身につけ、「骨盤矯正」に関する正しい情報を発信し続ける必要があると考える。

【参考文献】

- 1) weblbio 辞典
<https://www.weblbio.jp/content/%E7%9F%AF%E6%AD%A3#SGKDJ> (accessed March 7, 2022)
- 2) 榎 恵監修, 本橋康助, 岩澤忠正編集: 歯科矯正学. p229-247, 医歯薬出版, 1975.
- 3) 公益社団法人全国柔道整復学校協会監修: 運動学改訂第3版. p167-170, 医歯薬出版, 2020.
- 4) Joel E. Goldthwait, Robert B. Osgood: A Consideration of the Pelvic Articulations from an Anatomical, Pathological and Clinical Standpoint. Boston Med Surg J, 152, p593-601, 1905.
- 5) Ali Kiapour, Amin Joukar, Hossein Elgafy, et al.: Biomechanics of the Sacroiliac Joint: Anatomy, Function, Biomechanics, Sexual Dimorphism, and Causes of Pain. International Journal of Spine Surgery, Vol. 14, p3-13, 2020.
- 6) Tortora GJ, Derrickson BH: Introduction to the Human Body. The Essentials of Anatomy and Physiology. New York, 2006.
- 7) Joukar A, Shah A, Kiapour A, et al.: Sex specific sacroiliac joint biomechanics during standing upright, a finite element study. Spine. 43(18) 2018.
- 8) Ali Kiapour, Amin Joukar, Hossein Elgafy, et al.: Biomechanics of the Sacroiliac Joint: Anatomy, Function, Biomechanics, Sexual Dimorphism, and Causes of Pain. International Journal of Spine Surgery, 14, p3-13, 2020.

- 9) Daniela Aldabe, Daniel Cury Ribeiro, Stephan Milosavljevic, et. al.: Pregnancy-related pelvic girdle pain and its relationship with relaxin levels during pregnancy: a systematic review. *Eur Spine J*, 21(9), p1769-1776, 2012.
- 10) K Björklund, S Bergström, M L Nordström, et. al.: Symphyseal distention in relation to serum relaxin levels and pelvic pain in pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 79(4), p269-275, 2000.
- 11) P Kristiansson, K Svärdsudd, B von Schoultz: Serum relaxin, symphyseal pain, and back pain during pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*, 175(5), p1342-1347, 1996.
- 12) F D O'Shea, E Boyle, D C Salonen, et. al.: Inflammatory and degenerative sacroiliac joint disease in a primary back pain cohort. *Arthritis Care & Research*. 62(4), p447-54, 2010.
- 13) 村上栄一: 仙腸関節由来の腰痛. *日本腰痛会誌*, 13(1), 40-47, 2007.
- 14) 黒澤大輔, 村上栄一: 仙腸関節痛の発生・慢性化のメカニズム. *J. Spine Res.* 12, 808-813, 2021.
- 15) Kurowawa D, Murakami E, Aizawa T, et al.: Criteria for identifying technically difficult cases when performing sacroiliac intraarticular injections based on the grade of sacroiliac arthrogram. *Pain Med*, 21(10), 2105-2110, 2020.
- 16) 南角学, 伊藤明良: 変形性関節症に関する基礎的研究の動向と臨床への応用. *理学療法学*, 45(6), 410-416, 2018.
- 17) 内尾祐司: 変形性膝関節症の病態と治療. *島根医学*, 33(1), 1-7, 2013.

What is Pelvis Correction?

-Consideration of Pelvis Correction as Medical Treatment-

Kazuhisa Matsumoto¹⁾, Fumiya Matsumoto²⁾

1) Meiji University of Integrative Medicine

2) Matsumoto Acupuncture and Moxibustion Center

Abstract

The purpose of this study is to clearly define the word “pelvis correction” with medical reasons, and to explain the adoption and response of “pelvis correction as a medical care,” using specific cases and published documents. The concept of “pelvis abnormality,” which is the premise for “pelvis correction” is considered to have originated in a paper by Joel E. Goldthwait and Robert B. Osgood (1905). Right and left sacroiliac joint and symphysis pubis were collectively referred to as “Pelvis Articulations,” and the range of movement of sacroiliac joint, frequency and condition of sacroiliac abnormality, and their correlation in pregnant women were described. The contents are common knowledge today. The rate of sacroiliac joint abnormality as the cause of back pain in Japan is low at approximately 10%, compared to that of Europe and America at approximately 30%. One reason for this is that “pelvis correction” is more frequently carried out at bone setting and folk remedy clinics, rather than within the field of orthopedics. Most of cases of incompatibility of sacroiliac joint, and sacroiliac joint abnormality, which are expressed as “locking,” are caused by a destabilization of sacroiliac joint. Indications for “pelvis correction as a medical treatment” include an unstable sacroiliac joint, and adoption of this treatment in the early phase should be determined by accurate diagnosis and joint fixation. In addition, in cases of incompatibility or locking of the sacroiliac joint as a result of prolonged sacroiliac joint instability, the response should be fixation of the sacroiliac joint in the correct position after once again manually correcting such instability of the sacroiliac joint.

keywords

pelvis correction, pelvis abnormality, sacroiliac joint, Pelvis Correction as Medical Treatment

『正骨範』における「脉証治法」に関する考察

—女子サッカー選手に対する舌診、腹診、問診からの検証—

松本和久¹⁾，松本典也²⁾

1) 明治国際医療大学

2) 松本鍼灸院

要旨：本研究の目的は、1807年に二宮彦可の著した『正骨範』の「脉証治法」の論である“打撲、金刃の損傷は、全て血論に従う。”を、骨折・脱臼・打撲・捻挫の発生頻度の高い女子サッカーを日常的に実施している身体的・精神的な異常を自覚していない18歳から21歳の女性8名を対象に、伝統医学の手法である舌診、腹診、そして問診を用いて、“気の病”の存在の有無を評価することで検証すること。評価の結果、舌診では8名の舌苔は白薄苔で、舌体の色沢は淡紅で舌先部に紅点を認め、1名は舌先部のみ無苔、1名は胖大、1名は著明な歯痕を呈していた。腹診では8名の左肝相火に邪を認め、1名に左腎水、7名は右腎相火に邪を認めた。問診では8名中7名に気虚や肝気鬱結を表す項目に該当した。以上のことから、全ての対象者は精神的な緊張や情緒の過度の変動による“心”、“肝”、“腎”の“気の病”を呈しており、それらは“未病”の状態であった。以上のことから、「脉証治法」の論を現代人にそのまま運用することは不適切と考えられ、現代人の多くに潜在している“気の病”を考慮して骨折・脱臼・打撲・捻挫の治療を行う必要があると考えられた。

Key words 正骨範, 脉証治法, 柔道整復学, 血の病, 気の病

1. はじめに

『正骨範』は1807年に二宮彦可の著した現在の柔道整復学の基礎となる文献であり、巻上と巻下からなる。巻上は「正骨総論」、「検骨」、「脉証治法」、「十不治証」、「敷薬法」、「薬熨法」、「熨斗烙法」、「鏝熨法」、「振挺法」、「腰柱法」、「杉籬法」、「裏帘法」、巻下は「正骨図解」、「正骨経験方」、「麻薬部」、「熨薬部」、「膏薬部」、「敷薬部」、「洗薬部」、「丸薬部」、「湯薬部」からなる。このうちの「脉証治法」には、“劉宗厚が言っている。打撲、金刃の損傷は、気が動じることによって病むのではなく、外の有形の物に傷付けられることによる、外の原因によって生じるものである。六淫七情により病となるが、血肉・筋骨が病を受けての病は、病が氣に在るとか血に在るとかと分けられるようなものではない。損傷することによる証は、全て血論に従う。”と記述されている¹⁾。

『正骨範』が著された時代の基礎医学は、現在、東洋医学とか伝統医学と呼ばれるもの（以下、伝統医学）で、近代医学とは異なる。伝統医学における人体の生理活動に関わる基礎的な物質は、陽に属す氣と陰に属す精・血・津

液であり、これらが臓腑・経絡などと密接に関わることで生命活動が営まれていると考える。精は氣と血を生成する働きがあり、人体の構成や生命活動を維持する最も基本的な物質である。氣は生命活動を維持する精微物質を表すとともに、機能を表す言葉でもある。血は氣の推动作用を受けて循環し、全身をくまなく滋養する。津液は体内における正常な水液の総称で、氣や血とともに人体を構成し、生命を維持する。また病は、外因、内因、不内外因の3つの原因（病因）によって生じ、外因は六淫や疫癘、内因は七情、不内外因は飲食不節、労倦、房事過多、外傷のことである（現在の伝統医学では外傷は外因として分類されている）。六淫は風邪・寒邪・暑邪・湿邪・燥邪・火邪の6種類の外邪の総称で、疫癘とは強力な伝染性と流行性を持っている外邪のことであり、これらが過剰になったり、時季に反して現れたり、抵抗力が低下したりすると病となると考える。七情とは怒・喜・思・憂・悲・恐・驚の7種類の情志のことで、外界の刺激に対する情動反応であり、特定の情志が長期間持続したり、急激または強烈に発生したりすると、その情志に関連する臓腑の機能

が失調し病となると考える。飲食不節とは不適切な食事や飲水のこと、労倦とは疲労のこと、房事過多とは節制のない性生活のこと、外傷とは外的な力あるいは外在の要因によって筋肉・脈・皮膚・骨などの組織・器官が損傷のことで、いずれにおいても病となると考える²⁾。これらの伝統医学における基礎医学を基に、先に述べた『正骨範』の「脉証治法」を読み解くと、“打撲、金刃の損傷”は“外の有形の物に傷付けられること”により“血肉・筋骨が病を受けての病”であり、“六淫七情により病となる”ような“気が動じることによって病むのではなく”，かつ“病が氣に在るとか血に在るとかと分けられるものではない”，“全て血論に従う”すなわち血＝陰である有形（氣＝無形の対義語）の治則に従うという意味になる。

柔道整復学を伝統医学と位置づけるのなら、柔道整復の治療対象である“骨折・脱臼・打撲・捻挫”は、「脉証治法」にある“打撲、金刃の損傷”に該当する。したがってその治則を『正骨範』に求めるなら、これらの治療は“全て血論に従う”，すなわち血＝陰である有形のものに専念し、氣＝無形のものについては考慮しなくとも良いということになる。果たしてこの論は正しいのであろうか。本研究の目的は、骨折・脱臼・打撲・捻挫の発生頻度の高い女子サッカーを日常的に実施している身体的・精神的な異常を自覚していないものを対象に、伝統医学の手法である望診を舌診、切診は腹診、そして問診は“氣の病”によって生じる症状の有無を確認する問診表への記入により、“氣の病”の存在の有無を評価し、『正骨範』における「脉証治法」の論を検証することである。

2. 対象

骨折・脱臼・打撲・捻挫の発生頻度が高いと考えられる女子サッカーを日常的に実施しているもので、身体的・精神的な異常を自覚していない18歳から21歳の女性8名を研究対象者（以下、対象者）とした。

3. 方法

1) 望診

望診は、伝統医学の手法に基づき舌診を行った³⁾。

2) 切診

切診は、伝統医学の手法である夢分流腹診術を行った（図1）⁴⁾。

なお望診と切診は、臨床経験が30年以上の鍼師の資格を持ったものが一人で行った。



図1. 夢分流腹診術における臟腑図
両側腹部に「肝相火」、下部中央に「膀胱」があり、その右側に「右腎相火」、左側に「左腎水」が位置する。

3) 問診

伝統医学に基づいて作成した問診表を（図2）、対象者に無記名で記入させた。問診の内容は気虚の症状として、気虚一般では「元気がない」「疲れやすい」「風邪をひきやすい」「食欲がない」、肺気虚では「息切れする」「声に力がない」、心気虚では「動悸がする」「不安感がある」「胸が苦しい」「クヨクヨする」、脾胃気虚として「お腹が張る」「手足がだるい」「便秘である」「便が泥状である」、腎気虚として「頭がふらつく（めまいがする）」「腰や膝に力がない」「聴力減退」「夜間に頻回に排尿する」「立ちくらみがする」、気滞の症状として、胸部気滞では「胸がつかえる」、胃気滞として「ゲップ（げっぷ）がよく出る」「口の中が酸っぱい」「しゃっくり（吃逆）がよく出る」、腸気滞として「オナラがよく出る」「便が硬い」、肝気鬱結として「口の中が苦しい」「ゆううつ（憂鬱）である」「怒りやすい」「イライラする」「生理痛がある」「生理が一定しない」「生理の色が濃い」「生理の血に固まりがある」「精神的に緊張すると便秘になる」「精神的に緊張すると下痢する」「ため息がよく出る」「排便がすっきりしない」「寝つきが悪い」「不眠である」「旅行などに行くときと寝付けない」の40項目とした³⁾。

問診表

この問診表の質問は、伝統医学的診察法に基づいた『気』の異常を知る手がかりとなる内容になっています。

最近一年間くらいの体調を思い出して、あてはまる項目の番号を○で囲って下さい。

あてはまる項目があったからといって、それが病気に結びつくものではありませんので、安心して下さい。

わかりにくい質問内容がありましたら、遠慮なく聞いて下さい。

宜しくお願いします。

- | | |
|---------------------|----------------------|
| 1. 元気がない。 | 21. 便がかたい。 |
| 2. 疲れやすい。 | 22. ゆううつ(憂鬱)である。 |
| 3. 声に力がない。 | 23. 怒りやすい。 |
| 4. 息切れする。 | 24. イライラする。 |
| 5. 風邪をひきやすい。 | 25. 生理痛がある。 |
| 6. 食欲がない。 | 26. 生理が一定しない。 |
| 7. 動悸がする。 | 27. 生理の血の色が濃い。 |
| 8. 不安感がある。 | 28. 生理の血に固まりがある。 |
| 9. 胸が苦しい。 | 29. 精神的に緊張すると便秘になる。 |
| 10. お腹が張る。 | 30. 精神的に緊張すると下痢する。 |
| 11. 頭がふらつく(めまいがする)。 | 31. クロクヨする。 |
| 12. 腰や膝に力がない。 | 32. ため息がよく出る。 |
| 13. 聴力減退。 | 33. 排便がすっきりしない。 |
| 14. 夜間に頻回に排尿する。 | 34. 寝つきが悪い。 |
| 15. 胸がつかえる。 | 35. 不眠である。 |
| 16. グップ(嗝気)がよく出る。 | 36. 旅行などに行くとき寝付けにくい。 |
| 17. 口の中が苦い。 | 37. 立ちくらみがする。 |
| 18. 口の中が酸っぱい。 | 38. 手足がだるい。 |
| 19. しゃっくり(呃逆)がよく出る。 | 39. 便秘である。 |
| 20. オナラがよく出る。 | 40. 便が泥状である。 |

以上です。

ありがとうございました。

図2. 作成した問診票

4. 結果

1) 舌診

対象者1~8の舌苔は白薄苔、舌体の色沢は淡紅であったが、そのすべてで舌先部に紅点を認めた。対象者6は舌先部のみ無苔であった。また対象者5は胖大、対象者7は著明な歯痕を呈していた(図3)。



図3. 舌診の一例

舌体の色沢は淡紅、舌苔は白薄だが、舌先と舌辺に紅点を認め、胖大しており歯痕も認める。

2) 腹診

対象者1~8のすべてで左肝相火に邪を認め、対象者1のみ右腎相火に、それ以外の対象者2~8はすべて左腎水に邪を認めた。

肝相火の邪は五臓の肝に、腎相火と腎水の邪は五臓の腎に、それぞれ異常があることを表している。

3) 問診

問診表に記入された結果は以下の通りであった。

対象者1: 気虚一般, 心気虚, 脾胃気虚, 腎気虚, 胃気滞, 腸気滞, 肝気鬱結の項目に該当していた。

対象者2: 肝気鬱結の項目に該当していた。

対象者3: 脾胃気虚, 肝気鬱結の項目に該当していた。

対象者4: 肝気鬱結の項目に該当していた。

対象者5: 気虚一般, 脾胃気虚, 肝気鬱結の項目に該当していた。

対象者6: 該当なし。

対象者7: 脾胃気虚, 肝気鬱結の項目に該当していた。

対象者8: 肝気鬱結の項目に該当していた。

5. 考察

柔道整復学を伝統医学として位置づける時、『正骨範』は柔道整復学の基礎となる文献である。その『正骨範』の「脈証治法」には、“血肉・筋骨が病を受けての病は、病が氣に在るとか血に在るとかと分けられるようなものではない。損傷することによる証は、全て血論に従う。”とあり、柔道整復師の主な治療対象である骨折・脱臼・打撲・捻挫の治療は“全て血論に従う”すなわち血=陰である有形のものに専念し、氣=無形のものについては考慮しなくとも良いと論じられている。たしかに骨折・脱臼・打撲・捻挫は、二宮彦可の主張するように有形の存在である血の病であると考えられる。しかしそれは罹患した対象に“氣の病”が存在しない場合に限られると考えられる。その理由について、打撲による筋損傷を例に説明する。

打撲による筋損傷では、外力による皮下組織および筋に分布する毛細血管の損傷により出血する。破壊された毛細血管の収縮と血小板等により止血される一方で、損傷した組織からはヒスタミンやブラジキニン、プロスタグランジン等の炎症物質が放出され、創の清浄化を目的に浮腫や発赤、熱感、そして疼痛が出現する。その後、筋衛星細胞が活性化し筋線維が再生される。筋損傷後に損傷された筋が筋組織により復元されることを再生といい、結合組織により修復されることを線維化という。この線維化は、通常の損傷組織の解剖学的連続は回復するが機能の回復は不完全で理想的な治癒とはいえず、損傷した筋線維を支えるために存在するが、この組織の過剰増殖は筋線維の再生成長を制限することが知られている。そこで筋損傷後に早期運動介入を行うと、線維化を誘導するサイトカイン TGF-β1 の抑制を介して筋損傷の再生が促進されると報告されており^{5,6)}、打撲による筋損傷後には早期運動介入が必要となる。しかし、打撲による筋損

傷を受傷した対象が“気の病”の一つである“気滞”であった場合、「不通即痛」の原則から、“気滞”のない対象よりも疼痛は強いものになる。さらに血は気の推动作用によって循環するため、“気滞”のある場合は“気滞”のない対象よりも血瘀となる確率が高くなり、これも疼痛を増悪させる要因となる。これらの増強された疼痛は、当然、運動の妨げとなり、早期運動介入が妨げられることで損傷筋の線維化を抑制することができず、結果的に筋損傷の再生を抑制することになる。したがって、骨折・脱臼・打撲・捻挫の疾病を分類すると血の病であるが、その疾病が個々の人間の疾患として出現する場合は、“気の病”の存在は骨折・脱臼・打撲・捻挫の治癒の重大な阻害因子となりうると考えられる。

そこで本研究では、骨折・脱臼・打撲・捻挫の発生頻度が高いと考えられる女子サッカーを日常的に実施しているもので、身体的・精神的な異常を自覚していない18歳から21歳の女性8名を対象に、伝統医学の手法である望診を舌診、切診は腹診、そして問診は“気の病”によって生じる症状の有無を確認する問診表への記入により、“気の病”の存在の有無を評価した。その結果、舌診では8名の対象者全ての舌苔は白薄苔で、舌体の色沢は淡紅であったが、そのすべてで舌先部に紅点を認め、そのうち1名は舌先部のみ無苔、1名は腫大、1名は著明な歯痕を呈していた。腹診では対象者8名全ての左肝相火に邪を認め、そのうち1名に左腎水、その他の7名は右腎相火に邪を認めた。問診では8名中7名に気虚や肝気鬱結（気滞に属す）を表す項目に該当した。そこで、これらの結果について考察する。

舌診において舌苔の白薄苔と舌体の色沢の淡紅は正常の証であり、舌先部は心・肺の上焦、舌中央部は胃・脾の中焦、舌根部は腎の下焦、舌辺部は肝・胆の内臓の状態を表す³⁾。今回の結果において、対象者8名の全ての舌苔が白薄苔で、舌体の色沢は淡紅であったことから、8名の対象者が重大な疾病に罹患していないことがわかる。一方で全ての対象者の舌先部に紅点を認めたことは、心・肺の上焦に熱が偏っていることを表しており、そのうちの1名は無苔になっていることから、その熱が強いことを表している。また舌の腫大や歯痕は気虚や陽虚を表している。

夢分流腹診術では、図1のように腹部の状態の内臓の状態を診ることができる⁴⁾。今回の結果において対象者8名全ての左肝相火に邪を認めたことについて、舌診において全ての対象者の舌先部に紅点を認めたことと併せて考察する。素問・陰陽応象大論篇に「壯火は気を食み」とあり、強くなり過ぎた陽気は元気を侵食することを指摘している。北宋時代の錢乙は「肝に相火あり」とし、金の時代の劉完素は「命門の相火」と論を提言し、それを元に張元素は「命門は相火の源である」と述べ、李東垣は「相火は下焦の包絡の火であって元気に敵対する賊である」との論を提言している。これらの論を元に、「陽は常に有余し陰

は常に不足する」との学説を唱えた朱震亨は「相火が正常な状態であれば人は元気に生きていられるが、相火が異常な状態であれば人も病気になる。」との論を提言している。夢分流腹診術の図（図1）で示されているように、相火には“肝相火”と“腎相火”がある。これは閉蔵を主る腎と、相反する作用の疏泄を主る肝に相火が蔵されており、肝腎の経脈は心と連なる。心は君火であり、心が動ずれば君火も動じ、君火が動ずれば相火も動ずることになる⁷⁾。先に述べたが、舌診において舌先部は上焦、すなわち心・肺に相当する部位であり、全ての対象者のこの部分に紅点を認めたことは、全ての対象者の上焦＝心に熱を帯び、君火が動じていることの証といえる。その君火の影響が左肝相火の邪として表れたものと考えられる。さらに対象者7名の右腎相火に邪を認めたことは、君火の影響が腎相火にも影響した結果と考えられる。一方で火と水は相対する関係であり、左腎水に邪を認めた1名の対象者は、君火、相火の影響が相対する腎水に影響を与えたものと考えられる。では、君火や相火が動じる原因について、問診の結果から考察する。

問診の結果では、対象者8名中7名に気虚や肝気鬱結（気滞に属す）を表す項目に該当し、特に肝気鬱結は対象者7名全てに該当した。肝は“疏泄を主る”ため、精神的な緊張・情緒の過度の変動などによって肝気が鬱結すると、気＝陽であることから陽が滞り結びつく熱となる³⁾。教科書的には精神的な緊張・情緒の過度の変動などが影響する臓腑を“肝”としているが、心は“神を主る”ことから精神と密接な関連があり、肝と心を切り離して考えることは困難である。したがって、腹診における“左肝相火”と“右腎相火”，および“左腎水”の邪は、精神的な緊張・情緒の過度の変動などによって出現しているものと考えられる。

以上のことから、骨折・脱臼・打撲・捻挫の頻度が高いと考えられる女子サッカー選手で身体的・精神的な異常を自覚していない18歳から21歳女性の健康状態を伝統医学的に舌診、腹診、問診の結果から診断すると、問診で肝気鬱結を表す項目に該当していなかった対象者も含めて、全ての対象者において精神的な緊張や情緒の過度の変動による“心”，“肝”，“腎”の“気の病”を有していると考えられる。ただしこの状態は疾病といえる状態ではなく、正に“未病”の状態といえる。この結果が二宮彦可の生きた江戸時代の人達とどの程度異なるのか、すなわち江戸時代の人達は現代人ほど精神的な緊張や情緒の過度の変動の影響を受けなかったのか否かは、知る由もない。ただ、『正骨範』を現代で活用しようとするのであれば、現代に合わせた解釈をする必要がある。したがって二宮彦可の「脉証治法」の論を現代人にそのまま運用することは不適切と考えられ、現代人の多くに潜在している“気の病”を考慮して骨折・脱臼・打撲・捻挫の治療を行う必要があると考えられた。

【参考文献】

- 1) 二宮彦可：正骨範． <http://www.shiga-med.ac.jp/library/kawamura/content/bunsatsu/K0078.html> (Accessed July 2, 2012.)
- 2) 公益社団法人 東洋療法学校協会編：新版 東洋医学概論. 医道の日本社, 東京, 2017, 37-62,
- 3) 神戸中医学研究会編著：中医学入門. 医歯薬出版, 東京, 1987, 59-74, 131-149, 178-187.
- 4) 御園夢分齋：鍼道秘訣集． <https://kotenseki.nijl.ac.jp/biblio/100252701/viewer/10> (Accessed July 2, 2012.)
- 5) 村上生馬, 西平賀昭, 沼田治, 武政徹：筋損傷後の運動介入が治癒過程に及ぼす影響. 筑波大学体育系紀要, 38, 149-152, 2015.
- 6) 村上生馬, 沼田治：筋損傷後の運動介入が治癒過程に及ぼす影響. つくば生物ジャーナル, 13, 83, 2014.
- 7) 藤本蓮風監修：臓腑経絡学ノート. 谷口書店, 東京, 1991, 325-326.

Consideration on “Myakusho Chihou” in “Seikotsuhan”

-Verification from examinations of the tongue and abdomen, and interview with female soccer players-

Kazuhisa Matsumoto¹⁾, Fumiya Matsumoto²⁾

1) Meiji University of Integrative Medicine

2) Matsumoto Acupuncture and Moxibustion Center

Abstract

The purpose of this study is to verify the presence of Qi diseases by evaluating traditional medical techniques, namely, examinations of the tongue and abdomen, and interview, based on “all bruises and metal sword injuries according to the blood diseases theory” as expounded as “Myakusho Chihou” in Seikotsuhan” (Osteopathy according to Medical Diagnosis and Treatment Theory), written by Genka Ninomiya in 1807. Eight women, 18-21 years old, who were not aware of any physical or mental abnormalities, and who daily played soccer which has a high frequency of bone fractures, dislocations, bruises, sprains were targeted. From the evaluation results, tongue coating of the 8 subjects was thin and white, and tongue color was pale red with red spots on the tip of the tongue according to the tongue examination. One subject did not show tongue coating except on the tip of the tongue, one had swelling, and one had significant teeth marks. Regarding the abdomen examination, “Jya (pathogen)” was observed in the left liver diagnostic area of the 8 subjects. Left renal fluid was observed in 1 subject, and “Jya (pathogen)” was observed in the right kidney diagnostic area of 7 subjects. Regarding the interview, 7 out of 8 subjects corresponded to the items showing “Kikyo (Qi deficiency)” and “Kanki Ukketsu (Liver Qi stagnation). From these results, all subjects showed “heart,” “liver,” “kidney” and “Qi diseases” due to excessive mental tension or emotional volatility, and were in “pre-symptomatic state” condition. According to the above, directly applying the “Myakusho Chihou” theory to modern people is considered inappropriate. For most people today, treatment of fractures, dislocations, bruises, and sprains in consideration of potential mental diseases is thought to be important..

keywords

Seikotsuhan, Myakusho Chihou, Judo Therapy, blood diseases, Qi diseases

日本東洋醫學研究會會則

第1章 総則

第1条（名称）本会は、日本東洋醫學研究會と称する。

第2条（事務局）本会は、事務局を下記に置く。

〒629-0392 京都府南丹市日吉町保野田ヒノ谷 6-1
明治国際医療大学附属病院総合リハビリテーションセンター内
日本東洋医学研究会事務局

第3条（目的）本会は、「内外合一 活物窮理」を目的に平成23年に開塾した春林塾を前身として、日本における東洋医学に関心を寄せる関係職種の人々が、互いの交流と研鑽を重ねることを通じて、この分野の発展と互いの向上を図ることを目的とする。

第4条（事業）本会は、前条の目的を達成するために次の事業を行う。

1. 原則として年1回以上の研究集会・講演会等を開催する。
2. 日本における東洋医学に関する研究資料の収集、他学会・研究会との知識の交流、講習会などの学術・研修活動を行う。
3. 会員名簿を作成する。
4. その他、目的を達成するための事業を行う。

第2章 会員

第5条（会員）本会の会員は、個人会員・賛助会員の二種とする。

1. 個人会員は、本会の趣旨に賛同する日本における東洋医学に関係する職種に属する者で、所定の会費を負担するものとする。賛助会員は、本会の趣旨に賛同しこれを援助しようとする個人または団体で、所定の会費を負担するものとする。
2. 会員となるには、役員会の承認を必要とする。
3. 会員となるには、所属・役職・現住所などの所定の事項を記し、会費を添えて事務局に申し込む。
4. 本会を退会したい会員は、その旨を文書によって事務局に申し出、役員会がこれを承認する。
5. 会費納入時より1年間を個人会員、賛助会員として認めることとする。

第6条（会費）会費は、次のごとく定める。

1. 個人会員 年額 一般 3,000円 学生 1,500円
2. 賛助会員 年額 1口 10,000円

第3章 役員

第7条（役員）会には下記の役員を置く。

1. 役員会
会長 1名
副会長 若干名
役員 若干名
役員（庶務） 1名
役員（会計） 1名
2. 会長と副会長は役員が推薦し、役員会の承認を得てこれを委嘱する。とくに任期は定めない。
3. 会長は、必要に応じて役員会を召集する。

第4章 運営

第8条（運営）本会の運営は、役員会が行う。

1. 役員会は、必要に応じて会長が召集する。
2. 役員会は、会長・副会長・役員・役員（庶務）・役員（会計）の選出、会計監査、会員の入退会、研究集会の開催などの重要事項について審議する。
3. 役員会は、役員の1/2以上の出席をもって成立し、多数決をもって議事を決する。

第9条（年次報告）会長は年度末に次の報告を行う。

1. 事業計画ならびに事業報告、収支予算ならびに決算
2. 財産目録（会費、寄付金、その他）
3. 役員会で必要と決めた事項
4. その他

第10条（事務）本会の事務的事項は、会長から委嘱された役員（庶務）および役員（会計）が処理する。

第11条（会計年度）本会の会計年度は毎年4月1日に始まり、翌年の3月末に終わる。流動財産は郵便貯金または銀行貯金として事務局に保管する。

第5章 総会

第12条（総会）役員会は、毎年1回以上の総会を開催し、その参加者の合意を得て必要事項の審議を行い、本会を運営する。

附則

第6章 研究集会

第13条（研究集会）本会は、会員の交流と互いの研鑽を図るため、研究集会を開催する。

1. 開催回数は毎年1回以上とする。
2. 研究集会の形式・内容は、役員会または役員会が委嘱した組織に一任される。

第7章 会の解散

第14条（会の解散）役員会の発議で総会において会の解散が決定されたとき、本会を解散することとする。

付則

1. 本会則は役員1/2以上の賛成をもって変更することができる。
2. 本会則は平成27年4月4日より施行する。
3. 本会則は平成28年4月4日より施行する。

日本東洋醫學研究會誌 投稿規程

平成 27 年 4 月 4 日

1. 投稿資格

責任著者は、原則として本会の会員とする。ただし、編集委員会が認めた場合はこの限りではない。責任著者は投稿原稿が投稿規程に適合しているか確認したうえで責任を持ち投稿する。

2. 倫理

本会誌に投稿する論文は、ヘルシンキ宣言の精神に則って行われた研究内容であること。

3. 投稿原稿の採否

原稿の採否は、編集委員会によって査読を行ったうえで決定する。なお、原稿の一部削減、修正、加筆などを著者に求めることがある。

4. 投稿要領

(1) 原稿の作成は、原則として以下のとおりとする。

用紙設定は A4 とし、タイトル、著者名、所属機関、キーワード (7 つ以内)、和文要旨 (500 字以内)、英文要旨を 1 頁目にまとめ、本文は 2 頁目以降、I. はじめに、II. 方法、III. 結果、IV. 考察、V. 結語、参考・引用文献の順に構成する。

文字サイズは 10.5 ポイント、和文フォントは MS 明朝、英文フォントは Times New Roman とする。

(2) 学術用語以外は常用漢字を用いる。

(3) 数字はアラビア数字を用い、単位は原則として国際単位系を用いる。いずれも半角での表記とする。

(4) 原稿の枚数は制限を設けない。

(5) 図表は原稿とは別に、1 スライドあたり 1 図表で、プレゼンテーションソフトにて作成する。必要によっては、各図表のタイトル外に図説を挿入すること。

(6) 参考・引用文献は、本文に用いられたものだけを引用順に、本文の右肩に番号をつける。
(例) ……・と報告している^{4-6,8,10)}。

(7) 参考・引用文献は以下の例のように記載する。

①雑誌記載例

雑誌の場合は、著者氏名：論文表題．雑誌名，巻：初頁-終頁，発行年（西暦）の順に書く．著者が4名以上の場合には，4番目以降の著者名は略し，「et al」または「ら」をつける。

(例)

1)山田太郎，大垣直助，濱田次郎ら：訪問リハビリテーションにおけるリスク管理について．日本在宅リハビリテーション学会誌，26：128-138，2003．

2)Kurimoto M, Fukuda H, Satou K, et al: Recovery process in CVA patients by fMRI . Journal of Rehabilitation Medicines, 36:118-131, 2005.

②単行本記載例

単行本の場合は，著者または編者：論文表題．書名，巻数，版数，発行社，発行地，初頁-終頁，発行年．を記載する。

1) 中村五郎：臨床神経内科．福村四郎，穂高新，川元美紀編：パーキンソン病の薬物療法，医学教育出版，東京，pp 45-58，1999．

2) Mac K: Assessment of Human Posture. In Friedman H and Smith A (eds):Ability of dynamic balance control in elderly people , Vol 19, Medical Press, New York, pp65-78, 1998.

(8) 原稿の投稿は以下のとおり行う。

①原稿と図表の電子データを電子メールの添付ファイルとして下記まで送付する。

提出先：k_matsumoto@meiji-u.ac.jp (松本和久)

件名：「日本東洋医学研究会誌原稿の提出」 で送付。

②原稿の電子データの形式は Microsoft Word，図表の電子データの形式は Power Point が望ましい。

編集後記

私事ですが、令和4年度で35年間在職した明治国際医療大学を退職します。

理学療法士を養成する専門学校を卒業して40年、そのうちの大半を明治国際医療大学（旧明治鍼灸大学）とその附属病院総合リハビリテーションセンターで過ごしてきました。

リハビリテーションという世界は、医療について何も知らなかった私に一本の道筋を示してくれました。それは、日本の伝統医学（東洋医学）を学んでも全くぶれることはありませんでした。なぜなら、リハビリテーションは全ての人が社会で生き活きと生きていくことを支援するものであり、東洋医学は全ての人が自然と調和して生きることを支援するものであり、根本が類似しているからです。

1980年に世界保健機関が国際障害分類として障害の定義を行い、1981年に国際連合が「国際障害者年」を採択したことで、リハビリテーションに対する人々の関心は高まりました。しかし残念なことに、平安時代から江戸時代まで綿々と続いてきた当道座という日本独自のリハビリテーションシステムが明治政府によって壊滅されたことや、1960年に欧米で起こった自立生活運動（Independent Living Movement: IL運動）について、詳しく知る人は限られています。

当時は情報の入手が困難であった、という側面はあるでしょう。では、現在はどうでしょう。例えば、持続可能な開発目標（Sustainable Development Goals: SDGs）について、その背景、各国の動向、普及率など、情報を得ようと思えばいくらでも手に入る時代になっています。その情報を適切に活用できているでしょうか。

2019年から約3年間、私たちが経験した最大の災いは、情報が操作されたことだったかも知れません。そして、それは今後も続くでしょう。

今後は大学という組織だからできたことに終止符を打ち、小さな鍼灸院の一医家として、組織だからできなかったことを成すために、これからも常に疑問を持ち、知ろうとする努力を惜しまずに、日々の臨床を大切にしていきたいと思います。

令和4年12月吉日

日本東洋医学研究会会長 松本 和久

日本東洋医学研究会誌 第八巻 2022

編集・発行 日本東洋医学研究会誌 編集委員会
発行日 令和4年12月28日
発行者 日本東洋医学研究会
