

腰痛フローチャート

腰痛を分かりやすく分類する

～施術者向け～

腰痛

RedFlag

骨折・骨の癌・脊椎感染
など、**専門医の緊急対応**
が必要な状態



専門医へ紹介
施術対象外

主に問診と基礎症状で判断する。

①受傷機転がないor明確でないor外傷性でない

+

②自発痛がある&疼痛が増強傾向であるor痛みの緩解する肢
位や時間がない

+

③レッドフラッグ所見がある

(小児もしくは高齢者、直近に発熱等の既往がある、癌の既
往がある、説明できない体重減少、ステロイドの使用)

上記①～③の項目全てが該当する場合は、**Red Flagの可能性**
があると判断し直ちに専門医への受診を勧める。

整形外科疾患

- ・ 下肢症状（**神経根症状**）を有する場合は、整形外科疾患の疑いが強いと判断する。
 - ・ 神経根症状と広義の坐骨神経痛および、下肢への放散痛との鑑別は困難を伴い、明確な否定要素がない場合の下肢症状は、整形外科疾患の可能性を除外しない。
 - ・ **55歳以上の腰痛**（臀部痛や股関節周囲痛含む）に**下肢症状**もしくは**間欠性跛行**を伴う場合は、**LCSや変性すべり症**などの整形外科疾患の疑いが強いと判断する。
 - ・ **15歳以下の腰痛**に**Overuse**と**伸展時痛**を伴う場合は、**分離症**の疑いが強いと判断する。
-
- ・ 判断に困窮する場合は、フォローチャートをもとに整形外科疾患に該当する可能性もある事を説明しておき、判断期間を決めてフォローする事が望ましい。
 - ・ 患者の信頼を得るためには、施術者の頭の中（思考）を「見える化」することが重要で、資料を有効に活用して、説明する事

偽整形外科疾患や腰部以外の整形外科疾患

- ・ このチャートで診断を進めるにあたり、漏れてしまう項目が「偽整形外科疾患」と「腰部以外の整形外科疾患」となる。
疑いがある場合は以下のチャートに従い、判断を進める。

下肢しびれなど整形外科的疾患を疑う要素がある

腰部整形外科疾患には該当しないと判断

糖尿病性神経障害

- ・ DM既往の有無
- ・ 足部皮膚異常を伴う事が多い（乾燥、発赤、角質化、腫れ、水虫）
- ・ 糖尿病患者の約 15%に見られる。

閉塞性動脈硬化症

- ・ 足部冷感、足趾が青白い
- ・ 間欠性跛行（中等度以上で認める）
- ・ 常時しびれや疼痛（重症例）
- ・ 足背動脈の減弱
- ・ ABI0.9以下（ $\text{血圧手} \div \text{足}$ ）

腰部外整形外科疾患

- ・ 仙腸関節放散痛（仙腸関節ストレステスト）
- ・ 梨状筋症候群（梨状筋ストレステスト）
- ・ 大腿外側皮神経痛（大腿外側のしびれ、脊柱伸展で増悪）
- ・ 足根管症候群（Tinelテスト、Kテスト）
- ・ モートン病など（3・4趾のしびれ、Compressionテスト）

整形外科疾患-腰椎椎間板ヘルニア

- ・「腰椎椎間板ヘルニア診療ガイドライン」が判断基準となる。

1. 片側性（もしくは片側優位の）腰下肢痛を有する
2. 安静時にも症状を有する
3. SLRテスト70度以下陽性（高齢者は除く）
4. MRIで椎間板の突出がみられ、脊柱管狭窄症を合併していない
5. 症状と画像所見が一致する

- ③補足：SLRテストは筋の単純な伸張痛、腰痛など神経根症状を拾った所見以外に注意する。
- ④補足：レントゲンはヘルニア抽出の画像所見に含めない。
MRIによる、椎間板高の狭小も突出ではなく、判断基準に含まれない。
- ⑤補足：すでにMRIでヘルニアと診断されている場合は、ヘルニア高位としびれ（疼痛）の範囲や知覚異常の範囲、MMTの神経高位、腱反射で裏付ける。

整形外科疾患-脊柱管狭窄症

接骨院における、脊柱管狭窄症の判断基準として以下を提案する。

1. 60歳以上である
2. 座位で緩解する腰下肢痛がある
3. Kempテスト陽性もしくは腰椎伸展で放散痛
4. 間欠性跛行を有する
5. 閉塞性動脈硬化症を否定できる

(補足)

- ・アライメントとして骨盤前傾位の事が多い
- ・PLFテスト陽性の事が多い
- ・血管内科医の報告として、閉塞性動脈硬化症との誤診や併発例も多いとされる
- ・SLRテスト陽性の場合、腰椎椎間板ヘルニアを疑い、脊柱管狭窄症の疑いを減らす
- ・前屈で症状が増悪する場合は、脊柱管狭窄症の疑いを減らす

整形外科疾患-（変性）すべり症

ここでの（変性）すべり症とは、中高年に発生するすべり症全般を意味する。

間欠性跛行がみられることがあるが、必須症状ではなく身体所見のみでの判断が困難である。したがって、以下の場合に（変性）すべり症の可能性があるとする。

- ・ 現状の症状の訴えが発生してから、整形外科で画像検査を受けていない。
- ・ 下肢症状を有する。
- ・ 間欠性跛行があり、閉塞性動脈硬化症を否定できる。
- ・ 他の整形外科疾患を否定できる。
- ・ 年齢相応のOveruseで増悪する。
- ・ 一般的な疼痛コントロールで好転しない。

整形外科疾患-（思春期）腰痛分離症

接骨院における診断基準として以下を提案する

1. 8歳～16歳（±2歳）である。
2. スポーツを行っている。
3. 伸展時痛がある。

上記3つの条件がそろった場合は、腰椎分離症を念頭に置く。

さらに以下の所見は、可能性を裏付ける要素として有用である。

- ・腰部伸展、回旋、ジャンプ動作を行うスポーツ（野球、サッカー、バスケ、陸上、体操など）を行っている。
- ・L5椎間関節部の圧痛
- ・Kempテストもしくは、片脚伸展テスト陽性

整形外科疾患-腰椎椎間板ヘルニア - 重症例

腰痛フォローチャートを用いて、椎間板ヘルニアである可能性とその中でも、手術の必要性を検討する必要性がある旨を説明して、整形外科受診を促す。

- ・ 膀胱直腸障害がある場合
→絶対的な整形外科受診案件である旨を伝え、**施術は行わない。**
- ・ 知覚脱落、MMTの低下の場合
→整形外科での判断を仰ぐことが望ましく、保存療法により辛い思いをする期間が延びてしまう可能性がある旨を説明し、**強い希望がある場合は2週間程度の保存療法を試みて、**改善傾向を示さない場合は、整形外科を受診せず施術を継続することが難しい旨を説明する。

整形外科疾患-腰椎椎間板ヘルニア - 中等度

【方針・目的】

- ・ 整形外科での投薬と並行した、保存療法が第一選択
- ・ 疼痛のコントロール、椎間板圧を下げる、椎間板圧を上げない生活指導

【禁忌】

- ・ 明確な根拠なく痛みを伴う治療
- ・ 腹圧を高める事（股関節屈曲方向のストレッチは腹圧を高める可能性）

【治療】

- ①椎間板圧を下げる体操
特にマッケンジー法はエビデンスも確立されており、第一選択肢となる
- ②二次的な疼痛による筋攣縮に対しての施術
殿筋 - ハムストリングス - 下腿三頭筋（SBL）は、疼痛の結果攣縮を起こし痛みの悪循環を生む可能性があり、施術の対象となる。
- ③疼痛管理にハイボルト、TENS、EMSを利用する。

整形外科疾患-腰椎椎間板ヘルニア - 軽症

【方針・目的】

- ・ 残存症状に対する施術
- ・ 股関節・胸椎柔軟性、体幹支持性の獲得

【治療】

- ①胸椎、股関節の他動ストレッチ
- ②胸椎ストレッチエクササイズ
トランクローテーションなど
- ③股関節ストレッチエクササイズ
クワドラプサークルなど
- ④姿勢に対するアプローチ
骨盤矯正など
- ⑤体幹支持性・協調性エクササイズ
デッドバグ、ボディーアーチ、バランスボールを用いたエクササイズなど

整形外科疾患-脊柱管狭窄症 - 重症例

腰痛フォローチャートを用いて、脊柱管狭窄症である可能性とその中でも、手術の必要性を検討する必要性がある旨を説明して、整形外科受診を促す。

- ・ 膀胱直腸障害、サドル麻痺がある場合
→絶対的な整形外科受診案件である旨を伝え、**施術は行わない。**
- ・ 知覚脱落、MMTの低下の場合
→整形外科での判断を仰ぐことが望ましく、保存療法により辛い思いをする期間が延びてしまう可能性がある旨を説明し、**強い希望がある場合は2週間程度の保存療法を試みて、**改善傾向を示さない場合は、整形外科を受診せず施術を継続することが難しい旨を説明する。
- ・ 閉塞性動脈硬化症など非整形外科的疾患が疑われる場合は、総合病院への受診を促す。

整形外科疾患-脊柱管狭窄症 - 中等度

【方針・目的】

- ・ 整形外科での投薬と並行した、保存療法が第一選択
- ・ 疼痛のコントロール、股関節柔軟性獲得、骨盤前傾姿勢改善

【禁忌】

疼痛や下肢症状を誘発する、腰椎伸展体操は禁止する。

【治療】

骨盤前傾・腰椎前彎増強位は脊柱管体積を減少させる要因となり、この改善のための施術を行う。

- ① 脊柱起立筋リリース・リラクゼーション
脊柱起立筋の緊張は腰椎の伸展を増強させる
- ② 内転筋・腸腰筋ストレッチ
ともに骨盤前傾・腰椎前彎に関与する
- ③ 股関節屈筋群のストレッチ系エクササイズ
腸腰筋ストレッチ、ソアスランジなど
- ④ 股関節外転筋群と伸筋群を鍛えるエクササイズを行う
ブリッジ、クラムシェル、サイドレイズなど

整形外科疾患-脊柱管狭窄症 - 軽症

【方針・目的】

- ・ 股関節を中心とした柔軟性獲得
- ・ 体幹、下肢の筋力増強
- ・ 有酸素運動による、筋持久力強化および神経血流量改善

【治療】

中等度の治療をベースとして、以下を追加して行う。

①下半身強化

スクワット、フォワードランジなど

②バランス能力を含めた複合的運動

バランスボード、バランスリーチなど

ADL指導として以下を推奨する

①サイクリングや段階的なウォーキング（有酸素運動）

整形外科疾患-（変性）すべり症 - 重症例

腰痛フォローチャートを用いて、脊柱管狭窄症である可能性とその中でも、手術の必要性を検討する必要性がある旨を説明して、整形外科受診を促す。

- ・ 膀胱直腸障害、サドル麻痺がある場合
→絶対的な整形外科受診案件である旨を伝え、**施術は行わない。**
- ・ 知覚脱落、MMTの低下の場合
→整形外科での判断を仰ぐことが望ましく、保存療法により辛い思いをする期間が延びてしまう可能性がある旨を説明し、**強い希望がある場合は2週間程度の保存療法を試みて、**改善傾向を示さない場合は、整形外科を受診せず施術を継続することが難しい旨を説明する。
- ・ 閉塞性動脈硬化症など非整形外科的疾患が疑われる場合は、総合病院への受診を促す。

整形外科疾患-（変性）すべり症 - 中-軽度

【方針・目的】

- ・他の腰部整形外科疾患と比較しても保存療法の方法が未確立で、エビデンスも少なく患者負ごとの対応が必要となる。

【禁忌】

疼痛や下肢症状を誘発する、腰椎伸展体操は禁止する。

【治療】

①疼痛コントロール

ジェイコブソン漸進的筋弛緩法、電療、各種リラクゼーション

②疼痛を誘発しない範囲内の、自他動運動

③軽症例では、股関節柔軟性や体幹支持性向上のリハビリを進める。

整形外科疾患-（思春期）分離症 - 早期発見

【対応】

- ・ 早期発見、早期固定により骨癒合を得られる可能性がある。
- ・ 整形外科を受診していない、あるいはレントゲンしか撮っていない場合は、早期診断を促し診断結果が出るまで、運動は禁止とする。

【治療】

①疼痛コントロール

電療を活用して、疼痛コントロールを図る。

②股関節柔軟性、体幹支持性を獲得するリハビリを漸進的に進める。

※ただし、腰椎回旋・伸展をともなう動きに注意する。

整形外科疾患-（思春期）分離症 - 進行期

【対応】

- ・ 整形外科を受診していない場合
→ 分離症の可能性を指摘し、MRI設備のある整形外科の受診を勧める。（必須ではない）
- ・ 整形外科を受診し分離症と指摘され、固定はしていない。あるいはレントゲンで分離症と指摘されている
→ 施術の目標は、骨癒合ではなく疼痛のコントロールとなる
骨癒合を目指す場合は、整形外科での相談を促す

【治療】

- ① 疼痛コントロール
電療を活用して、疼痛コントロールを図る。
- ② 股関節・胸椎柔軟性、体幹支持性を獲得するリハビリを漸進的に進める。
※ただし、腰椎回旋・伸展をともなう動きに注意する。

整形外科疾患-（思春期）分離症 - 終末期

【対応】

- ・ 整形外科を受診していない場合
→ 分離症の可能性を指摘し、MRI設備のある整形外科の受診を勧める。（必須ではない）
- ・ 整形外科を受診し分離症と指摘され、固定はしていない。あるいはレントゲンで分離症と指摘されている
→ 施術の目標は、骨癒合ではなく疼痛のコントロールとなる

【治療】

- ① 疼痛コントロール
電療を活用して、疼痛コントロールを図る。
- ② 股関節・胸椎柔軟性、体幹支持性を獲得するリハビリを漸進的に進める。
※ただし、腰椎回旋・伸展をともなう動きに注意する。

非特異的腰痛

- ・ Red Flagと整形外科疾患を除外することにより、除外診断する。
- ・ 接骨院においては、整形外科疾患を除外診断するにあたり、画像を撮れないハンディがあり感度が下がることを念頭に置く
- ・ 慢性、急性、受傷起点の有無に関わらず、整形外科疾患に該当しない場合は非特異的腰痛と判断する。

※非特異的腰痛の定義については、諸説あるがここではRed Flagと整形外科疾患以外のものをトータルで指すものとする。

非特異的腰痛-屈曲型と伸展型とその他

問診での判断

Q.痛む場所を指してもらえますか？

- ・ピンポイントの場合（OneFinger Test）は伸展型（椎間関節性）、その他（仙腸関節性）を疑う
- ・面で示す場合は、屈曲型（筋膜性、椎間関節性）を疑う

Q.寝返りや姿勢を変える瞬間、鋭い痛みがありますか？

- ・ある場合は伸展型（椎間関節性）、その他（仙腸関節性）を疑う
- ・ない場合は屈曲型（椎間板性）を疑う、屈曲型（筋膜性）の場合は急性と慢性でどちらもあり得る

Q.朝に靴下を履くときなど痛みはありますか？

- ・ある場合は屈曲型を疑う
- ・ない場合は伸展型を疑う

※伸展型では、浅い角度で鋭い痛みを感じることもある

非特異的腰痛-屈曲型と伸展型とその他

立位体動での判断

1. 立位体前屈
屈曲型で疼痛や制限を認める。
2. 立位伸展
伸展型で疼痛や制限を認める。
3. 立位側屈・回旋
前屈+伸張側の側屈・回旋痛の場合は屈曲型の筋膜性を、収縮側の疼痛の場合は屈曲型の筋膜性、椎間板性の可能性を疑う

※前屈時にも、伸展型の椎間関節性を出すこともある。
これは、前屈時に椎間関節関節包の伸張痛と考えられる。

非特異的腰痛-屈曲型と伸展型とその他

姿勢観察での判断

1. 骨盤前傾、腰椎前彎増強の場合
一般的に伸展型の腰痛を発生しやすい
2. 骨盤後傾、腰椎前彎消失の場合
一般的に屈曲型の腰痛を発生しやすい

理学テストでの判断

1. ウォールスクワット
ウォールスクワットの各陽性所見は、伸展型腰痛のリスクとなる。

股関節・胸椎の可動制限



腰椎にHypermobilityが強要される



腰部椎間関節のInstability、炎症を発生

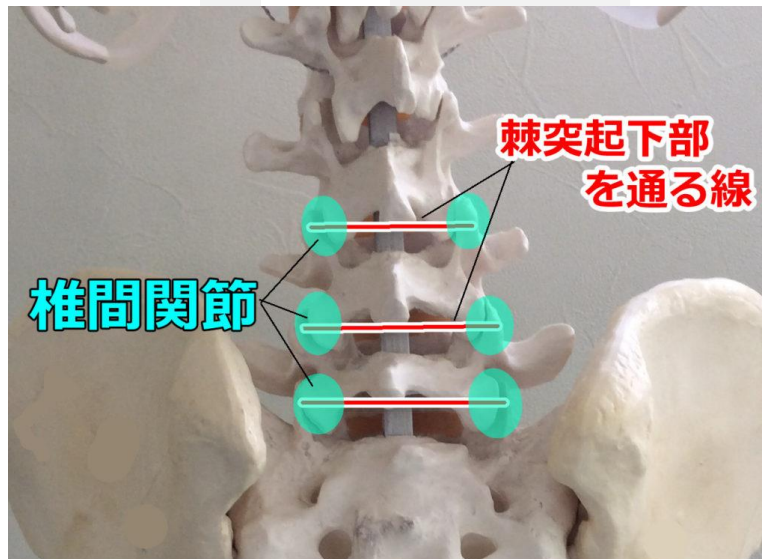
非特異的腰痛-屈曲型-筋筋膜性

触診での判断

筋筋膜性疼痛では、通常触診にて以下を触知できることが多い。

- ・ 筋肉のTone上昇
- ・ 筋肉の硬結やTrigerPoint
- ・ 筋・筋膜の膨隆（Swelling）

※椎間関節の圧痛と脊柱起立筋の圧痛



- ・ 椎間関節は、棘突起外側25～30mm（約2横指）に位置する。
- ・ 筋肉の方が浅い位置に位置し、より弱い圧で圧痛を触知する。
- ・ 筋肉の場合は、圧痛以外に上述の他覚所見を触知できることが多い。
- ・ 脊柱起立筋の緊張位と弛緩位で圧痛を比べ、椎間関節は弛緩位で圧痛が触知される。

非特異的腰痛-屈曲型-筋筋膜性

触診での疼痛の裏付け

触診で得られた情報を裏付けるため、次の方法をとる。

1. 触知した筋肉の伸張と収縮痛
2. 硬結部やTriggerPoint部押圧での圧痛や放散痛
3. マッサージやストレッチ、筋収縮運動での疼痛の変化
→筋実質の痛みは、アプローチし易く施術に対して即時性の効果（または反効果）が出る

筋膜性疼痛出現原因の推測

1. Overuse
仕事やスポーツ場面でのOveruseが考えられる場合
2. 不良姿勢
同一姿勢が多い人における、猫背姿勢等の不良姿勢は持続性の筋緊張や筋短縮を起こす
3. 骨盤のマルアライメント
骨盤のマルアライメントの補正のため筋筋膜に持続的なストレスが発生する
4. 体幹保持能力
インナーユニットの活動低下は、アウターユニットへの活動負荷を増大させる

非特異的腰痛-屈曲型-椎間板性

問診での判断

- Q. 痛む部位について？
椎間板性の疼痛は、広範囲に境界不明瞭な痛みとして訴えることが多い
- Q. 痛みの出る姿勢や動作？
前屈で増悪する、また座位で症状が増悪する傾向がある

理学テストでの判断

1. Valsalvaテスト
座位で腹圧を高めることで、椎間板への圧力負担を増大させ痛みが誘発させるかをみる

除外診断

屈曲型の腰痛との判断→筋膜性腰痛に該当しないとの判断（筋膜性腰痛の方が判断が容易）

非特異的腰痛-屈曲型 - 筋筋膜性 - 急性・炎症期

【治療】

1. 物理療法

MCRは急性・炎症期の物理療法として第一選択となる。

ハイボルトは、急性でという括りでは有効なこともあるが、急性炎症には禁忌である。

2. 温熱療法

浅部温熱療法（ホットパック）は、すべての急性非特異的腰痛に有効であるとするシステマティックレビューが存在する。

一方、理論的に急性炎症には適合せず、急性炎症と急性痛の鑑別を要すると考えられる。

また、アイシングに対するエビデンスは見られない。

3. リラクゼーション

各種リラクゼーション法は、オキシトシン分泌や中枢性下降制疼痛抑制系の賦活を得られ結果として痛みが軽減する。

4. 急性炎症反応に対して

物理療法や手技療法で、急性炎症反応を抑えられるとするエビデンスはない。

薬の利用を法の範囲内で薦める。

非特異的腰痛-屈曲型 - 筋筋膜性 - 亜急性～慢性

【治療】

1. 物理療法

TENSは短期的な疼痛改善のエビデンスがあり、持続的な効果のエビデンスはない

干渉波は疼痛機能改善のエビデンスがある

EMSは慢性頸部痛に対するエビデンスはあるものの、腰痛に対してはデータが不十分

ハイボルトは、エビデンスになりえる研究論文が不十分

超音波は、効果がないとするエビデンスがある

2. マッサージ

疼痛と身体機能改善に有効とするエビデンスがある。

筋緊張緩和や疼痛緩和の機序は生理学的反応によるもので、強い刺激は必要としない。

3. 収縮弛緩運動

弱い抵抗下での対象とする筋肉の、収縮-弛緩を繰り返す運動は筋血流量の改善や緊張改善の効果 را認める。

非特異的腰痛-屈曲型 - 筋筋膜性 - 亜急性～慢性

【治療】

4. アライメント補正

アライメント不良と緊張-疼痛部位の関係性が結びつく場合に介入する。

例) 右骨盤挙上位→左内転筋短縮位→右腰方形筋疼痛

【関連テスト】

- ・機能的脚長差
- ・内転筋拘縮テスト
- ・（修正型）トーマステスト

5. 柔軟性

筋筋膜性腰痛の発生に、ハムストリングや下腿三頭筋（アナトミーSBL)の柔軟性低下が関与するとの知見がある。

疑われる場合には、自他動ストレッチの適応となる。

【関連テスト】

- ・立位体前屈

非特異的腰痛-屈曲型 - 筋筋膜性 - 亜急性～慢性

【治療】

6. 体幹支持性向上

インナーユニットの支持性低下は、アウターマッスルへの過負荷に繋がる。
また、中殿筋や大殿筋低下による骨盤のダイナミックアライメントの異常は、腰部の特定の筋の過負荷を生じる。

【関連テスト】

- ・ ASLR
- ・ 股関節伸展・外転神経発火テスト
- ・ 立位足踏み（バランス）テスト

非特異的腰痛-伸展型-椎間関節性

分類	原因・特徴・病態	評価	治療
インピンジメント	・ぎっくり腰の病態を呈する。 ・屈曲位から伸展するときに滑膜が椎間関節に挟まれる	・触診上、片側性の圧痛を認める ・伸展と側屈・回旋制限著明で側屈と回旋は逆方向の制限となる	・椎間関節離開モビライゼーション ・多裂筋リリース
椎間関節捻挫	・前屈位で重い荷物を持ち上げるときなどに受傷	・疼痛性側弯を取ることが多い	・急性期は損傷椎間関節を中間位として、スパズム軽減を図る ・回復に応じて、椎間関節モビライゼーションや姿勢動作訓練を行う
椎間関節拘縮	・椎間関節捻挫後の発生や椎間板性腰痛に続発する ・同一姿勢や同一動作の持続でも生じる	・モビリティ検査で特定椎間に低下をみる ・触診にて棘間靱帯に肥厚を触知できることがある	・椎間関節伸展、回旋モビライゼーション ・屈曲+回旋ストレッチ

非特異的腰痛-伸展型-椎間関節性

分類	原因・特徴・病態	評価	治療
椎間関節過可動性	・ 不良姿勢 ・ 隣接関節の可動域低下 ・ 矯正やマニピュレーションの多様 ・ ヨガや体操選手	・ 腰椎過伸展姿勢 ・ 後屈過可動性 ・ 椎間関節圧痛	・ 疼痛に対して物理療法 ・ 隣接関節のストレッチやモビリゼーション ・ 体幹支持性や筋バランスの是正

非特異的腰痛-その他-仙腸関節性

圧痛・疼痛

仙腸関節部に圧痛を認めることが多い。

疼痛部位は仙腸関節部から臀部-股関節-下肢に及ぶことがある。

理学テストでの判断

Gaensleテスト、Compressionテスト、Distractionテスト、ThighThrustテストのうち半数以上が陽性の場合は仙腸関節障害と判断する。

非特異的腰痛-その他-仙腸関節性

分類	原因・特徴・病態	評価	治療
仙腸関節捻挫	・動作の中でぎっくり腰の様相を呈する	・仙腸関節の圧痛 ・仙腸関節ストレステスト ・腰部運動痛は各方向に認める	・物理療法で疼痛コントロール ・急性期は骨盤ベルトの使用
仙腸関節機能障害	・不良姿勢や同一姿勢の保持 ・他の部位への関連痛を引き起こす事も	・仙腸関節圧痛 ・仙腸関節ストレステスト ・座位仙腸関節可動テスト	・仙腸関節モビライゼーション ・AKA ・股関節ストレッチ ・骨盤矯正
仙腸関節不安定症	・出産後の腰痛の原因になりやすい ・インナーユニットに筋力低下	・仙腸関節圧痛 ・仙腸関節ストレステスト ・座位仙腸関節可動テスト ・骨盤帯使用での疼痛軽減	・骨盤コルセットの使用 ・骨盤・体幹安定化トレーニング