

一般社団法人

日本遠絡統合医学会

2025 年度 春期学術研修会

編集 一般社団法人 日本遠絡統合医学会

2025 年度 春期学術研修会

基礎講座

- 痛み過敏・間脳蓄積・語法
わたなべ医院 渡辺実千雄先生（日本遠絡統合医学会認定医） 3
- 新解釈・語法 心と体の治療
児玉整形外科クリニック 柳井谷深志先生（日本遠絡統合医学会認定医） 31

特別口演

- ・ 頸性めまい（バレー・リュウ症候群を含めて）と遠絡統合療法
～古くて新しいが見逃されやすい自律神経失調症に対する治療的有用性～
谷本功 重工大須病院 総合健診センター
柳井谷深志 児玉整形外科クリニック 44

症例報告

- ・ 頸肩から指先までの痛み、上肢の痺れ、脱力の一症例
（12 ラインの接続と補強が有効と感じられた症例）
堂下佐知子 小泉医院遠絡医療センター 45
- ・ 子宮頸ガンワクチン後の左上肢 CRPS
（1 年間継続治療した経過）
加藤剛 モキチにかほ整骨院 46
- ・ 末期原発性胆汁性胆管炎に対する遠絡統合療法の効果
田中裕 田中クリニック 47

基礎講座

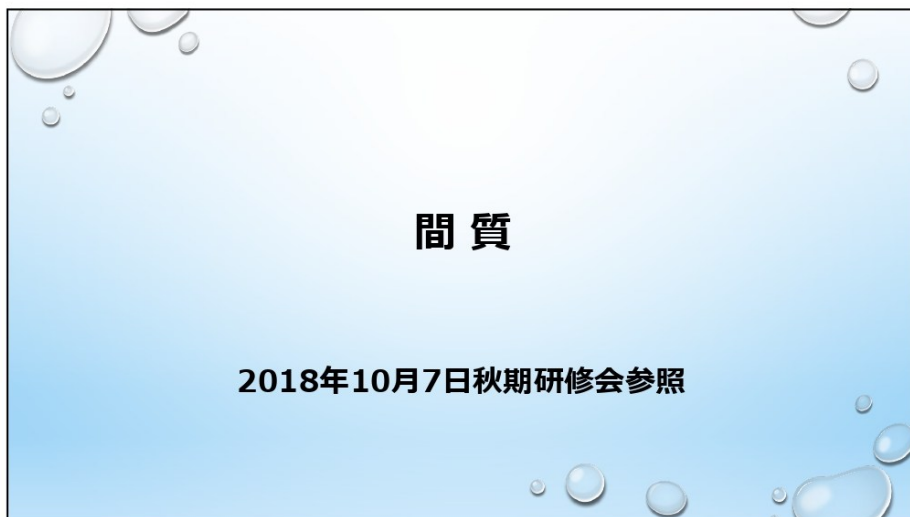
基礎講座 1

痛み過敏・間脳蓄積・語法

講師：渡辺実千雄先生（日本遠絡統合医学会認定医）



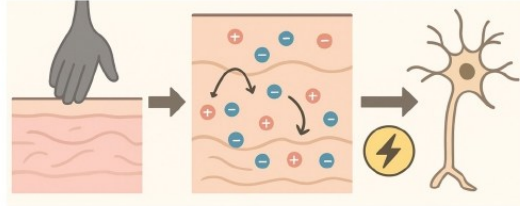
1



2

間質の特性

- 基質の電気伝導性
- コラーゲン線維の半導体特性
- 癒着による電気抵抗性
- コラーゲン線維の圧電性
- 水分子配向性



間質液は電解質ゆえ電気を運ぶものはイオン
間質はイオン導体、電流は直流のイオン電流

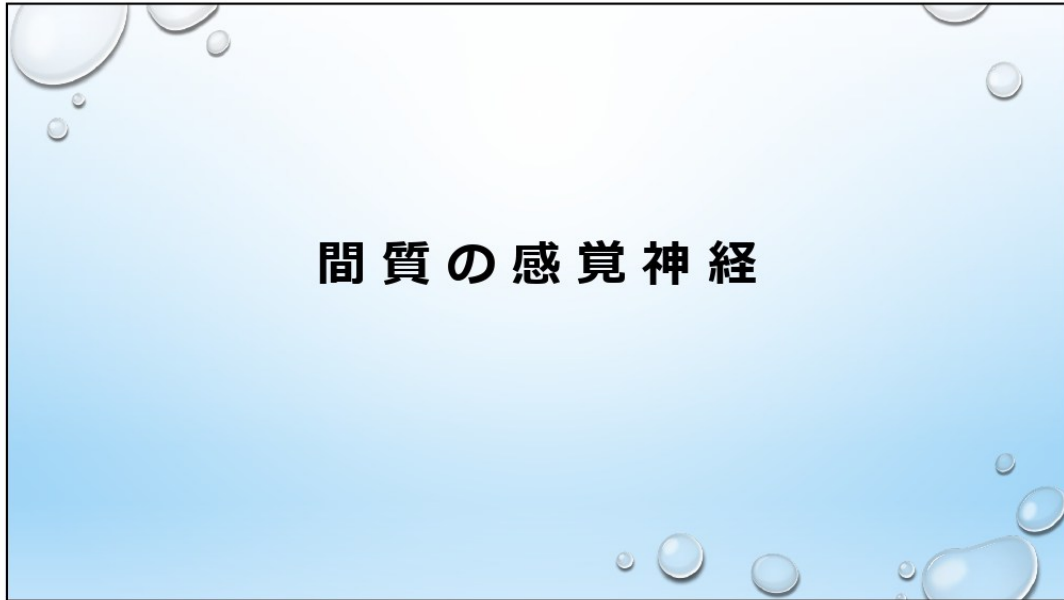
2018年10月研修会参照

5

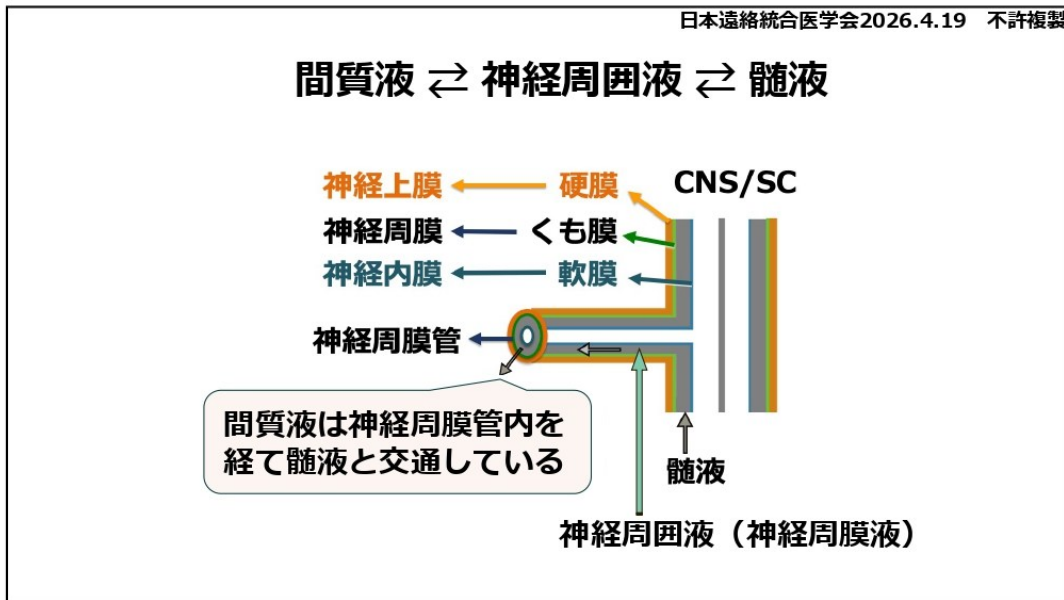
memo

6

3



7



8

神経線維の種類と特徴

神経の種類		有髄/無髄	直径 (μm)	伝導速度 (m/秒)	支配領域	
①文字式	②数字式					
Aα		運動神経	有髄	15~20	70~120	骨格筋 (錘外筋)
Aα	Ia	感覚神経	有髄	15~20	70~120	筋紡錘 (伸張受容)
Aα	Ib	感覚神経	有髄	15~20	70~120	ゴルジ腱器官
Aβ	II	感覚神経	有髄	5~10	30~70	触圧覚
Aγ		運動神経	有髄	3~6	15~30	錘内筋線維
Aδ	III	感覚神経	有髄	2~5	12~30	温・冷・痛覚 (一次痛)
B		自律神経	有髄	<3	3~15	節前線維
C		自律神経	無髄	0.5~1	0.5~2	節後線維
C	IV	感覚神経	無髄	0.5~1	0.5~2	痛覚 (二次痛)

感覚神経 = 原則は数字式だが遠絡統合医学では文字式を使う

9

複数のC線維がシュワン細胞と基底膜を共有

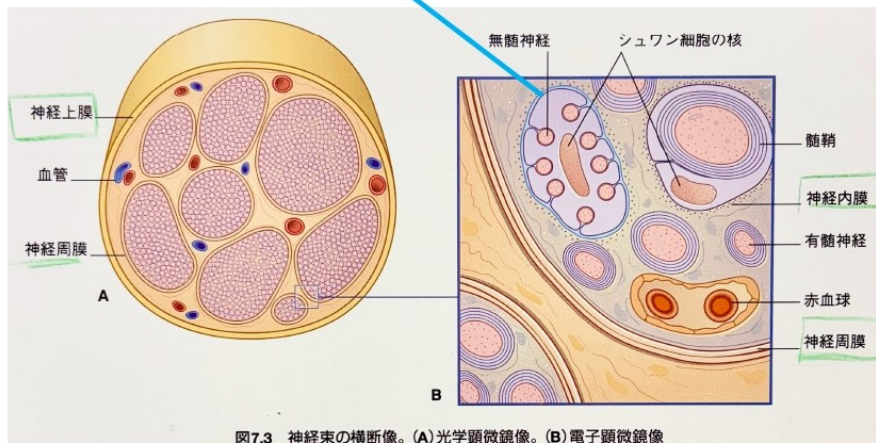
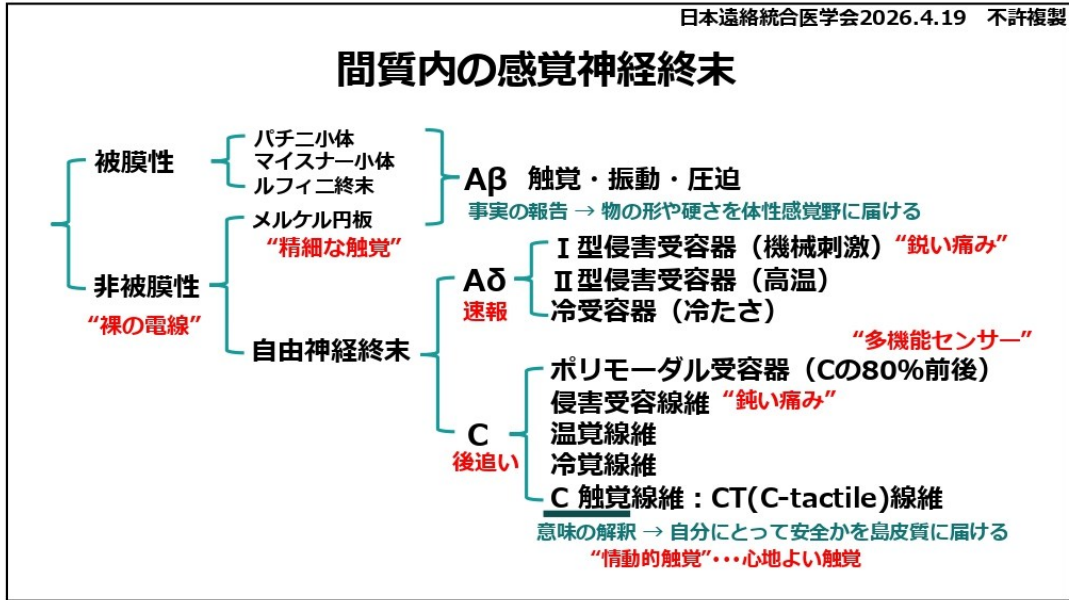


図7.3 神経束の横断像。(A)光学顕微鏡像。(B)電子顕微鏡像

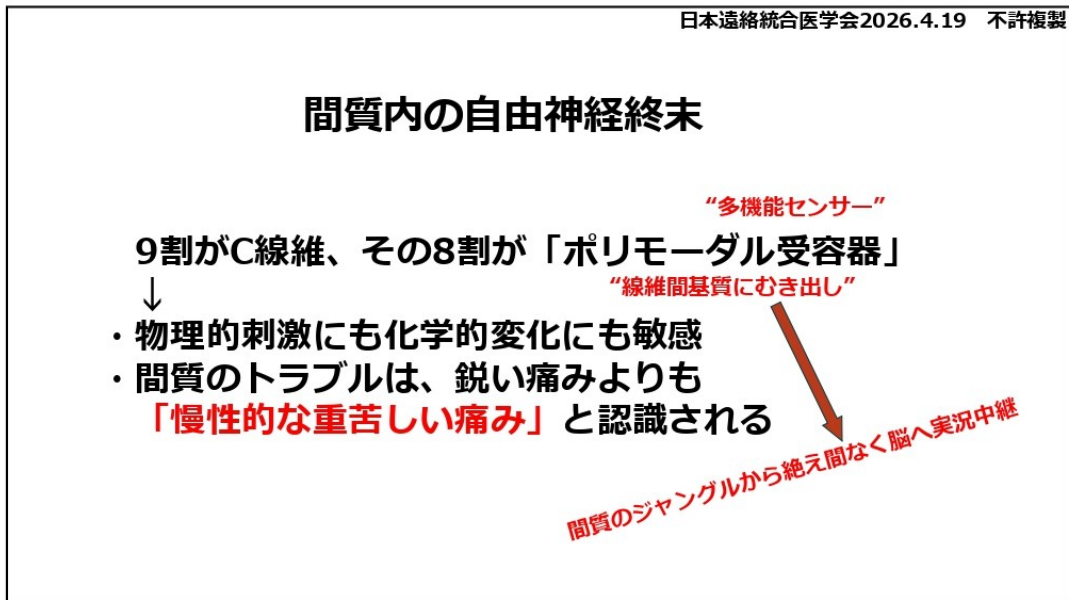
カラー臨床神経解剖学 機能的アプローチ、西村書店

10

5



11




12

間質と痛み

2018年10月7日秋期研修会参照

13

日本遠絡統合医学会2026.4.19 不許複製

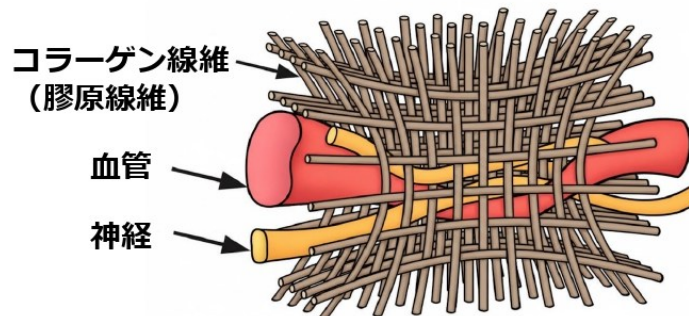


areolar connective tissue : 網目状結合組織

14

7

間質が歪むと神経・血管が圧迫される



自由神経終末、自律神経線維、筋紡錘が緊張変化を感知

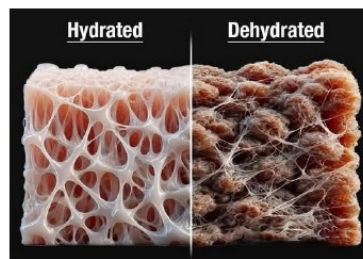
15

間質の硬化や癒着

含水

脱水

- ・生体電気信号伝達良好
- ・間質液の流れ良好
- ・運動時の可動域が拡大
- ・弾力性と反応性が獲得
- ・筋肉の協調性が高まる
- ・姿勢が改善



- ・弾力性を失う
- ・変形する
- ・運動機能の劣化
- ・張力の変化
- ・自由神経終末の変形
- ・重苦しい痛み

硬化や癒着すると重苦しい痛みになる

16

間質の障害

間質液停滞・間質のもつれ → 重苦しい痛み

機械的損傷 → リンパや電流の乱れ

不良姿勢 → 重苦しい痛み

間質障害が持続 → 悪循環

2018年10月研修会参照

17

間質と痛み

・ **痛覚**は中枢神経系以外の全ての組織に存在

・ **痛み**は間質を移動

リンパ系に沿って移動

神経周膜内組織に沿って電気伝搬 Keown 2014

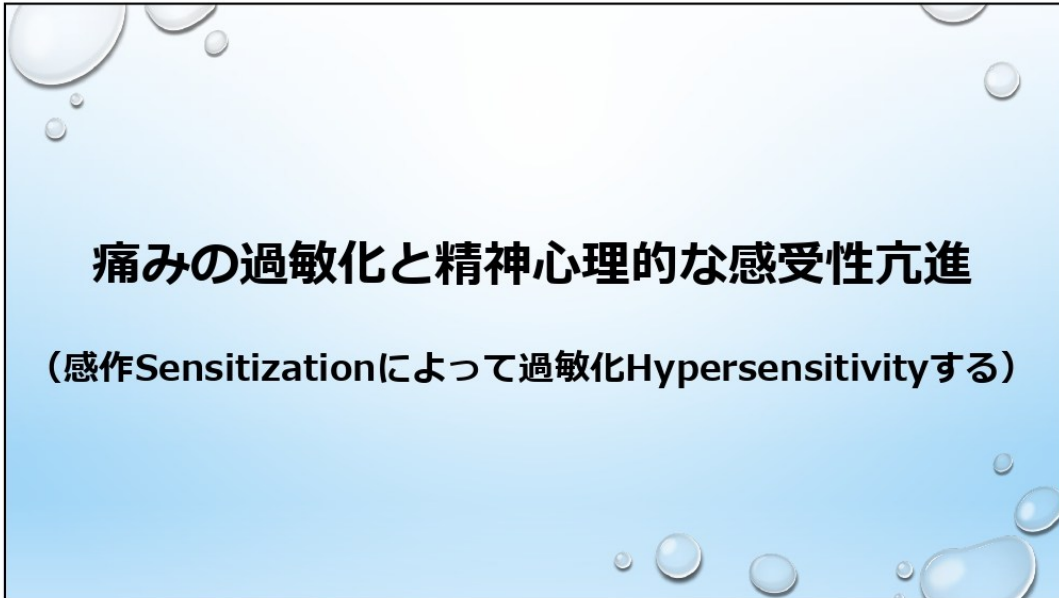
・ 筋肉/筋膜は**痛み**の発生装置 三木成夫 2013

・ 筋骨格系で骨膜と関節包が**痛み**に最も敏感 Hendrickson 2005

2018年10月研修会参照

18

9



19

日本遠絡統合医学会2026.4.19 不許複製

最大の太さと最小の太さの感覚神経

神経の種類 ①文字式 ②数字式		有髄/無髄	直径 (μm)	伝導速度 (m/秒)	支配領域		
A α		運動神経	有髄	15~20	70~120	骨格筋 (錘外筋)	固有感覚
A α	Ia	感覚神経	有髄	15~20	70~120	筋紡錘 (伸張受容)	
A α	Ib	感覚神経	有髄	15~20	70~120	ゴルジ腱器官	
A β	II	感覚神経	有髄	5~10	30~70	触圧覚	Aδ→弁別系へ ~視床VPL→体性感覚野S1、S2
A γ		運動神経	有髄	3~6	15~30	錘内筋線維	
A δ	III	感覚神経	有髄	2~5	12~30	温・冷・痛覚 (一次痛)	
B		自律神経	有髄	<3	3~15	節前線維	C→情動系へ ~島、前帯状回、扁桃体、前頭前野
C		自律神経	無髄	0.5~1	0.5~2	節後線維	
C	IV	感覚神経	無髄	0.5~1	0.5~2	痛覚 (二次痛)	内受容感覚・C触覚

20

Aα線維による身体の状態を感知する感覚

Aα (Ia、Ib) = 固有感覚 → 島皮質・感覚野

「高速で位置を伝え、身体の動きをモニター」

21

安静

↓
動きの感覚 (Aα入力) 激減

↓
固有感覚が脳に送られない

↓
感覚地図が不鮮明になり抑制不能

↓
少しの痛みも激痛

固有感覚が弱くなると感覚地図
がぼやけ、痛みに対して過敏化

22

11

C線維による身体の状態を感知する感覚

C = 内受容感覚 + C 触覚 → 島皮質・帯状回
間質環境モニター 愛撫による安心感

「ゆっくり命の状態を伝え、私という実感を生む」

23

迷走神経求心路↓・脊髄求心路↓

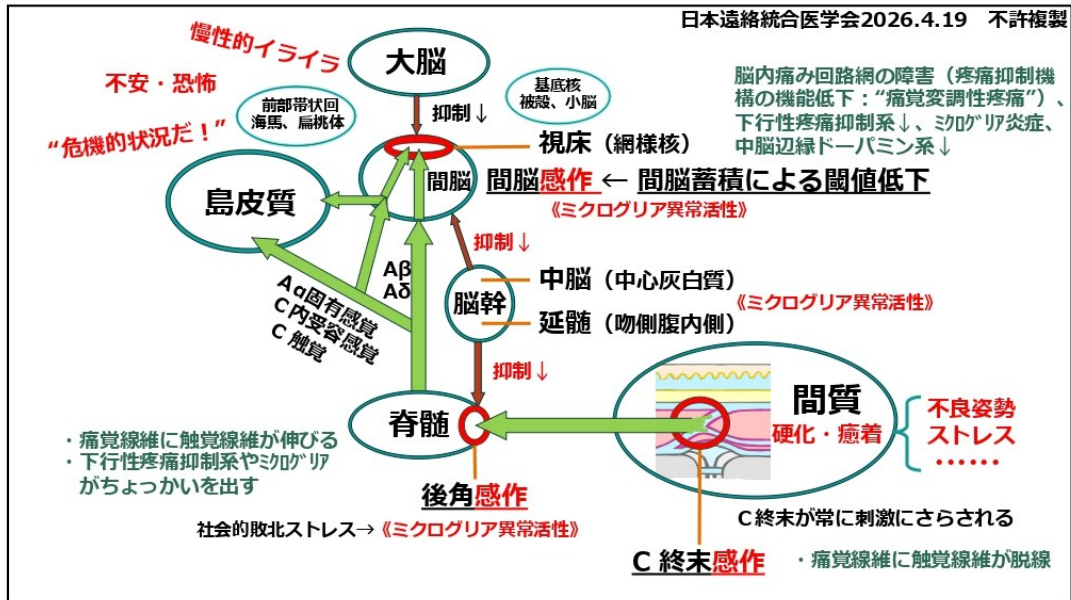
↓
内受容感覚（C入力）の精度低下

↓
内部情報の読み取りエラー

↓
精神心理面の感受性亢進

疲れに気づかず突然たおれたり
些細な心拍変化でパニックに

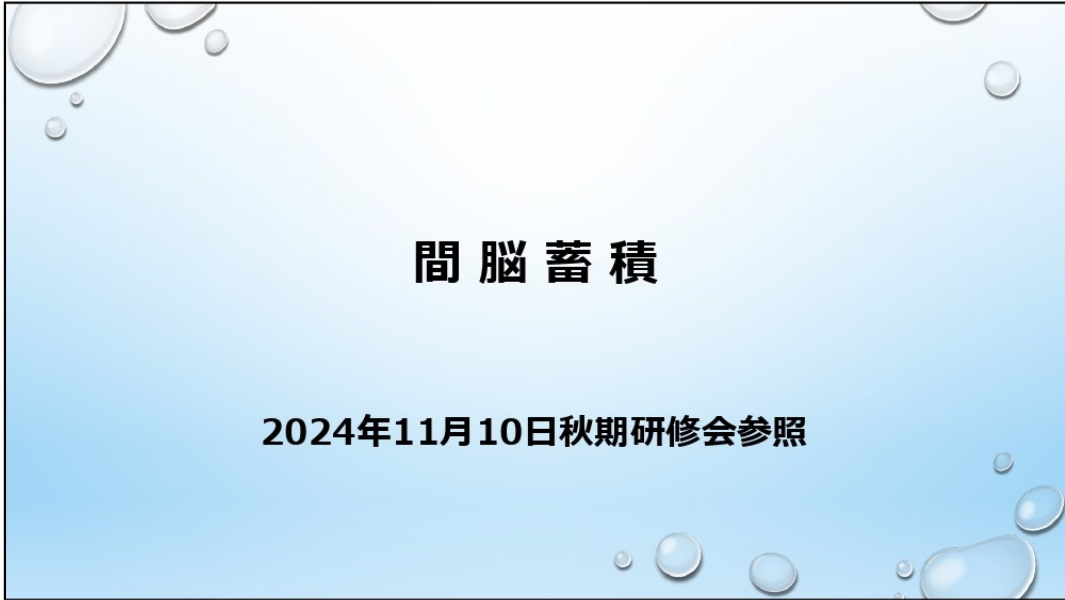
24



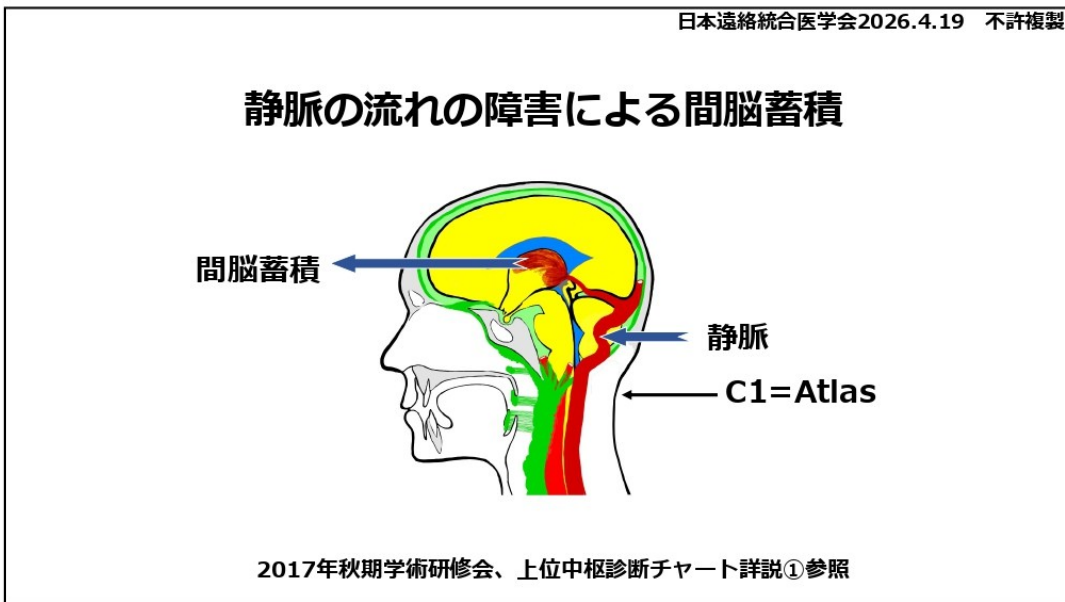
27

memo

28

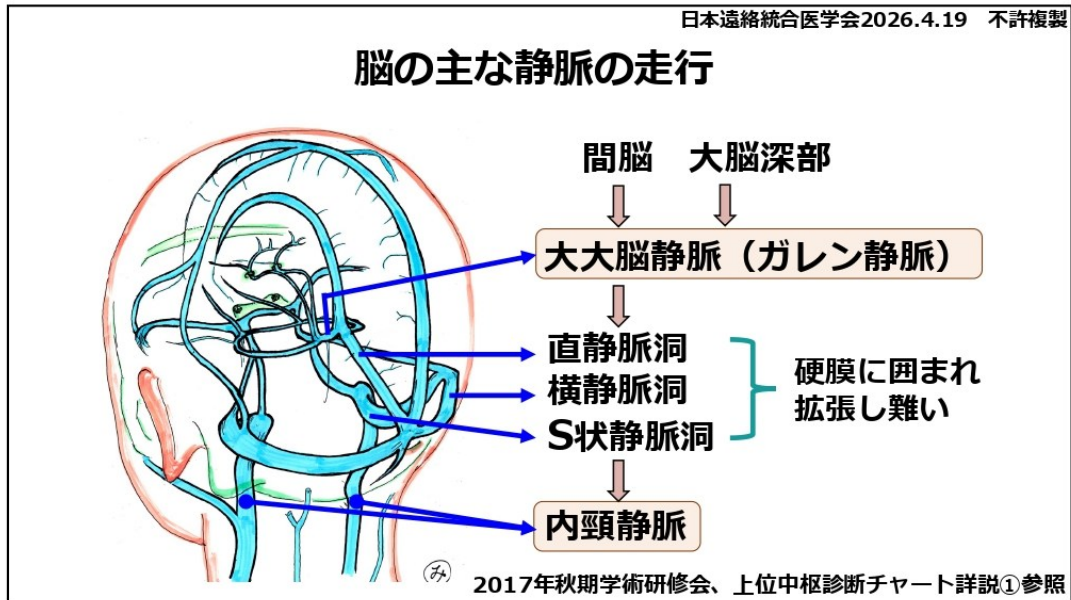


29

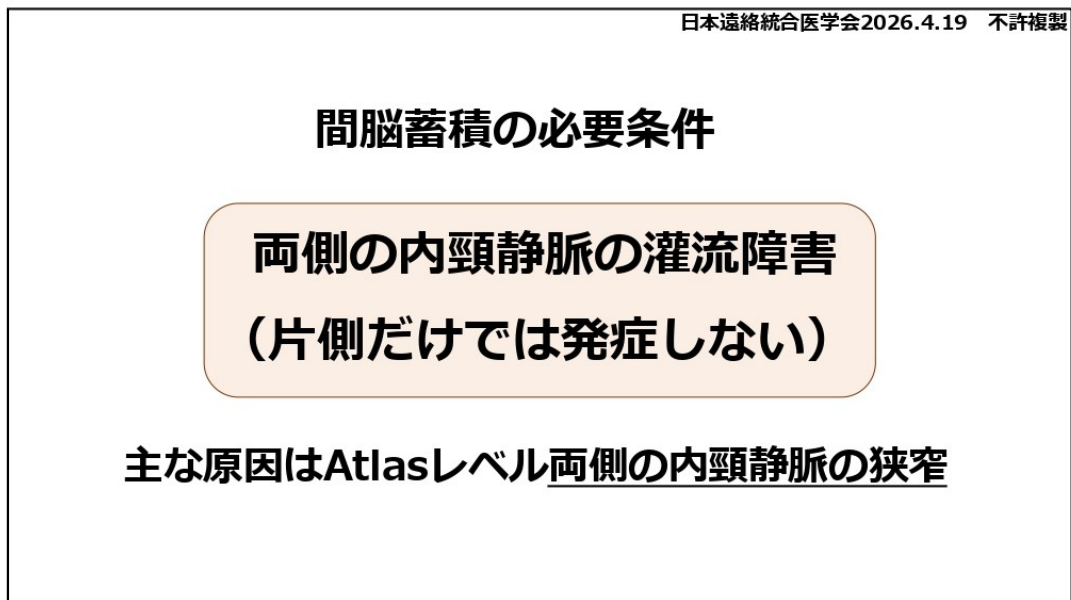


30

15



31



32

間脳蓄積による閾値低下の症状と治療

2024年11月10日秋期研修会参照

33

日本遠絡統合医学会2026.4.19 不許複製

間脳蓄積の症状

障害部位 (細胞)	主症状
視床	眠りが浅い、記憶力や集中力低下、眼や頭が重い、頭がスッキリしない、手足冷え、しびれ、眩暈・バレー
視床下部	自律神経症状、機能性感情障害、冷え感、緑内障
下垂体	アルゲン、内分泌・腺分泌、膠原病、頭痛・生理痛・冷え、痒
基底核	解離性運動障害
辺縁系	運動性感情障害 (無表情)
圧迫波及→ 脳幹	外眼筋麻痺、顔面神経、呼吸筋麻痺、構音嚥下障害

34

17

間脳蓄積 = 間脳うつ血

→ 閾値低下

→ { 自律神経機能障害
機能性感情障害

35

自律神経症状

- 自律神経失調症（めまい、動悸、…）
- 起立性調節障害（立ちくらみ、頭痛、…）
- 体温調節障害（夏ばて、熱中症、…）
- 全身多汗・局所多汗（掌蹠多汗症）
- 過敏性腸症候群
- 排尿障害
- 疼痛

36

機能性感情障害

- ・ 易怒性
- ・ 易興奮性
- ・ 光に敏感、音に過敏
- ・ うつ
- ・ 不安症（社交不安症、全般不安症）
- ・ 神経症（強迫症、PTSD、適応反応症）
- ・ 恐怖症（社交、広場、限局性）
- ・ パニック症

37

間脳蓄積の治療で起きること

- 間脳蓄積解除 → 静脈圧（頭蓋内圧） ↓
- 組織灌流圧（= 平均動脈圧 - 静脈圧） ↑
 - 動脈血流の増加
 - 神経細胞の機能復活
 - 痛みの信号処理が正常化(ゲート復活)
- = 閾値上昇**

38

19

間脳蓄積の治療式

両側 AyIII/c+a



39

memo

40

20

過敏化の治療

41

日本遠絡統合医学会2026.4.19 不許複製

過敏化の治療

- 薬物療法（抗うつ剤）
- 電気痙攣療法 ECT
- 反復経頭蓋磁気刺激 rTMS
- 認知行動療法
- マインドフルネス認知療法
- 運動療法
- 遠絡統合療法

42

21

日本遠絡統合医学会2026.4.19 不許複製

ECT → 間脳の血流量が増加

脳全体の血管拡張
→ 間脳の血流 ↑
→ 閾値 ↑
→ 痛み・アロディニア ↓

「間脳はECTの作用発現に重要」

The diagram illustrates the mechanism of ECT. It shows a human head with the brain divided into regions: 本人の希望 (Patient's preference), 運動うつ病 (Motor depression), and 薬物療法 (Drug therapy). Arrows point to 電気けいれん療法 (Electrical convulsion therapy), which is described as a method that induces a seizure by passing an electric current through the brain. It notes that this method is effective for depression and that its safety has been confirmed in Japan since 2002. The diagram also shows a patient lying down with electrodes on their head, connected to an ECT machine. Labels include: 脳 (Brain), 電気けいれん療法 (Electrical convulsion therapy), 運動うつ病 (Motor depression), 薬物療法 (Drug therapy), 本人の希望 (Patient's preference), 電気けいれん療法 (Electrical convulsion therapy), 脳に電流を通して重層的にけいれんを引き起こし、うつ状態を改善する治療法。薬物うつ病に有効な治療法。2002年に日本でも最新式の治療器が承認され、より安全に治療が行われるようになった。 (A method of treatment that induces a seizure by passing an electric current through the brain, improving depressive symptoms. An effective treatment for drug-induced depression. In 2002, the latest type of treatment device was approved in Japan, making treatment safer.) 高周波のため、治療を繰り返すことも (Due to high frequency, treatment can be repeated.) 電気けいれん療法 (Electrical convulsion therapy), 薬物療法 (Drug therapy), 脳波用電極 (脳波用) (EEG electrodes (brain wave use)), 脳波用電極 (パルス波治療器) (パルス波治療器) (EEG electrodes (pulse wave treatment device) (pulse wave treatment device)), 心電計や血圧計なども脳波計と連動して動作する (ECG and blood pressure monitors also operate in conjunction with the EEG monitor).

長寿医療研究センター病院レター第78号

43

日本遠絡統合医学会2026.4.19 不許複製

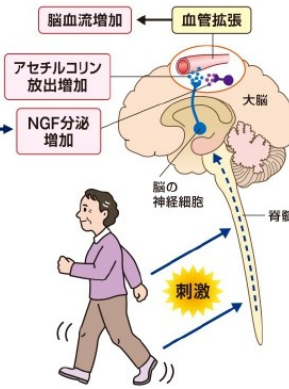
安静 vs 運動

<p>安静</p> <p>↓</p> <p>動きの感覚 (Aα入力) 激減</p> <p>↓</p> <p>固有感覚が脳に送られない</p> <p>↓</p> <p>感覚地図が不鮮明になり抑制不能</p> <p>↓</p> <p>少しの痛みも激痛</p>	<p>運動</p> <p>↓</p> <p>正確な動きの感覚</p> <p>↓</p> <p>鮮明な固有感覚が脳に送られる</p> <p>↓</p> <p>感覚地図が鮮明化</p> <p>↓</p> <p>不安による痛みが軽減</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

44

運動の効果

- 固有感覚強化
- 海馬神経細胞新生 ↑ → うつ ↓
- アセチルコリン放出 ↑
- NGF 神経成長因子分泌 ↑
- 前頭前皮質強化
- ドーパミン分泌 ↑ → 側座核 (報酬中枢)
- セロトニン分泌 ↑
- GABA分泌 ↑
- ANP 心房性Na利尿ペプチド分泌 ↑
- マイオカイン (IL-6他) ↑
-



地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター老化脳神経科学研究チーム

45

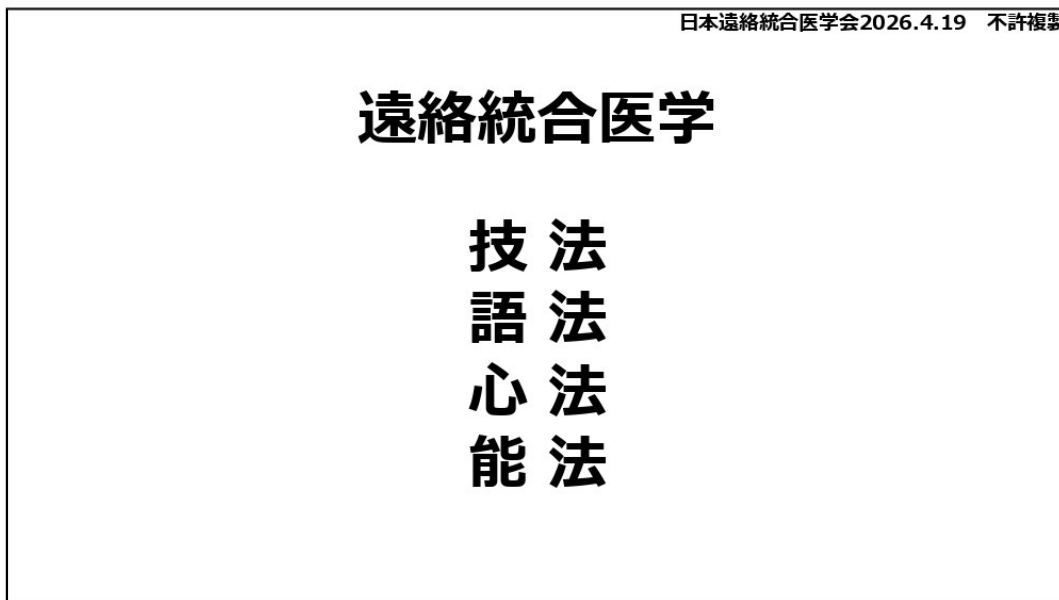
memo

46

23



47

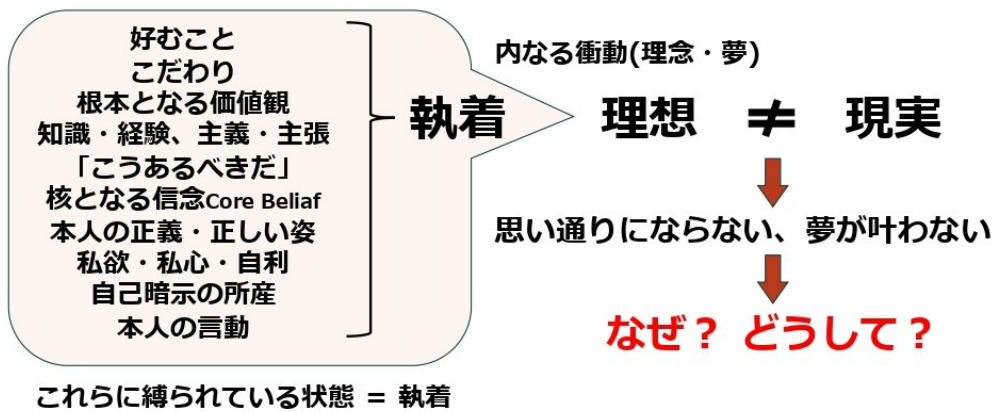


48

語法

「なぜ、どうして」の放棄 「もともと、そう」の受容

49



50

25


日本遠絡統合医学会2026.4.19 不許複製

理想と現実のギャップ
=好ましくない事態 (脅威)

↓ "なぜ? どうして?"

怒り (防衛感情)

苦しみ・不安
"理想が裏切られた!"



51

日本遠絡統合医学会2026.4.19 不許複製

執着が自分を苦しめる病根になる

"これでなければダメ"
"これがなければ終わり"

無意識的負の自己暗示
心が縛られている状態
不安を抱えている状態

52

「なぜ、どうして」の放棄

負の思考の連鎖を遮断する

解決不能な問いはやめる

53

「もともと、そう」の受容

現実をそのまま肯定する

“そういうこともあるな”
縛られているなら手放す

54

27

認知行動療法とマインドフルネス

認知行動療法 CBT	マインドフルネス
<ul style="list-style-type: none">・ 執着の内容を客観的に評価し現実に即した楽な考え方へと修正する・ 合理主義的・実証主義的	<ul style="list-style-type: none">・ 執着は否定せず、距離を置いてただ気づくことで思考の連鎖を停止する・ 仏教的・瞑想的 <p>否定しない、受け止める、白黒つけない</p>

55

まとめ

「もともと、そう」は、
内受容感覚を回復させ、
執着行動を軽減させる。

56

新解釈 語法 心と体の治療

講師：柳井谷深志先生（日本遠絡統合医学会認定医）

2026/4/3



本日のテーマ

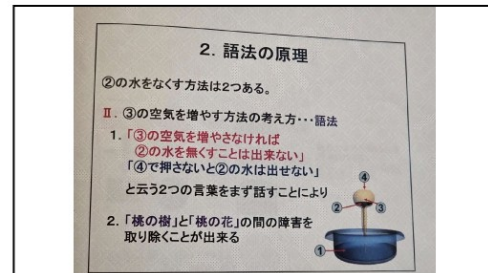
遠絡療法には技法、語法、心法、能法がある。

今回は『語法』について新解釈として
実臨床での使用方法について紹介します。

花見会のテーマ「語法」

語法=もともとそう
スポイト理論でスポイトの中の水を出す方法は
①スポイトの中の空気を増やす
②スポイトを外から押してやる
2通りしかないと伝える。

「心」と「体」の間の障害→無知（利己の言動）
→「悩み」の原因



つまり

語法とは

「もともとそう」と唱え

「悩み」をとる

が、しかし

語法とは？

Ko先生の弟子が
それぞれの解釈をしてきた
と予想されます。

語法は心法、能法があつての語法の様に理解しています。
 能法、心法はエネルギー、語法は見える形だけです。
 そして、慢性疾患はほとんどbc領域、下位脳の治療が必須、だから、
 能法、心法、語法は使えます。
 柯先生が、しばしば鶏と卵の関係で例えていました。
 気分良く、楽しい時間があつたら、bcの血流が改善される、それも
 治療と思います。疼痛を意識するではなく、痛くない瞬間を意識してあげる
 事が治療時間を短縮する。これも、bcの治療。
 ライフフローの改善は運動、姿勢、また、気分転換にも役立ちます。
 私自身の理解では、語法は能法や心法の支えがないと成り立たないように思
 いますので、心法や能法の下に位置されていたように思いますが、振り返っ
 てみると、そうではないような気もいたします。もし、違う意見があれば、
 とても教えて頂きたいです。よろしく願い申し上げます。

竹田淑恵 拜

花見会のテーマ「語法」

語法=もともとそう
 スポイト理論でスポイトの中の水を出す方法は
 ①スポイトの中の空気を増やす
 ②スポイトを外から押してやる
 2通りしかないと伝える。

「心」と「体」の間の障害→無知（利我の言動）
 →「悩み」の原因

ところと身体への境界域の治療 2025.11.29 名古屋

ところとからだの境界域への治療 神経症の今、未来
からだからところへ：遠絡療法による線維筋痛症への治療実践
ところとからだの境界域への治療 トラウマ、痛み、解離と転換
ところとからだの境界域への治療 いたみセンターにおける臨床実践
ところとからだの境界域への治療 最先端脳科学からの寄与

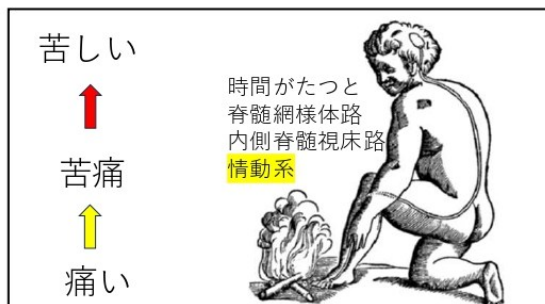
からだからところへ
 遠絡療法による線維筋痛症への治療実践

- ①苦痛とは？
- ②遠絡療法とは？
- ③遠絡療法によるからだところ（脳）へのアプローチ
- ④線維筋痛症への治療実践

からだからところへ
 遠絡療法による線維筋痛症への治療実践

- ①苦痛とは
- ②遠絡療法とは
- ③遠絡療法によるからだところ（脳）へのアプローチ
- ④線維筋痛症への治療実践

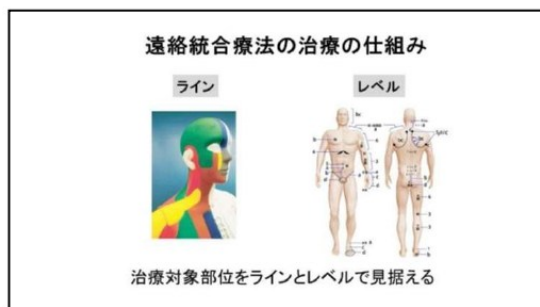




西洋医学の
「もともとそう」は変化
古典的痛みの3分類
侵害受容性疼痛
神経障害性疼痛
心因性疼痛→痛覚変調性疼痛

からだからこころへ
遠絡療法による線維筋痛症への治療実践
①苦痛とは？
②遠絡療法とは？
③遠絡療法によるからだとこころ（脳）へのアプローチ
④線維筋痛症への治療実践

何らかの原因で「Life-flow」の流れが妨げられると、痛みなどの症状(疾患)が発症することになる。
「遠絡療法」は、この妨げられた「Life-flow」或いはその大元にある「生命力(エネルギー)」を回復させる為の治療法である。



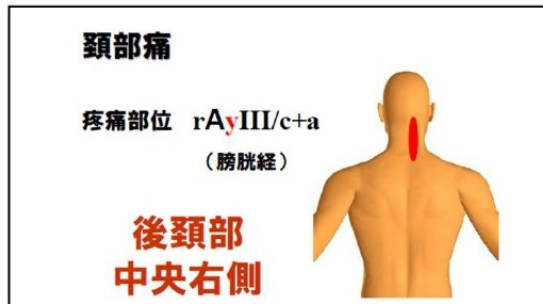
遠絡療法を学んだら
「もともとそう」は変化
遠絡療法で学んだ通り治療を行う
→痛みがとれる現象を見る
→ライフフローがあるんだ
→遠絡療法の理論は正しい
→もともとそうだった

からだからこころへ
遠絡療法による線維筋痛症への治療実践

- ①苦痛とは？
- ②遠絡療法とは？
- ③遠絡療法によるからだところ（脳）へのアプローチ
- ④線維筋痛症への治療実践



からだの治療



腰痛

疼痛部位 rAyIII/bc
(膀胱経)


右仙骨部



腰痛

疼痛部位 rAyII/bc
(胆経)

**右臀部
坐骨部**



顔の痛み

疼痛部位 rTyI/bc+d
(大腸経)


**右顔面
(鼻翼部・鼻溝部・門歯)**



左肩甲骨部痛

▼

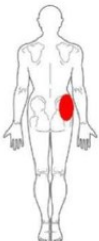
lTyIII/bc+c



右腰部痛(外側)

▼

rAy II /4+bc



こころ (脳) の治療

視床、脳幹、情動のレベルは？

視床、脳幹、情動のレベルは？

すべてbcで共通

解剖学的位置で考える

視床、脳幹、情動のレベルは？

↑

すべてbcで共通

↓

肩こり、仙骨腸骨部痛、後頭部痛
前胸部痛、のレベルは？

心

↑

bcで共通

↓

体

またまた

「もともとそう」は変化

遠絡療法で学んだ通り治療を行う

→痛みがとれる現象を見る

→遠絡療法の理論は正しい

→技法で体の治療をすれば、心の治療も可能

語法は心法、能法があつての語法の様に理解しています。
能法、心法はエネルギー、語法は見える形だけです。
そして、慢性疾患はほとんどbc領域、下位脳の治療が必須、だから、
能法、心法、語法は使えます。
柯先生が、しばしば鶏と卵の関係で例えていました。
気分良く、楽しい時間があつたら、bcの血流が改善される、それも
治療と思います。疼痛を意識するではなく、痛くない瞬間を意識してあげる
事が治療時間を短縮する。これも、bcの治療。
ライフフローの改善は運動、姿勢、また、気分転換にも役立ちます。
**私自身の理解では、語法は能法や心法の支えがないと成り立たない様に思
いますので、心法や能法の下に位置されていたように思いますが、振り返っ
てみると、そうではないような気もいたします。もし、違う意見があれば、
とても教えて頂きたいです。よろしくお願ひ申し上げます。**

竹田淑恵拜

からだからここへ
遠絡療法による線維筋痛症への治療実践

- ①苦痛とは？
- ②遠絡療法とは？
- ③遠絡療法によるからだ
ところ（脳）へのアプローチ
- ④線維筋痛症への治療実践



通常の痛み刺激は？

↓

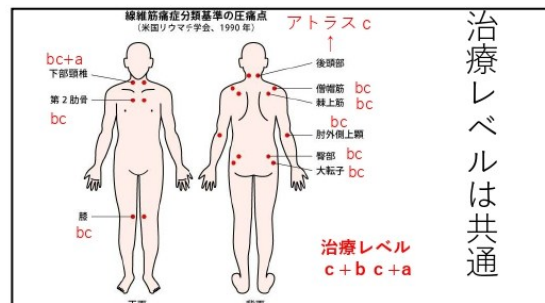
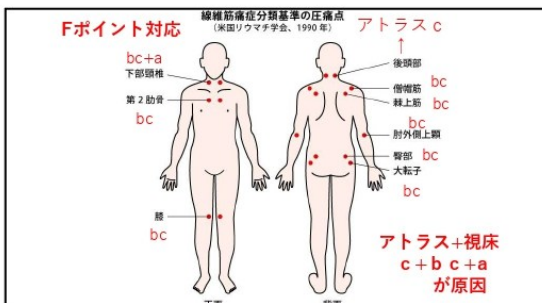
視床がコントロール

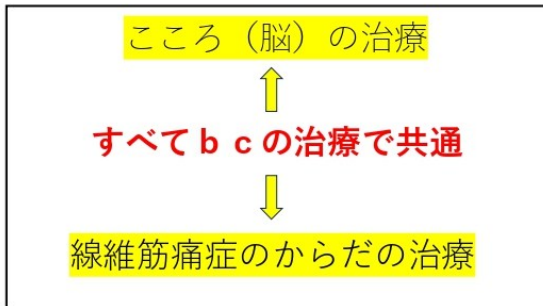
痛みの伝達の3次ニューロン

不安、苦しみ、悩みの記憶と情動？

↓

視床、視床下部、扁桃体、海馬





症例 20代女性（学生）

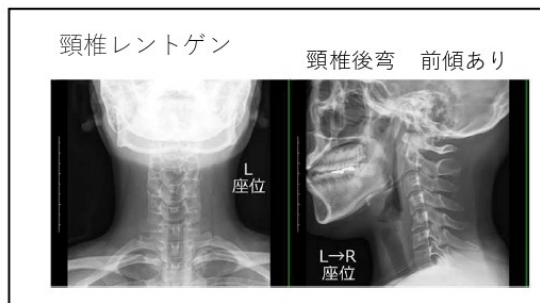
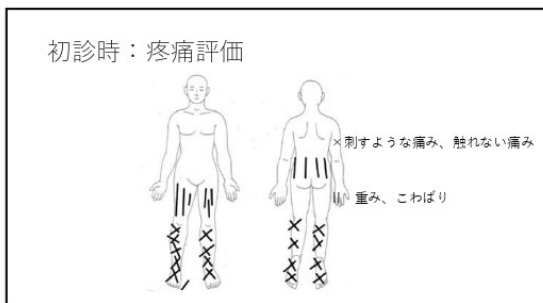
主訴：下肢痛 歩行障害（車いす移動）
現病歴：新型コロナウイルスの5回目の予防接種後の夜から両下肢の痛みと痺れが出現。
足の末梢から出現し、徐々に下肢の近位側から腰まで範囲が拡大した。
神経内科を受診し、筋電図検査で異常なし。原因不明。
発症から2週間後に、車いすで当院ペインクリニック内科初診。

既往歴

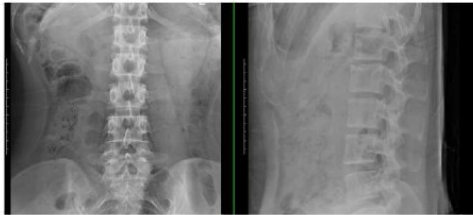
中学から、起立調節障害、過呼吸発作、慢性頭痛があり、学校を休むことがしばしばあった。
また対人恐怖症（特に男性）もあった。
大学に進学し、バイト、車の運転も可能であった。
主訴出現の5か月前、熱発をきっかけに全身倦怠感が出現し、学校を休みがちになった。
貧血治療を行いながら過ごしていた。
血液検査 軽度の貧血のみ
（亜鉛、フェリチンが軽度低下で、隠れ貧血）。

初診時所見

疼痛は移動性で、左右ともにあり。
膝から下は痛覚過敏で触ると痛みが生じて苦痛表情となる。
関節拘縮、筋萎縮、皮膚の色調不良は無かった。
痛みのため下肢の自動運動は、ほぼ不能で、立位も不能。
着地荷重は一瞬のみで、上肢の力でベッド移動。
頸椎可動域正常。
上肢運動に異常なく、手の痺れも無かった。



腰椎レントゲン L1/2椎間板変性と狭小



診断：脊髄性神経線維破壊症候群

当院治療方針

医師：漢方薬を処方し、アミトリプチリン、ノイロトロピンを追加する。

神経回復には1年程度かかることを説明。

生活指導、運動指導、深呼吸指導、姿勢指導を行う。

少しずつ、医師、患者の信頼関係構築に努める。

初診から1か月経過したところで、休学し入院治療を始める。

2か月後の入院治療後、外来通院で経過観察中。

鍼灸師：入院中は連日、退院後、週2回で遠隔統合療法継続

理学療法士：入院中連日、退院後、週2回でリハビリ（別室）を継続。

治療経過

初診から1年で、短距離なら伝い歩き可能。
 通院は運転で可能。
 松葉杖で院内歩行、近場での買い物など可能。
 足は他人から触られてもおおむね大丈夫になる。
 頭痛はときどきあるものの、過呼吸、パニック発作は
 消失し、半年以上出現していない。
 1年間休学し、復学す。

もし当院を受診せず1年経過していたら？



原因不明の線維筋痛症と診断され
 ていたかもしれません

これも「もともとそう」

正常頸椎レントゲン 頸椎後弯 前傾あり



これも「もともとそう」

腰椎MRI L1/2椎間板狭小 変性



これも「もともとそう」
診断：脊髄性神経線維破壊症候群

当院治療方針
 医師：漢方薬を処方し、アミトリプチリン、ノイロトロピンを追加する。
神経回復には1年程度かかることを説明。歩けない未来は見えないと断言
麻痺でなければ改善するというスタイルで取り組む
 生活指導、運動指導、深呼吸指導、姿勢指導を行う。
 少しづつ、医師、患者の信頼関係構築に努める。
1年後を覚悟して結果を急がない。破壊された神経の回復は3年かかる
 初診から1か月経過したところで、休学し入院治療を始める。
 2か月強の入院治療後、外来通院で経過観察中。

技法：線維筋痛症のからだの治療

↓

こころ（脳）の治療

そもそも医療は、患者様のため＝利他

↓

利他：先生のために頑張ろう

2. 語法の原理

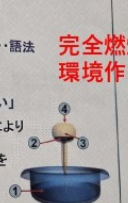
②の水をなくす方法は2つある。

II. ③の空気を増やす方法の考え方…語法

① → 「③の空気を増やさなければ
 ②の水を無くすことは出来ない」
 「④で押さないと②の水は出せない」
 と云う2つの言葉をまず話すことにより

2. 「桃の樹」と「桃の花」の間の障害を
 取り除くことが出来る

**完全燃焼しやすい
環境作りとは？**



エネルギーのコントロールに必須

不随意：通常の呼吸

↑

呼吸・胸郭の運動

↓

随意：深呼吸・溜息

語法は心法、能法があつての語法の様に理解しています。
 能法、心法はエネルギー、語法は見える形だけです。
 そして、慢性疾患はほとんどbc領域、**下位脳の治療が必須**、だから、
 能法、心法、語法は使えます。
 柯先生が、しばしば鶏と卵の関係で例えていました。
 気分良く、楽しい時間があつたら、bcの血流が改善される、それも
 治療と思ひます。疼痛を意識するではなく、痛くない瞬間を意識してあげる
 事が治療時間を短縮する。これも、bcの治療。
 ライフフローの改善は運動、姿勢、また、気分転換にも役立ちます。
私自身の理解では、語法は能法や心法の支えがないと成り立たないと思ひ
ますので、心法や能法の下に位置されていたように思ひますが、振り返っ
てみると、そうではないような気もいたします。もし、違う意見があれば、
とても教えて頂きたいです。よろしくお願ひ申し上げます。

竹田淑恵拝

創始者の教え

語法「もともとそう」で悩みは消える

心法「利他」で苦しみは消える

能法「完全燃焼」でエネルギーを増やす

本日のテーマ

遠絡療法には技法、語法、心法、能法がある。

本日は『語法』について、

新解釈として紹介しました。

ご清聴ありがとうございました



10月にまた会いましょう

症例報告

特別口演

頸性めまい（バレー・リュウ症候群を含めて）と遠絡統合療法 ～古くて新しいが見逃されやすい自律神経失調症に対する治療の有用性～

谷本功 重工大須病院 総合健診センター

柳井谷深志 児玉整形外科クリニック

背景

バレー・リュウ症候群は、上位頸椎の異常により頸部交感神経が刺激され、多彩な自律神経症状やめまいを呈する病態である。画像検査で明らかな異常を認めないことが多く、原因不明のめまいとして扱われやすい。一方、現代社会では長時間のデスクワークや VDT 作業により、頸部由来の症状が増加しており、頸性めまいとの鑑別・治療が重要となっている。

目的

頸性めまいおよびバレー・リュウ症候群の病態と鑑別診断の要点を整理し、遠絡統合療法の治療的意義について検討する。

方法

頸性めまい・バレー・リュウ症候群の概念、病態生理、鑑別疾患（PPPD、VDT 症候群など）を整理した。さらに、耳鼻科的疾患および中枢性疾患が否定された回転性めまい症例に対し、理学所見、画像所見を踏まえて遠絡統合療法を併用した治療経過を検討した。

症例

症例は 55 歳男性。反復する回転性めまいを主訴とし、耳鼻科診察および頭部 MRI では異常を認めなかった。頸部可動域制限、後頭下筋群や翳風・完骨・風池などの圧痛、頸椎配列異常を認め、バレー・リュウ症候群と診断した。筋弛緩薬、物理療法に加え遠絡統合療法を併用したところ、めまいおよび随伴症状は改善した。

考察

頸性めまいおよびバレー・リュウ症候群は、頸部交感神経刺激や固有感覚異常を介して発症し、画像検査のみでは診断困難な場合が多い。遠絡医学的視点からは、Atlas (C1) を中心とした神経・脳幹レベルへの影響として解釈可能であり、全身的な調整を行う遠絡統合療法は理にかなった治療手段と考えられる。

結語

耳鼻科的疾患や中枢性疾患が否定された慢性・反復性めまいにおいて、頸性めまいおよびバレー・リュウ症候群を常に念頭に置く必要がある。遠絡統合療法は、保存的治療の一環として有用であり、生活指導を含めた包括的アプローチが重要である。

頸肩から指先までの痛み、上肢の痺れ、脱力の一症例

(12 ラインの接続と補強が有効と感じられた症例)

小泉医院遠絡医療センター

堂下佐知子

はじめに

頸髄を主とする S.C.からの神経障害により上肢の痛み、痺れ、感覚障害、握力低下などの症状があった症例に、督脈治療後に 12 ラインのアトラスと頸椎レベルを全て接続し補強を行ったところ症状の緩和に有効だったので報告する。

症例

M.Y 59 歳 女性 千葉県館山市

【主訴】

- #1 左肩～上肢～指の痺れ・痛み・感覚異常
- #2 右手の握力低下・脱力
- #3 腰背部痛
- #4 両下肢痛（右臀部～下肢の外側の痛み・痺れ＞左下肢の痛み・痺れ、足の攣り（前脛骨筋、下腿三頭筋、足裏）両足の冷え

【現病歴】

58 歳 2023 年 12 月 車で塀に衝突⇒首と腰に衝撃あり。救急搬送、レントゲン検査上は異常無し⇒まもなく右手の力が抜ける症状（書字中に急にペンが保持できない、把持していた物を突然落とす、雑巾がけができない）

2024 年 4 月～左肩甲骨～第 1～4 指の指先の痛み、痺れ、左手の温度覚鈍麻（熱い鍋や湯の温度がわからず火傷）上肢全体がカバーをかけられているような違和感など発症

【当院経過】

2024 年 10 月 7 日 当院受診 初診 小泉医師担当

- 処方：① To/2d+c+a+ T3/4~T9/10+L2/3~S2/3
 ② rAxIII、lAyII、lAyIII、lAxII、lAyIII、lAxII
 bc+c+a+d の接続、相補、補強
 ③ rIAIII//6/3!

初回治療後の反応

左頸部 NRS 8→4
 腰痛 9→2~3
 左上肢 9→4
 右膝 10→4

その後、治療師が担当。週 1 回程度で継続。上記の処方式の実施だけではその後の治療後の変化が乏しく職業（商店勤務）で体に負担がかかるとしばしば右側の坐骨神経痛の悪化、左頸痛・上肢の痺れ・痛みの悪化が著名だった為、徐々に処方内容を追加。順方向の痺れ処置など様々試した後、最終的に下記のように右側は AyIII と F-p に 4+b を追加。左側は 12 ラインの bc+c+a+d の接続、補強を実施したところ治療後の変化や脱力感、温度覚障害、痛みの改善の手応えが大きかった。会場では実際の治療手順などを紹介する。

- ① To/2d+c+a+ T3/4~T9/10+L2/3~S2/3
 ② rAxIII/bc+c+a+d+4+b/ bc+c+a+d+4+b
 rAyIII/bc+c+a+d+4+b/ bc+c+a+d+4+b
 lAxIII AyIII AxII AyII AxI AyI
 TyII TxII TyIII TxIII TyI TxI
 /bc+c+a+d/bc+c+a+d
 ③ rIAIII AII //6/3! lTIII//6/2~3!

症例報告

子宮頸ガンワクチン後の左上肢 CRPS

(1 年間継続治療した経過)

モキチにかほ整骨院

加藤剛

症例

16 歳 女性

【主訴】

左上腕～指先まで陰経・陽経の触れない痛み

【経過】

6/10 シルガード9を接種

6/16 CRPS と診断される

7/22 遠絡療法を開始

8/5(3 回目) 少し夜眠れる様になってきた

9/9(8 回目) 肘より上は減少傾向

9/18(9 回目) 夜寝られる

9/30(10 回目) 前腕部やや軽減

11/11(14 回目) 左指先示指～小指陰経のシビレ

3/16(24 回目) 全体的に調子は良い (治療8カ月)

5/11(28 回目) だいぶ調子は良く、体育でバスケット

10/26(36 回目) 特に痛みは無し 調子も良い

まとめ

CRPS に対して遠絡療法は効果があり、今回も自信を持って施術を行いました。

処方も柯先生の万能式を正確に、触れない左上肢には棒の代わりにレーザーを使用しました。

末期原発性胆汁性胆管炎に対する遠絡統合療法の効果

田中クリニック

田中裕

症例

63 歳 女性

主訴：両下肢の浮腫と食後の腹満感

現病歴：

令和 4 年 12 月、不正性器出血のため地元の大学病院産婦人科を受診した。ここで、Stage II b の子宮頸がんと診断された。ただ、理由あって他の基幹病院に転院した。その病院で化学療法と放射線療法を受けたが、化学療法初日 Shock 状態となり集中治療室で治療を受けた。この時、併診していた内科の医師より肝障害があるため化学療法中止の申し出があり中止となった。放射線療法は予定通り実施された。終了後一時退院となった。内科での診断は、原発性胆汁性胆管炎でウルソが処方されたが、患者は、入院が嫌でこの病院への受診をやめた。その後約 2 年間医療機関には受診していない。市販の漢方薬、サプリメント服用とカイロプラクティック通院をしていた。

令和 7 年 11 月、両下肢の浮腫と食後の腹満感が出現したことに加え、子宮頸がん、肝臓病への不安もあり知人に相談したところ田中クリニックを勧めてくれたため、12 月 11 日受診した。初診時、患者の希望もあり腹部超音波検査を実施した。大量の腹水はあるが、肝臓ほか観察できる範囲にガンはないと伝えた。ただ、眼球結膜の黄染もあるため、肝臓外来のある別の基幹病院を紹介受診させた。そこでは、検血、CT 検査と腹水の排液が実施された。入院を勧められたが患者は拒否した。治療薬は、ウルソと利尿剤が処方された。その後、当クリニック再診時、服薬を厳守するよう指示した。患者は、ここの医師からも、「この肝臓病は治らない」と言われたと報告した。これを聞いて私は言った。「自己免疫疾患に対して私は治療実績がある。遠絡統合療法は肝血流を増加させる事が出来る。肝臓の再生力は桁違いだ。治る！私は、本気で言っている」。12 月 11 日より開始した遠絡統合療法を継続した。今年 1 月再診時、黄疸と浮腫は改善し、初診時にはあった末期肝硬変患者特有の口臭も改善していた。また、検査結果も改善傾向を示していた。現在、治癒目的で治療継続中だが、その経過を報告したい。