



ベーシック

第1 教程

③腰の施術

合同会社 Linkage

## 内容

1 基礎診断法 総論.....	2
2 歩容分析 ※非侵襲性の検査.....	4
2-1 非荷重系の歩容 .....	4
2-2 PIt歩行(かみこませると神経伝達が早くなる) .....	4
2-3 類似する歩行.....	4
3 スクリーニング.....	5
3-1 スクリーニングの特徴.....	6
4 重力検査:前屈テスト.....	7
5 重力検査:後屈テスト.....	8
6 重力検査:腰仙移行部側屈テスト .....	9
7 重力検査:胸腰移行部回旋テスト .....	10
8 重力検査:股関節屈曲テスト.....	11
9 補助検査:長母趾伸筋筋力テスト .....	12
10 補助検査:コグホイールテスト(CGW) .....	14
11 補助検査:セファレーションコンプレッションテスト(SCT) .....	15
12 補助検査:ポストコンプレッションテスト(PCT) .....	16
13 AS整復法 .....	17
13-1 整復の前に.....	17
13-2 ポジション設定 .....	18
13-3 手順 *頭部を上の手、足部を下の手とする。.....	19
13-4 注意点.....	20
13-5 WHO法 .....	21
14 メディカル・ハイドロバッグ WB施術.....	21
14-1 WBの処置.....	21
14-2 四つ這いでの処置.....	21

# 1 基礎診断法 総論

## • 重力検査

なぜやるのか？

スケールをつける（相対評価）・決めたものしか分からない（意味が無い）

重力=1Gはほぼ変わらずに存在で、その影響の中でヒトは暮らしている。

バランスがどう変わるのかを見ていく検査をすれば、重力に対して自分が対応しているのかどうかや地球で暮らせるヒトなのかが分かる。

重力に対応○：暮らしやすく・生きやすい

重力に対応×：何かしらヒトらしさが欠けてくる（逆らって生きる）

※重力に対する体のバランスを分かっていく事でヒト自体の現象が見える様になる。

## • そもそも？検査はどうあるべきか

毎回毎回違う検査結果が出たら意味が無い。

限定性を作る事が大事（患者ポジション・術者ポジションをいつも定める）

ある基準を持ってやる事（再現性が大事）

検査は繰り返しやっても同じ結果が出る再現性が大事。

## • やるとどんな事が分かる？

### • 歴史を診て未来を予測するモノサシ

その人の体がどういう風に過ごしてきたのか、怪我をしてきたのか、運動してきたのかが分かる。

そして今後こうなっていくだろうなというのが分かる（歴史が分かる）

ヒストリーインタビューは重力に対して分かりやすくする為、患者さんに気付いてもらう為にある。このとき指摘するのではなく、気づいてもらうのが重要。

今後こうなっていくのが分かる事があるので示す。

細かさがある方が患者さんへの説得性は増すが、その細かさは患者さんの関心事じゃないとダメ。

人によって言い方は様々。下地がないと説明は出来ない。その人に伝わる言葉で言う。

ヒトが生まれてから大人になるのは必ずある。

女子が女性になる瞬間、子供を産む瞬間、閉経する瞬間、死ぬ瞬間などの当たり前の事の中でどういう変化になっていったのかをヒストリーインタビューの中での説明は大切になる

（納得してもらう＝知識をつける）

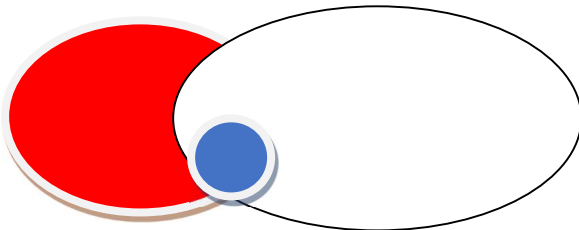
• 患者のメリット、術者のメリット（共通）

- ・見通しが立つ（段々分かる様になる）お金と期間の目安
- ・治療方針が立つ

• 考える（2つある）

1. 帰納還元法（学校教育）
2. 演繹法（なぜ？なんで？思考）  
観察する、考えるクセをつける

• 診断・処置の領域



赤：医者領域→非生理的診断・処置（メスで切る・放射線を浴びせる・投薬する etc）

青：学校で習う領域

白：私たちがやる部分→学校で習う領域を超えてそうじゃない領域を覚える

生理的である事

生老病死：ヒトが生まれてから死ぬまでのあらすじ（避けては通れない）

ある状態＋＜非生理＞＝非生理（本来の状態ではなくなる）

ある状態＋＜生理＞＝生理へ向かっていく

## 2歩容分析 ※非侵襲性の検査

AS:非荷重性離開→歩行不足

PIt:外傷性角加速度損傷→外傷応力(尻もち限定)

本を読むのも良い。

### 2-1 非荷重系の歩容

2:1歩行、3:1歩行→接地時間が短い方が非荷重傾向

両方小股は両側非荷重

### 2-2 P I t 歩行 (かみこませると神経伝達が早くなる)

墜下歩行

### 2-3 類似する歩行

トレンデレンブルグ歩行:接地してから抜ける

AS-T:トランスバース軸損傷

AS-EX:外方性離開 恥骨クランクも破壊・ノンベアリング歩行

## 3スクリーニング

各スクリーニングは位置異常を調べる訳ではない(ズレ・曲がっているのを調べない)。ズレていれば脱臼で、曲がってれば骨折している。見かけ上、ズレて見えるのは傾きがあるから。

位置に関しては明確な基準がないと、どちらに傾いているかが分からない。

重力に対して体が対応出来ていない事が異常を作っている。

重力に対応しているのか、していないのかをスクリーニングするわけで、各階層(ベース)が重力に対して正しく機能しているか否かを診る。

この機能が損なわれている状態(重力線から逸脱している状態)を『非生理』と呼ぶ。

### ※重力を感作する場所

・体重軸受機能(重力定量器) = WB (Weight Bearing)

骨盤環

頭部(頭位軸慣性系) C3と顎関節

足部アーチ構造

・ベース部(移行部)

B1: 腰仙移行部

B2: 頸胸移行部

B3: 胸腰移行部(特殊)

B4: 頭頸移行部

・メカノレセプター

主に3つのWBにある(振動覚・位置覚など)

## 3-1 スクリーニングの特徴

### ①再現性が高い

検査は常に一定の条件下で行わないと、その度に検査結果が変わってしまう。再現性を高めるために

- 患者のポジションを一定にする。
- 術者のポジションを一定にする。

再現性を高める為に

- 1、術者ポジション・患者ポジションは一定に
- 2、検査姿勢を一定にする事で相対的にポジションを安定出来る(臍前で対応する)
- 3、姿勢・ポジションは検査・処置にも関わる重要な事なので常に意識しておく
  - ※立ち方が悪いと良い処置は絶対に出来ない
  - 必ず自動運動の延長上で行う(他動運動と自動運動では動く方向が違う)

### ②徒手による検査

構造医学診断法は基本的に徒手による検査となる。

予め自動運動をさせてクセやトリックモーションを確認し、それらを排除した上で、自動運動の最後でわずかに他動運動を行ってレバーアームを聴取する。

※クセやトリックモーションには回旋や側屈が混在していることが多い。

真っ直ぐキレイに回旋や側屈ができるように補正しなくてはいけない。

診察においては、構造医学の各理論に基づいた検査法を行い患者さんの症状を理解する。検査には大きく2種類あり、本教程では基本的な5つの方法を覚えて治療に生かす。治療以上に重要な項目となるため、手順に慣れても手を抜かず意識し続ける。

### ③基本的な準備

- 患者の服装はガードル、ストッキング、ベルト、ジーパンといった体の動きを妨げるものは除外する
- 術者と患者は閉足立ちを意識。体がブレずに、前後左右に体が傾かないよう、なるべく均等に立つ。

## 4 重力検査：前屈テスト

### 手順

- ① 患者は立位にて閉足立ち（両足の親指と踵を合わせる）。
- ② あらかじめ自動運動（前屈）を診て、患者のクセやトリックモーションをある程度読み取る。
- ③ 術者は患者の側方で立て膝。
- ④ 一方の手は膝頭に添えて前屈時に膝が屈曲するのを防ぎ、もう一方の手は仙尾部に添える。
- ⑤ 患者は両手を合わせて膝の高さまでスーッと下ろす。  
この際、載距突起を中心に円運動するイメージで、合わせた指先を足の少し前へ向ける。
- ⑥ 自動運動の最終前屈時からほんの少し他動運動を加えて、下肢のノビ感を聴取する。

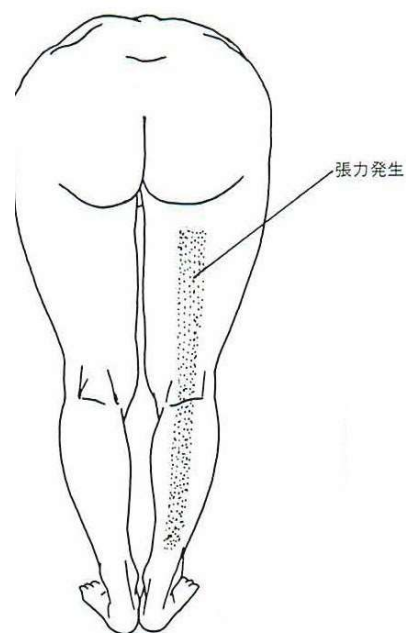
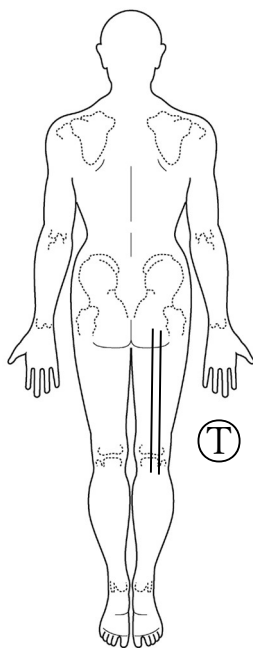
### 注意点

- ・前屈時、体が左右に傾くクセを持つ方が多いので注意。
- ・バレリーナや体操選手は柔軟性があるため、前屈時に殿部を後ろに引くことがあるので注意。
- ・膝が屈曲しやすい場合（屈曲膝）は、膝が曲がる直前で聴取すること。
- ・膝頭に添えた手が逆に膝を過伸展にさせない。
- ・踵が浮くような、限界を超える程に前屈をさせないこと。
- ・ノビ感とつっぱり感は違う。解かり辛い場合は先に違いを解からせてから確認する。
- ・患者から見て両側で検査のとり方に違いが出ないように練習を積むこと。

### スクリーニングの記入

\*テンションの『T』

膝窩の狭い範囲でテンションが発生した場合、反張膝やPI-tを疑う。





## 5 重力検査：後屈テスト

### 手順

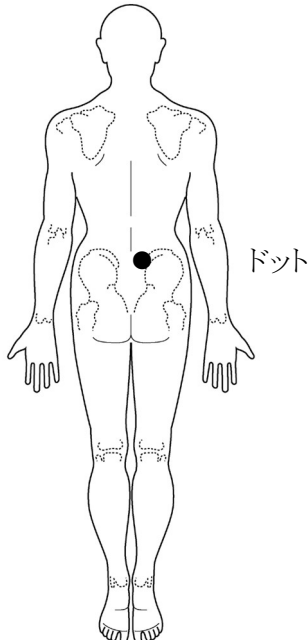
- ① 患者は立位にて閉足立ち（両足の親指と踵を合わせる）。
- ② あらかじめ自動運動（後屈）を診て、患者のクセやトリックモーションをある程度読み取る。
- ③ 術者は患者の斜め後方に立つ。患者は手を前で交差する。
- ④ 術者の前の手は胸骨柄（または交点）に添える。後ろの手は第1指と第2指を PSIS に触れる。
- ⑤ 術者は患者後方から B2 周辺に自身の側頭部を当て、体重を預けるように後屈させる。
- ⑥ 患者の膝が伸びている範囲で後屈し、PSIS につまるような感覚や痛みが出現する方を聴取する。

### 注意点

- ・後屈時、体が左右に傾くクセを持つ方が多いので注意。
- ・患者の後頭部が術者の頭部に正確に載っていないと、体に傾きが生じて頭部が回旋してしまう。
- ・伸展した膝が曲がらない範囲で後屈すること。
- ・PSIS に触れる指は強く押さない。

### スクリーニングの記入

ドットの出現は AS の存在を確認できるが、PI-t の合併も疑われるので要注意。



## 6 重力検査：腰仙移行部側屈テスト

### 手順

- ① 患者は立位にて閉足立ち（両足の親指と踵を合わせる）。術者は患者後方に立つ。
- ② あらかじめ自動運動（側屈）を診て、クセやトリックモーションをある程度読み取る。
- ③ 術者は患者の斜め後方、レバーアーム検出する側に立つ。
- ④ 外の手は大転子の少し上に添えて、側屈時の腰の逃げを抑止する。  
内の手は僧帽筋（肩上部）のなるべく近位（首の近く）に添えて、B1 を中心に振り子運動をするように軸圧をかける。
- ⑤ 自動運動の最終側屈時からほんの少し他動運動を加えると、聴取できる。  
腸骨稜から下5～6cmの幅にノビ感が聴取されると B1 レバーアーム陽性  
腸骨稜から上5～6cmの幅にノビ感が聴取されると B3 レバーアームなので注意  
大転子付近に出るものは股関節由来のレバーアームなので分けて考えること。

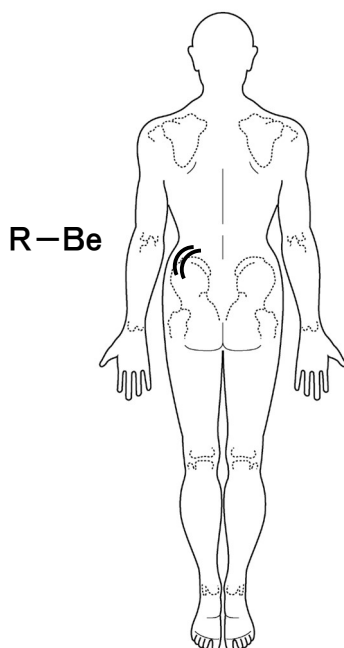
### 注意点

- ・側屈時、背中が丸くなったり、殿部が反対側に出るようなクセが多いので注意。
- ・さらに膝が曲がったり、体の回旋が入らないこと。
- ・中指がズボンの縫い目を沿うようにするなど、正確な側屈が行えるよう補助する。
- ・レバーアーム様のノビ感を肋骨や大転子で感じた場合は、B1 高位ではないため間違えない

### スクリーニングの記入

支点移動の仕方は2つ

- ・支点が移動して落ちるパターン
- ・下からの突き上げによって起こるパターン（外傷由来）



## 7 重力検査：胸腰移行部回旋テスト

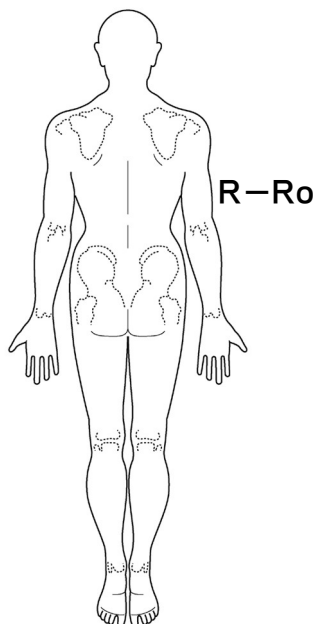
### 手順

- ① 患者は座位にて閉足立ち(両足の親指と踵を合わせる)。股、膝、足関節は直角位が理想とする。
- ② 足を軽く閉じ、両手をへそに重ねて背中を伸ばす。
- ③ 術者は前方に立ち、患者の足を軽く挟むように閉足立ち。
- ④ あらかじめ自動運動(回旋)を診て、クセやトリックモーションをある程度読み取る。
- ⑤ 左回旋の場合、術者は左手を肩甲骨に添えて、右手を左肩前面に添える。  
その際、胸腰移行部に軸圧を加え、患者には息を吐きながら回旋運動をしてもらう。
- ⑥ 自動運動の最終回旋時からほんの少し他動運動を加えると、胸腰移行部あたりに起きる抵抗感や詰まり感を聴取する。

### 注意点

- ・回旋時、背中が丸くなったり、股関節が開くといったクセが多いので注意。
- ・何かしら問題があってもちゃんと座れない場合はなるべく左右均等に座ってもらう
- ・両股関節の閉じる角度は同じにする。
- ・術者は患者の足が開かないように固定するが、締めすぎないこと。
- ・回旋時に呼気しながら行わないと、胸郭の膨らみが影響して結果が大きく変わる。

### スクリーニングの記入



## 8 重力検査：股関節屈曲テスト

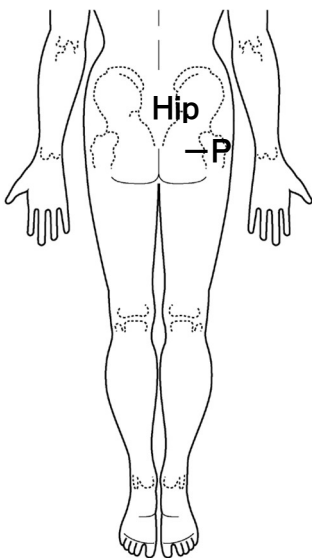
### 手順

- ① 患者は背臥位。腰を一度上げて体の捻じれを取る。
- ② 術者はベッドを跨ぎ、脛骨粗面に両手の水かき部分を合わせてしっかりと把持する。
- ③ 少し下肢を浮かせて、大腿骨の自重を股関節にむける。
- ④ その後、股関節を支点として軸圧を加えながら屈曲する。
- ⑤ 抵抗側を患側の基準として、もう一方の膝を抵抗側の膝と同じ角度に合わせる。
- ⑥ 大腿軸に対して90° の目線の高さで両膝頭の高低差を比較する。

### 注意点

- ・仙骨が浮くほどに屈曲すると失敗。あくまで股関節の検査法であることを忘れない。
- ・股関節にかかる大腿骨の自重は数秒時間を要するので、ある程度自重を載せてから股関節を屈曲する。

### スクリーニングの記入



## 9 補助検査：長母趾伸筋筋力テスト

足の親指は脳から一番遠いところにあるため、長母趾伸筋の状態を探ることで脳から伝令される信号の伝達状況が判定できる。原因は以下の3つが問題として考えられる。

- ① 脳
- ② 経路
- ③ 長母趾伸筋そのもの

①脳に問題があった場合、脳血管などに問題が出ているため母趾だけでなく別の観点から探ることで判断がつく。

③長母趾伸筋に問題があった場合、明らかな筋委縮がない限りは判断がつく。よって本テストでは②経路が問題を起こしている可能性を考えて診ていく。

経路は主に WB の状態を指し、それが AS (離開) 状態かを診る。

仮に AS 状態の場合、非荷重による膨張傾向が神経伝達を緩慢にするため「持ち上げて」の信号が100とすると、実際には20ぐらいの反応となっている。これは神経の伝達不全といえる。

親指の動きを見る上で基準とするのは以下の3つ。上から重要となる。

- (1) 加速度 : どのようなタイプ?
  - 1: 初速—早 後速—遅
  - 2: アベレージ
  - 3: 1の逆(脳血管も分かる)
- (2) 反応速度 : スーツと上がる? 左右差?
- (3) スムーズさ: カクカク、グググッ、ふわっなど異常挙動が出るか

☆出力系の通路と伝達障害を見ている

- ・脳血管の問題
- ・抹消の問題
- ・通路が伝達しているかを見る

その結果として、95%~98%は WB の問題

2%~5%は別の問題

## 手順

- ① 患者はベッド中央に仰向け
- ② 患者の膝を屈曲・臀部を持ち上げてゆっくりおろす
- ③ 膝を伸展させる(他動で行う)
- ④ 足関節を内外旋させず真っ直ぐにし、大腿部も真っ直ぐさせる
- ⑤ 足関節90度直角位にして、施術者の太ももで90度をキープする(長母指伸筋の力だけを見たいから)
- ⑥ 示指、中指を足背に置き、母指を患者の母趾に当てる。
- ⑦ 始めは基節骨に母指を置いて反応を見る(初期反応)
- ⑧ 次いで爪の下に母指を置いて反応を見る(初速のスピード、加速度)
- ⑨ 術者の合図に合わせて母指を背屈させる。
- ⑩ 「1・2・3」のリズムであげてもら(リズムを一定にする)
  - ・ ・3の時にあげてもら(患者の純粋な筋力をみる)
- ⑪ 左右で母指の背屈状況を診て、遅延する方を陽性(+)とする。

※2回目まではクセがはっきり出る

※3回目以降は修正してしまう

## 注意点

- ・テストは2回以内。それ以上行くと母指周囲の関節が潤滑し WB の状態を正確に見極められなくなる。
- ・片方が健側とは限らず、両側で神経の伝達不全を起こしている場合もある。
- ・足はベッドからはみ出しても良い(しっかり抑えられれば)
- ・足の動きと一緒に動いてあげる事(やさしく触ると分かりやすい)
- ・トルクは母指・スピードは第2指で見るのがおすすめ
- ・術者の利き手が強く抑えがちになるので注意
- ・外反母趾のある人、下肢の外旋傾向が強い人は適応を判断する。



## 10 補助検査：コグホイールテスト（CGW）

- ・外傷性由来の伝達障害テスト(As-t、PI-tということではない)
- ・PI-t では100%陽性になるが、確定診断には至らないので注意。
- ・伝達系の経路上に外傷があるかをみる。WB 以外では、脊椎、股、膝、足などもある
- ・カクンカクンと力が伝わっては抜ける、歯車がかみ合うのが1個抜けた動き
- ・CGW が出た側に外傷があった事が分かる
- ・新鮮なものは細かく出る
- ・古いものはカクンとなる

### 手順

- ① 母指伸展時に足関節の背屈が混在しないよう、直角位にして術者の下肢に足底を合わせる。
- ② 示指、中指を足背に置き、母指を患者の拇趾(爪の付け根)に当てる。
- ③ 術者の合図に合わせて母指を背屈させる。  
この際、長母趾伸筋筋力テストに比べて抵抗を加えて母指の背屈動作を診る。
- ④ 術者は手を左右変えてまた確認する。
- ⑤ 母指の背屈状況を診て、背屈時にガクガクとした動きをする方を陽性(+)とする。

### 注意点

- ・母指の動きは、母指を背屈しようとする神経の伝達が途中で途切れることで起きる。
- ・股、膝、足関節に外傷性の応力が及んだことによって起きる。
- ・関節面の荒れが神経伝達に影響を出している。
- ・拇趾が上がらず、IP 関節が屈曲してしまうような場合は、PI-t ではなく長母指伸筋そのものに問題がある。

# 1 1 補助検査：セファレーションコンプレッションテスト(SCT)

- WB のギャビング (ゆがみ、ズレ) テスト
- 非荷重側を知るためのテストだが、損壊リスクがあることを十分考慮する。

## 手順

- ① 患者背臥位にて、術者は患者の上にまたがり手を ASIS に添える。
- ② その状態から環構造を意識して、前腕垂直位で軽く押圧を加えて10秒待つ。
- ③ 耳状面の奥2～3cmに、ズーンと重くなったら陽性 (ズーンと重くなるか聞く)
- ④ 僅かに WB がギャビング (ズレ、歪み) するため、その際に感じる WB の感覚を聴取。
- ⑤ 陽性となった側を非荷重側と判定する。  
(隙間や離開があるとギャビング発生)

## 注意点

- 初潮、妊娠期、閉経期の方は禁忌
- WB に離開する力を掛けると陽性反応が出るが、破壊応力につながるため注意。
- またがる際には、特に女性には配慮してタオルなどを掛ける。
- 妊婦や見るからに非過重の強い人には行わないこと。
- 生理テストなので、行っているうちに症状が消えることがある。無理に出さないこと。





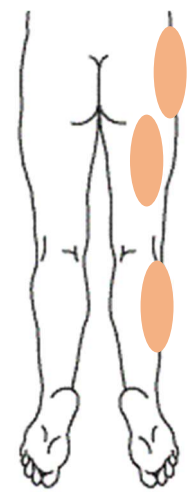
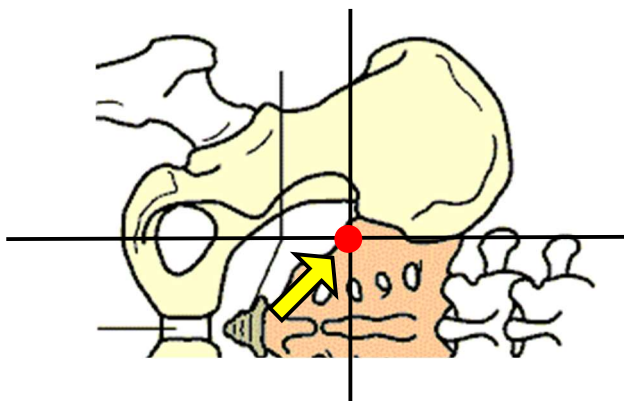
# 12補助検査：ポストコンプレッションテスト（PCT）

外傷があつて、PI-t の疑いがある時に行うテスト法。

仙骨耳状面が、寛骨耳状面にロッキング(食い込んだ状態)に対して行い、骨膜反応を診る。仙骨神経に注意(あまりに痛がる場合)。

## 手順

- ① 患者腹臥位にて、術者は患者の上に跨り母指を PSIS に置く。
- ② 皮筋(皮膚、脂肪、筋肉)を排除しつつ、PSIS を中心に斜め45度(下内側)からロッキングした寛骨を外すように圧を垂直に加える。その場で10秒待機。
- ③ その影響によって出る各部位の反応を診る。  
PSIS 局所の痛み⇒ASt  
殿部、大腿、下腿の放散痛⇒PIt
- ④ 表現例)もやっ、ズーン、ポワーンと出るか  
ビリビリ、ジーンと出るか(新鮮)
- ⑤ 陽性となった側を外傷側と判定する。離すと消える



# 1 3 A S 整復法

## 1 3-1 整復の前に

「潤滑圧法」というのは宮地先生の指導を受けた系譜の先生方だけで、これを分ける意味がある。「**整復行為をして、結果として整復できなくても潤滑した**」それを潤滑圧法。

潤滑は、非荷重状態の離開した関節に対して圧を加えて行うが、内部応力が残れば潤滑不全となる。潤滑した上でこの内部応力が抜けて、整復完了といえる。

整復操作においては、この整復感を得るのが難しく、感覚を体得できなければ再現性の高い整復は出来ない。

まずは潤滑を体で覚えるのが先であり、整復はその先に体得するもの。

大事なのは整復ポジションをつくること。

- 患者のポジション
- 術者のポジション

これを常に一定にしないと、技術に再現性が生まれず潤滑も整復も感覚に頼った成果の荒い結果となる。

再現性を高めて100回、200回と繰り返しても同じ結果が出すためには最低限ポジションは一定にするよう努める。

AS は機能障害であり、前上方に回転する応力が内在している状態。

これは相対的な位置がズレているわけではなく、回転する力の流れがある。X 線や CT といった画像検査でも位置的な異常はなく、わずかに離開しているだけ。

関節を潤滑させる上で大切なのは「生理圧」。これは動きながらの自重圧であり、歩行による生理的な厚で治すのが安定かつ本来の姿。

そのため潤滑圧法はベッドの上で歩くような姿勢をとり、自重圧を加える。

体がズレているのを正す矯正ではなく、自重圧を手で作り出す整復操作であることを忘れてはいけない。

### ※治療前後の歩行効果について

治療前に歩くと ⇒ 整復効果を高くさせる

治療後に歩くと ⇒ 整復効果を安定させる

## 13-2ポジション設定

### 患者ポジション

- ① 側臥位。猫背にならないよう脊柱を真っ直ぐ伸ばす(立位をそのまま横にしたような形)。
- ② 骨盤は左右の ASIS (及び左右の PSIS) を結んだ線が地面と垂直となる。
- ③ 頭の下にはタオルを敷き、頭頂から踵まで一直線になる。
- ④ 両手は体の前で交差し、ベッドの切れ込みには下の肩を入れる。



### 術者のポジション

- ① 整復部位 (WB) が術者の中心 (正面) にくる。
- ② 足は肩幅の平行立ち。前足は処置ベッドのポール位置にくる。



### 1 3-3手順 \*頭部を上の手、足部を下の手とする。

- ① 上の股関節と膝関節を屈曲。
- ② 下の下肢は伸展、足関節を背屈位。
- ③ 下の手で ASIS を触知→腸骨稜をなぞって→尾仙部の方から PSIS を触知。
- ④ 上の手で PSIS に置いた指の上に指を重ねて PIIS を触知。
- ⑤ PSIS と PIIS に下の手の豆状骨をあて、上の手の水かき部分を ASIS に当てて把持する。
- ⑥ 前足はつま先を支点に踵のみ45度開く。
- ⑦ 後ろ足を引きつつ、引いた足は足の裏が後ろに見えるように腰を捻る。
- ⑧ 腰を捻ると同時に前腕軸が耳状面に対して直角になるよう肘を前に出す。
- ⑨ 上の手は患者の肩上部に添える。この際に決して手で押さず、腕の重みを自然にかける。



この①～⑨の手順を行い、整復ポジションで5秒×4回で1セット。本来はこれで潤滑するが、潤滑されなければ技量(腕)がないということ。その場合は何回やっても無理なので、何回も繰り返さず運動療法を行う。



## 1 3-4 注意点

整復失敗は下の WB が EX となるので、十分に練習を重ねた上で術を行使すること。

- ✓ 患者の下肢は股関節、膝関節90度が理想だが、難しければなるべく近づける。
- ✓ 患者の下の足の足関節を直角位にすると中殿筋が緊張し、WB へ締まる力が加わる。
- ✓ 患者の骨盤や肩(上部)が傾くように捻じれると失敗。
- ✓ 患者はどのような姿勢、目線でいいか解からないのでポジション説明をしっかりと行う。
  
- ✓ 前足の膝頭は母趾の上。脛がベッドにあたるように調整し、しっかりと安定させる。
- ✓ 左右の肩の線を地面と平行にして正面を向く、目線は患者に向ける。
- ✓ 後ろに引き過ぎると整復姿勢が崩れるので、整復位の足幅を体に染み込ませる。
- ✓ 上の手は患者の肩にあて、耳状面の方向を意識して腕の重みを自然に載せる。
- ✓ 潤滑しないからといって強く押せば失敗。あくまで面圧。
- ✓ 潤滑できているかを手で感知できなくてはいけない。
- ✓ 腰を捻る際、前足の股関節に紙を挟むように意識。
- ✓ 下の手を耳状面に当ててから、整復操作の過程で圧が抜けないように注意する。
- ✓ 耳状面に手を添えた時、四指は地面に対して平行となる。
- ✓ 潤滑圧を与える際、術者は女性で乗せるようにしてもいいが、男性なら腕の重みで十分。

### ※耳状面の探し方

耳状面に対して直角方向から手を添えないといけないが、実際には肉があるから位置が変わって来る。耳状面から延長方向に手を添える。

患者の体型や肉の厚みによって違うので、あらかじめ骨模型でイメージをしておく。

患者ポジションにおいて、ASISの反対側にPSISがある。PSISからやや下がったところにPIISがある。

※ただしこれはあくまで目安



## 1 3-5WHO法

水ピーを使い、WBに水圧を加える潤滑圧法。

相手を傷つけない、非侵襲性の手技を追究した施術がWHO法であり、それを基礎とした上に面圧法、整復法がある。まずは初級技法としてのWHO法を体得すること。

## 1 4 メディカル・ハイドロバッグ WB 施術

### 1 4-1 WBの処置

- ① 座位で腰を入れる。
- ② 膝でボールを挟む(ない場合はグーを横に並べて膝の間で挟む)
- ③ 体を少し前に倒す。
- ④ ハイドロ付きのベルトを腰に巻き、仙腸関節(PSIS の斜め下)に少しテンションを掛けてしっかり当ててから患者に1帯目を巻いてもらう
- ⑤ 2帯目はベルトが大転子を通る様に、患者の膝にベルトを掛ける。この状態でハイドロに少し圧をかける。
- ⑥ 大転子に丸いハイドロで押さえて、つま先が離れない様に足踏みを 10 回する→恥骨クランクを動かす。大転子のハイドロは手のひらで大転子をつかむイメージで行う。

### 1 4-2 四つ這いでの処置

- ① 四つ這い姿勢を取る(手の形に注意)
- ② 丸いハイドロを大転子に当てて足踏み(膝だけあげる)

