



公益社団法人 和歌山県柔道整復師会

第45回 学術研究発表会



ご 挨拶

公益社団法人 和歌山県柔道整復師会
副会長 竹 中 秋 生

平素は本会の事業運営にご理解ご協力賜り誠にありがとうございます。第45回学術研究発表会の学術誌発刊に際し、ご挨拶申し上げます。

令和7年12月2日から全ての保険者において発行済みの健康保険証の有効期限が到来し、マイナ保険証を基本とする仕組みへ移行することになりました。時代は一気にデジタル化への流れに進んでおります。引き続き積極的な情報収集およびご準備をよろしくお願いいたします。

日整では「匠の技 伝承」プロジェクトの指導者養成講習会が全国の会員皆さまの資質、技術の向上を目的として開催されています。本活動は、骨折・脱臼の徒手整復技術、固定技術の全国平準化を挙げた講習会を開催し、超音波観察装置を使った外傷の確認を行う技術講習会の指導者養成を行っております。我々柔道整復師は、地域住民に安心して施術を提供するために、その伝統的な匠の技をしっかり習得し、更に引き継いでいく責務があります。日々研究、研鑽により更なる資質の向上、健康増進に寄与する。そのためには本学術研究発表会は益々重要になってきます。

本学術研究発表会での会員発表については、日々の施術における症例提示がなされます。活発な意見交換をいただきたく、是非、会員ほか多数のご参加をいただき、実りある一日になることを切に願っております。

最後になりましたが、各支部および研究会から貴重な体験・研究発表いただきました会員先生方にお礼を申し上げますと共に、編集・発刊にご尽力いただきました皆さまに心から感謝の意を表します。



学術誌発刊にあたり

公益社団法人 和歌山県柔道整復師会
学術理事 坂本大和

この度、第45回和柔整学術研究発表会学術誌が発刊される運びとなりました。今年度は4演題の申し込みをいただき、発刊に際しましてご尽力賜りました発表者ならびに関係者の皆さま方に厚く御礼申し上げます。

昨年10月26日に神戸駅前研修センターで開催されました第48回近畿学術大会兵庫大会では、多くの皆さまにご参加いただき感謝申し上げます。

特別講演の柳田博美先生による『打撲・捻挫・肉離れ：スポーツ現場でよくある外傷の病態と対処法』という演題のお話の中で育成年代における運動器診療の現状と問題点を危惧され、柔道整復師への期待と啓発も踏まえたメッセージが込められたご講演を賜りました。

受傷急性期のアイシングの重要性を先生ご自身の経験を踏まえお話いただくことによって目に触れやすい情報を鵜呑みにせず、様々な論文や生きた経験を近畿学術大会・学術研究発表会という場を通じ積極的に取り入れていくことの大切さに気づかせていただく機会をいただきました。

近年急速に発展するAIなどの情報は収集の補助、複雑な概念の多様な説明、文章の草稿作成支援等、主体的な学びを支援するツールですが、その利用にあたって生成される情報の正確性や妥当性を批判的に吟味・検証する能力と、学術倫理（盗用や不適切な引用の回避）を遵守する姿勢が不可欠です。

情報を実際に使える技術として活用し身につけることに繋ぐため日頃の臨床経験を発表いただくことがますます重要になってまいります。

最後になりましたが会員の皆さまには学術部運営に関しまして今後ともご協力を賜りますようお願い申し上げますとともに、益々のご発展を祈念申し上げます。

目次

急性期の筋損傷に対する積極的温熱療法の適応判断

紀北支部 塙 明也 …………… 4

左第2指関節脱臼における考察

和歌山支部 平 松 裕 司 …………… 6

柔道整復師の可能性について

手技研究会 中 井 健 …………… 10

下腿部内側部の疼痛に対する柔道整復師からみた受傷機転について

固定法研究会 竹 中 秋 生 …………… 14

急性期の筋損傷に対する積極的温熱療法の適応判断

紀北支部 埜 明也
HANE AKIYA



【はじめに】

筋損傷は柔道整復領域で頻繁にみられる外傷であり、受傷後には痛みや腫脹、皮下出血、防御性収縮などが強く出現する。一般的に急性期は炎症が進行するため温熱療法は禁忌とされている¹⁾³⁾。一方、亜急性期以降においては血流改善や疼痛軽減により修復促進が期待されると報告されている²⁾⁴⁾。今回、急性期の肉離れに対して温熱導入の適切な判断を検討したので報告する。

【症例】

30代男性。スポーツ活動中に大腿部後面を受傷し、歩行困難となり来院した。受傷後2日目の初検時、大腿内側～後面に広範囲の皮下出血を認め、熱感と強い圧痛を呈し、自動運動での膝屈曲は困難であった(図1)。画像上、中等度以上の筋損傷が疑われた。



(図1)

【方法】

急性期は血腫拡大防止を優先し、圧迫と安静を中心に施行した。冷却は熱感が強い場合に限り10～15分施行とした。歩行は制限し、必要に応じて松葉杖を指導した。痛み・熱感・皮下出血の推移を毎日評価し、温熱療法導入時期を検討した。

【結果】

初検時(受傷2日)において、温熱療法は禁忌と判断した¹⁾³⁾。受傷4日頃より熱感と圧痛が軽減し、皮下出血の進展が停止したため、軽度の表在性温熱を導入した。受傷7日頃より深部温熱と軽度ストレッチを併用し、受傷2週で日常生活レベルの歩行が可能となった。機能回復は良好であった。

【考察】

急性期の過度な温熱は血流増加による炎症増悪や再出血を引き起こす可能性が指摘されている¹⁾³⁾。本症例においても初検時は熱感と広範囲皮下出血が顕著であり、温熱禁忌の判断が適切であったと考える。一方、亜急性期以降は温熱が血流改善と組織修復を促進することが報告されている²⁾⁴⁾⁵⁾。本症例でも亜急性期に温熱を導入したことで疼痛軽減と可動域改善につながったと考えられる。温熱導入時期の判断基準として、熱感軽減、圧痛減少、皮下出血の進展停止、荷重能力改善が重要と考える。

【まとめ】

急性期の筋損傷に対する積極的温熱療法は炎症増悪を招く危険性があり禁忌である。一方、亜急性期以降では適切なタイミングで導入することにより機能回復を促進する可能性がある。損傷時期および炎症徴候を指標とした温熱導入判断が重要である。

【参考文献】

(※本文引用順)

- 1) Knight KL : Cryotherapy in sport injury management. Human Kinetics, Illinois, 1995, 23-46.
- 2) Lehmann JF : Therapeutic heat and cold, 4th ed. Williams & Wilkins, Baltimore, 1990, 404-450.
- 3) Nadler SF, Weingand K, Kruse RJ : The physiologic basis and clinical applications of cryotherapy and thermotherapy in the management of acute soft tissue injuries. The Physician and Sportsmedicine 32(1) : 33-43, 2004.
- 4) 加藤浩 : 温熱療法の生理学的基礎と臨床応用. 理学療法学 30(4) : 200-206, 2003.
- 5) 山崎裕司 : 超音波療法の基礎と運動療法への応用. 理学療法ジャーナル 48(6) : 51

〈キーワード〉 様々な処置 後療のタイミング

左第2指関節脱臼における考察



和歌山支部 平松 裕司
HIRAMATSU YUJI

【はじめに】

今回は左第2指関節脱臼を施術させていただく機会があり、考察を交え発表する。

【方法】

[症例]

30代 男性

[傷病名]

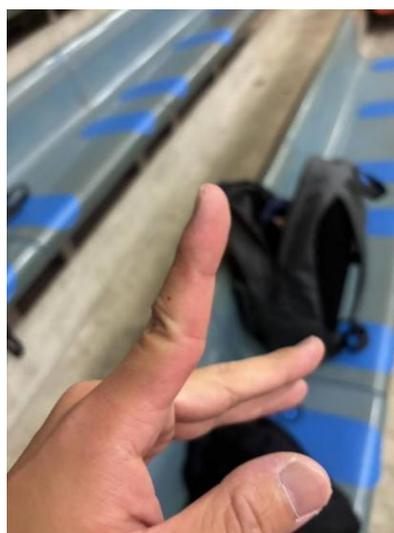
左第2指関節脱臼

[原因]

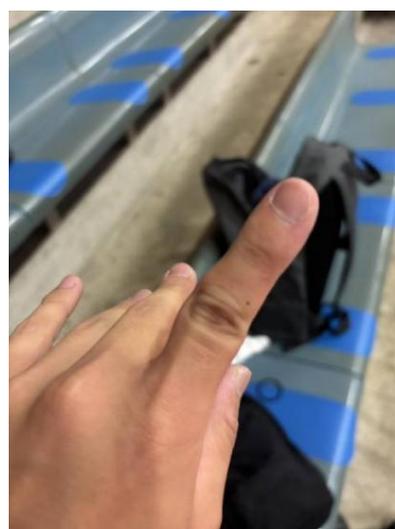
フットサルの試合中にゴールキーパーを行っていた際、相手が強く蹴ったボールを受け止めようとして左手の指先にボールが当たったため、左第2指PIP関節部より遠位部が背側に逸脱し負傷する。

[症状]

左第2指PIP関節部より遠位部が背側に逸脱し固定された状態となり、時間の経過と共に熱感及び自発痛を高度に有し自動運動はほぼ不能の状態にて来院（図1・2）。



(図1)



(図2)

[初検時]

症状を確認後に徒手整復を行う。

徒手整復は左手で末節骨，右手で基節骨を把持して牽引し整復（図3）。



(図3)

正常位に戻り圧痛の有無を確認するも自発痛が強いため，副子固定を行い三角巾にて提肘し，帰宅後に患部を氷嚢等で冷やす様に指導（図4）。



(図4)

翌日，医療機関にて対診していただき，骨折を伴っていないことを確認（図5）。



(図5)

[経過]

〈4日目〉

自発痛は前回より緩和され中度となるも，熱感と腫脹，圧痛は高度に増大し屈曲運動は不能となる（図6）。



(図6)

電療（低周波），冷罨法（冷湿布），副子固定，三角巾にて提肘を行う。

〈7日目〉

自発痛と熱感は前回より軽減するも腫脹，圧痛，運動不能の症状はそのままであり，引き続き電療（低周波），冷罨法（冷湿布），副子固定，三角巾での提肘を行う。

〈10日目〉

自発痛は前回より軽減し微残となり、熱感も概ね消失するも他の症状は残存。

温罨法（マイクロ波）導入。

〈14日目〉

自発痛及び熱感は消失し、三角巾の提肘を終了。

〈20日目〉

本人の意向もあり副子固定を除去し、ホワイトテーピングの固定に変更（図7）。



（図7）

〈30日目〉

関節運動が少し可能（屈曲10度）となり、腫脹及び圧痛も前回より軽減。

電療（低周波）、温罨法（ホットパック）、施療（柔整手技・ホワイトテーピング）を行う。

〈40日目〉

関節運動が以前より可能となり（屈曲20度）腫脹も前回より軽減したため、キネシオテーピングに変更し運動療法を開始（図8）。



（図8）

〈50日目〉

関節運動が屈曲40度まで回復し、日常生活動作も最低限可能となる。

電療（低周波）、温罨法（ホットパック）、施療（柔整手技・キネシオテーピング）を行う。

〈70日目〉

関節運動が屈曲80度まで回復するも腫脹が残存し運動痛と最大屈曲時の違和感を伴うため、特に手技療法と運動療法を念入りに行う（図9）。



（図9）

〈90日目〉

腫脹と運動痛及び運動制限も僅かに残る程度となり経過良好となる（図10）。



（図10）

テーピングは就業時及び運動時に自分で貼付する様に指導し、運動も軽微なものから始める計画を立てる。

〈100日目〉

腫脹、圧痛、運動痛、運動制限が概ね消失となり本人の意向で終了とする。

【考察】

今回の第 2 指関節脱臼では整復の困難さは無かったが、本人の意向もあり固定を外すタイミングを受傷から 20 日目と早めたのが懸念材料であった。しかし幸いにも仕事柄左手で細かい作業をする機会が少なく、日常生活においても無理に患部に負担を掛ける可能性が低かった。そして運動療法も特段変わったことはしていないが、患者自身に症状を理解していただき地道に継続できた。時間を要したもののある程度まで症状を緩和することができたので結果的には良かったと思う。

【まとめ】

様々な施術を試みることは重要であるが、その前後の患者に対するインフォームドコンセントや術者自身、様々な角度から分析し判断することが常に大事であると今回の経験でより一層感じた。

固定を外すのを早めたのであれば、もう少し早めに腫脹を軽減させる施術方法や、患者自身が自分で出来る有効な運動療法が無かったか、或いは詳しい柔道整復師の先生に相談し実践することも可能では無かったかということ改めて考えさせられた。

柔道整復師の可能性について



手技研究会 中井 健
NAKAI TAKESHI

【はじめに】

人口形態が高齢化したことにより、柔道整復師の業務には様々な対応が求められている。

具体的には怪我、外傷の対応よりも高齢化による体調の変化、老化に対するケアが増えてきている。社会に貢献する公的な資格である柔道整復師は、法規に対応するのは当然のことである。しかし、高齢化への対応が増えてきた今、このまま怪我、外傷の対応だけでは、適切な接骨院運営が難しい現状がある。経営や法規の問題は別の場で議論していただくとして、上記の高齢化問題に対応する 1 つの方法と柔道整復師の可能性を述べる。

【方法】 [考え方]

高齢化問題は基本的には体力の低下が根本である。体力とは体幹の力、呼吸に使う力とする。すなわち、そういう体幹を使って呼吸する意識の欠如があり、外側の骨格、筋肉に意識が向きすぎている傾向がある。武道の達人たちが言うところの死に体である。つまり体の重心が本来あるべき下腹部（丹田）でなく、外側ばかり意識して体幹が固くなっているのが問題である。

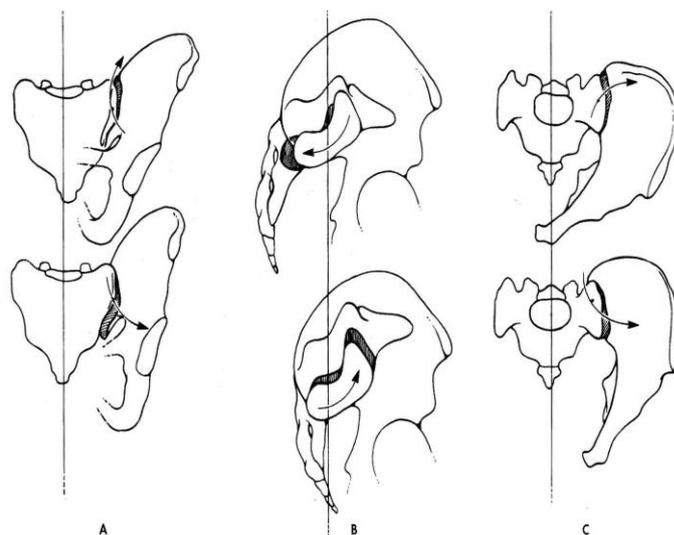


図 1 注1)

昔から言う下腹部（丹田）に力を込める、お尻の穴を締める、といったことができていない。下腹部、丹田に意識を向けさせ、積極的に使うよう患者の意識を向かわせることが大事である。

まず、図1のような仙腸関節の動きを理解し、骨盤、股関節の動きを整えることが目的となる。仰臥位で腸骨や恥骨、坐骨の指標となるランドマークを観察し、図1の動きを出すように、左右を整えるよう操作する。次に下肢を揃えて屈曲した際の両膝の高さを観察し、両下肢の長さを整えるように各部を動かしていく。各部の動きを整えれば、ここでいう体力の低下による諸々の患者の訴えは、自覚はなくとも観察すれば改善されていると考える。

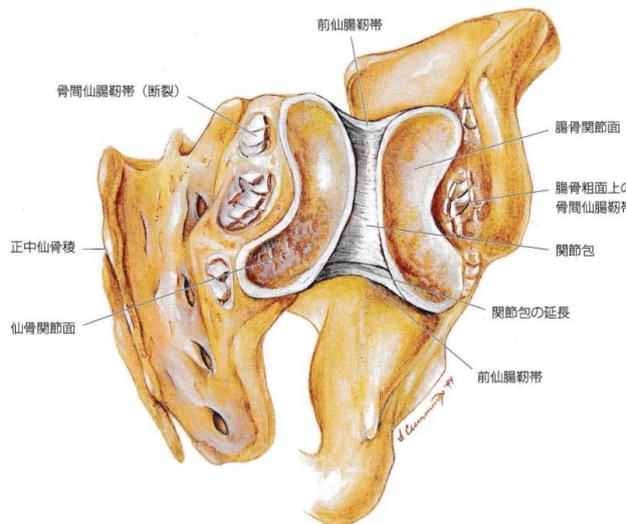


図2 注2)

また図2のように仙腸関節前方には前仙腸靱帯という「関節包」がある。「仙腸関節前方に関節包がある」ということは、背側の靱帯に制限され大きく動くことはないが、上下や捻じる力、呼吸に対し仙腸関節は撓むように動く。圧がかかれば締まるし、圧が抜けば緩む。これは立位から背臥位になると、上前腸骨棘の左右の間隔が広がることが測定されていることから明らかである¹⁾。

図3においては、仙腸関節が受ける力を矢印のベクトルで示したものである。仙腸関節は上下両方向からのベクトルを受けている。上体からの力を腰椎が受け、仙骨に伝わり仙腸関節にかかるベクトルを矢印で示している。寛骨臼は下肢から寛骨への力のベクトルを受けることを矢印で示している。また、座位においては坐骨結節からも力が伝わる。上からのベクトルを仙骨が楔形で受け、上下からのベクトルを骨盤が寛骨の弓状線にて輪の形状で受ける。それが仙腸関節で嵌っていることを示す図となっている。

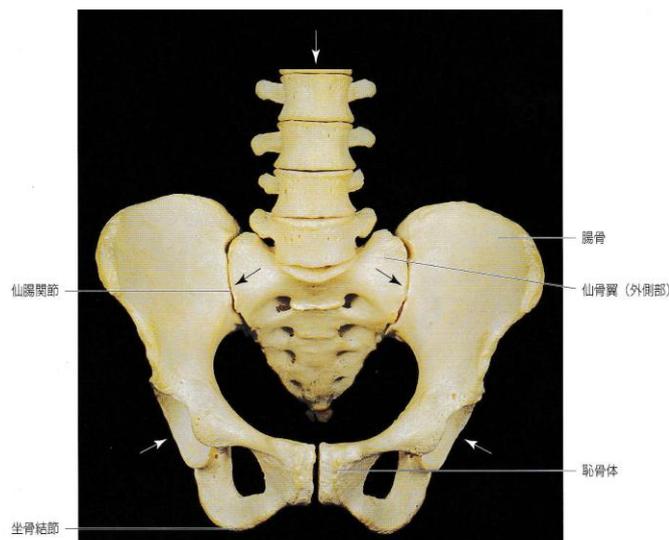


図3

図1, 図2, 図3から骨盤を整えることが重要だと考える。呼吸や体幹の力の元になる骨盤を整えることは、高齢者のADL維持向上を考える上で必須である。

[施術I]

仰臥位で言葉による誘導として、丹田を意識させる。肛門を締めるよう声をかけ、へその下10cmほどのところを指し、「この奥で締まっている。ここが中心だから意識するように」と告げる。これで動きの重心が丹田に移る。これは下腹部の肛門括約筋を意識させることで、重心を骨盤内の臓器に戻し、骨盤、骨盤底筋、肛門括約筋を活性化させ丹田という概念として体を使わせる作業となる。

患者は、痛みや間違った認識により、思い込んだ動きになっていることが多い。そうしたことを話しながら患者の意識を誘導する。仰臥位で寛骨を構成する腸骨や恥骨、坐骨などの指標となるランドマークを観察し確認する。

図4のように両手を上前腸骨棘辺りに添え、左右整えるように操作する。もしくは尾骨を作用点、腰椎を基準点として、尾骨の作用点を左右に動かし、腸骨を左右に傾ける、捻じるなど操作する。大雑把であるが、これで仙腸関節の歪みがある程度、整うようになるを考える。ここで揃にくい分は、骨盤底筋を含む大腰筋や腸骨筋、もしくは上体の緊張が強すぎて揃わないことがあることを考慮する。

骨盤の操作は図5のようにシンプルに仙腸関節と寛骨を動かすことを意識して行うものである。(仙腸関節を動かす方法は各自やりやすい方法で行う)ここでは外側や上方に重心が移り本来の体力を発揮できない状態から重心を丹田に戻すために行うものである。

膝を立てさせ、股関節を屈曲し膝関節の頂点を観る。これで下肢の脚長差を観察する。すなわち左右の寛骨臼の上下前後の位置が揃っていれば、膝関節の頂点は揃う。



図4



図5

[施術Ⅱ]

次に行う自動運動の操作では「肛門を絞めたまま動かして」などの言葉で誘導し、患者の意識から動きやすいように誘導する。このように操作し、運動しやすい状態に整えることで、力が発揮されやすくなる。そうすることで患者の諸々の訴えは減少しやすくなる。自動運動前の状態を整えてから、ウィリアムの腰痛体操を参考に2つの自動運動を指導する。

仰臥位で両膝を立て、膝に両手を添えさせる。4拍子から5拍子でゆっくりと膝を体幹に近づけさせて、ゆっくりと戻していく。これを5回ほど繰り返す。

次に手を離させ、両膝を立てた状態にさせる。背部をベッドに押し付け、骨盤をスライドさせるように骨盤、恥骨部分を持ち上げる動作をさせる。上げさせて殿筋群を締めさせ下ろしていく。これも4拍子から5拍子でゆっくりとさせる。

両方とも早くしすぎないように、ゆっくりとしたリズムを守るように注意して行わせる。

【考察】

ここでの方法は、患者の体力を発揮させやすいように下腹部（丹田）、骨盤のバランスを整えることを目的とし操作、指導している。こうした患者の基礎体力に着目し、ADLを維持向上させフレイルを予防する。介護の要支援レベルを維持できれば、健康的な生活の可能性が広がる。これから20年ほどで、そのニーズはピークを迎えるだろう。本来持っている能力を発揮できれば、85歳ぐらいまでは普通に生活できると経験から思っている。あとは病気、食生活、生活リズム、自我の在り方など外部要因、内部要因が絡み合い、健康寿命に個人差が出ると思っている。

柔道整復師は、外傷を扱う国家資格である。その能力を認められ老人保健施設や病院のリハビリ施設での就業も認められている。つまり個人経営の接骨院でも、こうした機能回復の活動は認められる形になる。実費施術となるが積極的に取り組むべきだと考える。

【まとめ】

老化による筋力低下に対し介護の要支援レベルまでは柔道整復師は対応できると考える。

その方法は体幹の能力を維持、向上させることで患者のADL維持、フレイル予防に役立つことができる。

こうした活動は社会的に認知されており、各種公的機関に柔道整復師として勤めることが認められている。

開業している柔道整復師も経営活動の一環として取り組むべき課題であると言える。

【参考文献】

1) G.D. クレーマー/S.A. ダービー, 基礎・臨床解剖学 脊柱/脊髄/自律神経, 初版, エンタプライズ株式会社, 東京, 2000, 211. 228. 233. 229

注1) 仙腸関節の運動3タイプ. A, 仙腸関節の上面と下面に隙間が空く. B, 仙骨底が前後に揺れる. これはうなずき運動と呼ばれることもある. C, 腸骨が仙骨の上で水平に動く. AとCの矢印は, 仙骨の運動を表す. この図は分かり易くするために, 運動を強調している.

注2) 右仙腸関節の後面像. 重要な骨性要素と軟部組織要素を示すために, 切開したところ. 関節包が前方にしかないことに注目せよ. 後方では, 骨間仙腸靭帯が関節を支えている. この靭帯は, 切開した関節の深部の構造を示すために, 断裂して描かれている.

〈キーワード〉 下腿部内側 受傷機転 介達外力

下腿部内側部の疼痛に対する柔道整復師からみた 受傷機転について

固定法研究会 竹 中 秋 生
TAKENAKA AKIO



【はじめに】

下腿部内側に疼痛を訴え来院する子供たちで、脛骨内側縁に圧痛や腫脹が確認できる症例について、この部位のどの組織がどうなっているのかあくまでも想像であるが、人体解剖研修会で得た下腿部の観察から私的考察してみた。

認識として我々の施術できる対象は、原因があり明らかな外傷というルールの中で、下腿部挫傷に限る。

ご遺体の腱を手に取り触察した結果、非常に強靱な組織であった。シンスプリントの症例では、骨膜および筋や腱を痛めてといった記述がある。骨膜等の炎症はあり得ると思うが、筋や腱が本当に痛むのかという疑問を持った。

【方法・結果】

■研究会メンバーによる意見交換

下腿の内側部に疼痛が出現すると「シンスプリント（過労性脛骨部痛）」について、何が症状を悪化させているのか、柔道整復師の立場から見た受傷機転を研究会メンバーと意見交換した。

■人体解剖の観察

人体解剖研修会で下腿部の観察を行った。筋または腱は、長軸方向のみに牽引力や張力が加わる組織でありかなり強靱であった。また筋および腱は脛骨内側に沿って走行していた。

足部・足関節を動かすと腱と腱または骨の間で滑走する動きが観察された。また実際の人体を触っていると脂分の影響から手には滑る感じがある。

【考察】

シンスプリントとは、一般的に過労性や骨膜炎等、脛骨の骨膜が炎症を起こし、またヒラメ筋・後脛骨筋・長趾屈筋が原因との記述を多く目にする。

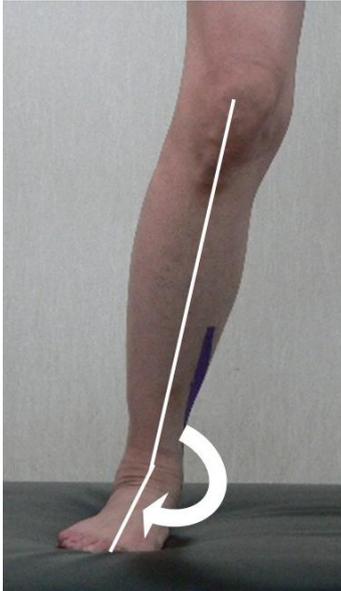
柔道整復師からみた下腿部内側の疼痛（下腿部挫傷）については、原因となる外力には、①介達外力（荷重が加わった肢位から自家筋力による）と②直達外力がある。

■肢位について

前述の介達外力による原因ということで、荷重の加わった肢位を下記の図1～3に示す。また肢位は関節運動が出現することから①遠心性収縮と②求心性収縮のことである。

※図の白色矢印は、荷重が加わった肢位で筋または腱には張力が加わる。

＜肢位：内反方向＞前額面の運動：足部・足関節が内反位・回内位方向の肢位（図1）から長趾屈筋と後脛骨筋、ヒラメ筋の収縮作用で、伸長され筋腱全体に張力が加わると共に腱と腱の間で同方向への滑走が生じる。

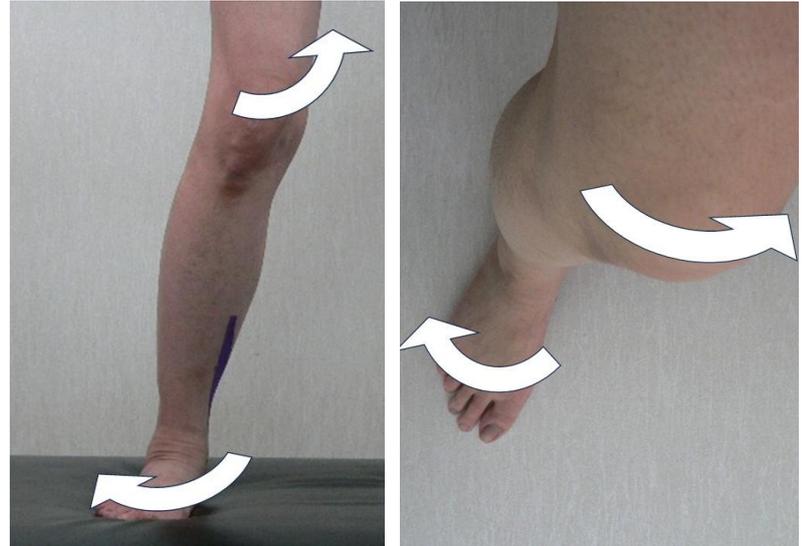


(図 1)



(図 2)

<肢位：大腿部が内旋方向>矢状面の運動で、大腿部が内旋方向（鷲足に付着している筋群の作用）にあると足部および下腿部が外旋された肢位（図 3）からヒラメ筋・長趾屈筋と後脛骨筋の作用で、伸長された筋腱の間に張力が加わる。また腱の間では移動距離の異なる滑走が出現する。



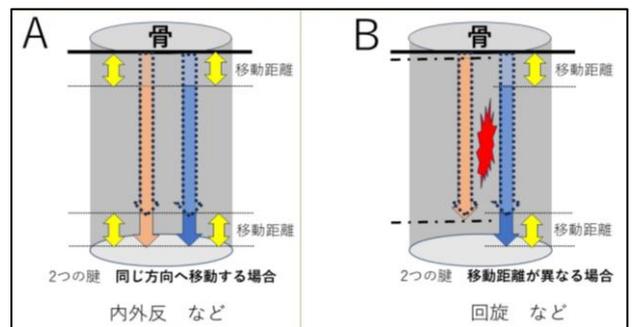
(図 3)

以上のことから、荷重の加わった肢位（内反または回旋）からの自家筋力による筋収縮で、腱と腱および骨との間に起こる滑走が関係しているのではと考えた。また腱と腱の間におこる滑走には、次の2つがある。

■下腿内側部における腱と腱の間による滑走
(図 4)

A：2つの腱は同じ方向へ移動の場合

B：2つの腱と腱の間の移動距離が異なる場合



(図 4)

疑問 1 腱が損傷するのか

ご遺体の腱を手に持ち観察すると①非常に強靱であること ②脂分がありベトベトしており滑ること。この腱が本当に損傷するのか、引っ張られる張力または自家筋力による牽引力で痛めるものなのか？という疑問が出てきた。

疑問2 腫脹はなぜ起きているのか

外傷の症例では、腫脹および熱感の他に冷汗を感じ取ることがある。

下腿部内側部の脛骨下 1/3 部で確認される腫脹について、直達外力による打撃・打撲等は「腱や筋が損傷する」ことは考えられる。しかし介達外力によるものは、「腱以外の軟部組織に負荷が加わり」この影響で血管や神経が刺激され腫脹が出現していると考えられる。

これらの症状が出現しにくい条件とは、足部・足関節の可動域が十分にあり、膝関節やハムストリングスの柔軟性があるほうが良いと考えた。

施術録や申請書等に記載されている文章(負傷原因・長期頻回理由)について、筋や腱を特定して「○○筋を損傷した」といった表現で記載している文章を目にする。本当にそうなのか、柔道整復師の判断としては、「踏ん張った際に下腿部を捻じり負傷する」といったおおざっぱな表現のほうが正解かもしれない。

【まとめ】

- ・腱組織を観察および触った感触では、十分な強度があり脂分でヌルっとしていた。
- ・足部・足関節の可動域制限があると、腱と腱の間または周辺で過剰な滑走が生じ、これにより下腿部の内側では神経または血管等が刺激され腫脹が生じているのではないかと考えた。
- ・柔道整復師として判断する場合、負傷の原因としては、身体の使い方、個々の柔軟性、過度な外力の加わり方が考えられるため、特に足部・足関節が重要と考え次いで膝関節・大腿部等の柔軟性が重要である。
- ・損傷している組織は、筋または腱が損傷していると断言できないため、我々柔道整復師が使用している傷病名でいうと下腿部挫傷等の表現が適している。

学術誌原稿作成要領

テーマ 柔道整復・接骨医学に関するもの（未発表のもの、追試発表を含む）。

形式 パワーポイント（スライド）を使っての口演発表や、実技発表など。

時間 8分間 質疑応答3分

原稿書式について

1. パソコン（Windows）のマイクロソフトワードを使用し、A4用紙を縦置きにしてMS明朝体、フォントサイズ10.5にて横書きとする。
2. 英数は半角とする。
3. 文中における数字の用い方は、以下の順とする。
 - I. II. III. …
 1. 2. 3. …
 - (1) (2) (3) …

論文原稿の約束事項について

- | | | |
|-----|----|------------------|
| 1行目 | …… | キーワード |
| 2行目 | …… | 表題 |
| 3行目 | …… | 副題（無い場合は1行あける） |
| 4行目 | …… | 所属（〇〇支部または〇〇研究会） |
| 5行目 | …… | 氏名（姓と名で1字あける） |
| 6行目 | …… | 1行あける |
| 7行目 | …… | 本文 |
- 表題、副題、所属、氏名は、中央揃えとする。
 - 所属は、支部名または研究会名を記載する。
 - 氏名は、姓と名で1字あける。共同発表の場合は最初に発表者を記載する。
 - 論文の文章中の句読点はカンマ「,」とピリオド「.」を用いる。
 - 参考文献の表記方法は日本柔道整復接骨医学会に準拠する。（参考文献表記でもカンマ、ピリオドで統一し、URLは半角を用いる。）
 - 図や写真は（図1, 図2, …）、グラフや表は（表1, 表2, …）で統一し、表示位置は、図：下、表：上とする。
 - 図および表にタイトルがある場合は、番号の横にタイトルを記載し、次段より文章を始める。
 - 図および表の掲載枚数制限はなしとする。
 - 商業誌等から図表等を引用する場合は、著作権を有する出版社等に著者が許諾を得ること。
 - 文章の終わりに括弧を使う際には、括弧の後にピリオドを打つこととする。
例) 文末に図や表を表示する場合など
 〇〇にて固定した（図1）。
 複数掲載の場合
 〇〇にて固定した（図1, 2）。
 〇〇にて固定した（図1~3）。
 - 基礎的な解剖や生理はできるだけ省き、【はじめに】【方法】【結果】【考察】【まとめ】【参考文献】等に沿って作成する。【 】使用統一。

学術誌原稿構成

キーワード：3つ以内。表題に含まれない論文の構成要素として重要なもの。

表題：内容を具体的に表し、かつ簡潔な表現とする。
原則として略語・略称は控える。

本文：【はじめに】(序文、まえがき、緒言)
本研究の背景、経緯、意義などを述べる導入部分。
これまでの研究との関連性を記載する。

【方法】

用いた理論、条件、材料、方法、手順などを記載。
特に、方法は関連研究者が追試できる内容とする。

【結果】(成績)

実験結果、データ紹介、明らかとなった関連性、観察結果、効果等を記載する。

【考察】(分析)

結果の分析と検討、結果と比較と評価、問題提起、今後の課題等を記載する。

【まとめ】(結論、結語)

本研究の結果内容を簡潔に記載する。

【参考文献】

引用文献は本文引用順に並べる。本文中で引用文献に言及した場合、文書の右肩に末尾文献表に照応する番号をつける。(例)・・○○¹⁾

1. 雑誌の場合

1) 著者氏名：論文表題。雑誌名 巻 号：最初～最後頁，発行年。

(例) 和柔整太郎，和柔整花子，他：骨折理論。○○学会誌 14(2)：249-252, 1990.

2. 単行本の場合

1) 著者氏名：書名，編集者名，第○版。発行社名，発行地，発行年，最初～最後

(例) 和柔整太郎：骨折固定法，和柔整花子，第3版。和柔整出版，東京，2001，416-417.

3. 電子文献(WEB サイト)から引用する場合は，URL，参照日時を記載すること。

(例) <http://www.wakayamagakujiyutu./index.html>. [accessed 2021-5-10]

提出された著作物の著作権は、公益社団法人和歌山県柔道整復師会に帰属する。共著作の場合も著者全員の同意のもとに、完全な譲渡の自由を有するものであること。

商品特性比較等においては商品名、メーカー名等特定できない形での記載とすること。
(ただし、単一商品使用の場合は記入可とする。)

原稿およびパワーポイント(スライド)は、データにて電子メールまたはCD-R等で本会事務局宛に提出すること。データのファイル名は「所属 氏名 演題」とする。

学術部

〔学術部員〕



中尾 了



辻 佳将

編集後記

平素は学術部運営にご協力賜り，誠にありがとうございます。

今年度も第 45 回学術研究発表会に先立ち，学術誌を発行する運びとなりました。これもひとえに発表会員ならびに会員皆さま，そして作成業務にたずさわっていただいた事務局各位のご協力のもとと感謝いたします。

今年度は紀北支部，和歌山支部，手技研究会，固定法研究会から各 1 演題ずつの計 4 演題の発表がございます。限られた期間の中で論文原稿を仕上げただいただかなければならず，発表者においては大変だったのではと思います。

今回の学術誌ははじめてのデジタル化となり，会員皆さまにはご不便だと感じる面もあるかと思えます。デジタル化による変更点としては論文原稿内の図・表の 5 枚以内の使用という制限がなくなりました。これにより原稿内容がより分かりやすくなることもあるかと思えます。そして URL をタップやクリックすれば見ることができますのでスマホやタブレット，PC とどの媒体であってもいつでも見ることができますのでどうかよろしくお願いいたします。

学術部一同，柔道整復師の知識・技術向上のために引き続き尽力して参りますので，ご指導ご協力のほど，よろしくお願いいたします。

学術部 主任 中尾 了



公益社団法人 和歌山県柔道整復師会

発行所 和歌山県柔道整復師会
和歌山市太田 143-4
発行人 岸 田 昌 章
編集発行人 学 術 部
印刷所 和歌山県柔道整復師会

2026