

May-Jun Special

セラピストの 手の使い方

治療技術の向上のために



先月、急遽発売日を1カ月送らせ、5月を休刊月とさせていただきます。これから年内休刊月はありません。さて、かねてより、セラピストの手の動きの精妙さを知るにつれ、「セラピストの手の使い方」はこの本質を内包した重要な要素だろうと考えてきた。なぜそう持つか、なぜこう持たないか。きちんと説明がつく。初心者や技術習得が十分でない、そのへんが曖昧になりやすい。一度特集をと考えていた。そこで今回は、関東労災病院の勝木秀治先生、コンディショニング・ラボの理学療法士、園部俊晴先生、関西医療大学の鈴木俊明先生に、それぞれが重要視している「手の使い方」のポイント、その意味と実際に語っていただいた。

- 1 肩関節疾患を診るうえでのセラピストの手の使い方 勝木秀治 P.2
- 2 体幹、下肢のスポーツ障害への運動療法で大事なセラピストの手の使い方 園部俊晴 P.11
- 3 臨床動作促通法の紹介 鈴木俊明 P.17
——正しい動作に誘導するために



図3 他動運動時のハンドリングの基本位置
他動運動時には、患者姿勢は背臥位で、セラピストの右手は肩甲骨および肩甲上腕関節を把持し、左手は上腕骨を把持します。



図4 右手のハンドリング
右手の母指は烏口突起、示指は肩鎖関節と棘上筋（棘上窩）、中指は肩甲棘、環指・小指は棘下筋（棘下窩）上に置き、肩甲上腕関節を包むように把持します。

肩関節の他動的評価の ハンドリングの基本

ここでは左肩関節を他動的に評価する場合のハンドリングの基本について説明していきます。患側が右肩関節の場合には左右反対となります。患者の姿勢は背臥位とし、セラピストの右手は肩甲骨および肩甲上腕関節を把持し、左手は上腕骨を把持します（図3）。

まず右手のハンドリングについて説明します。右手では患者の左肩甲上腕関節を把持します。このとき、右手の母指は烏口突起、示指は肩鎖関節と棘上筋（棘上窩）、中指は肩甲棘、環指・小指は棘下筋（棘下窩）上に置きます（図4）。このように把持することで、上腕骨頭の前方偏位は母指で、後方偏位は環指・小指で感じることができます。また肩甲骨の前傾・後傾偏位は烏口突起上に置いた母指で、上方回旋・下方回旋は肩甲棘上に置いた中指で感じることができます。つまり、これらのランドマークを触診することで、肩甲上腕関節と肩甲骨の両方の動きの特徴を捉えることができるのです。

次に左手のハンドリングについて説明します。左手では患者の左上肢を把持して関節運動を誘導します。このとき、注意するポイントは2つあります。1つ目のポイントは上肢の質量中心を意識して把持することです。その理由は、質量中心より遠位を把持すると上腕骨頭に下方への回転力が生

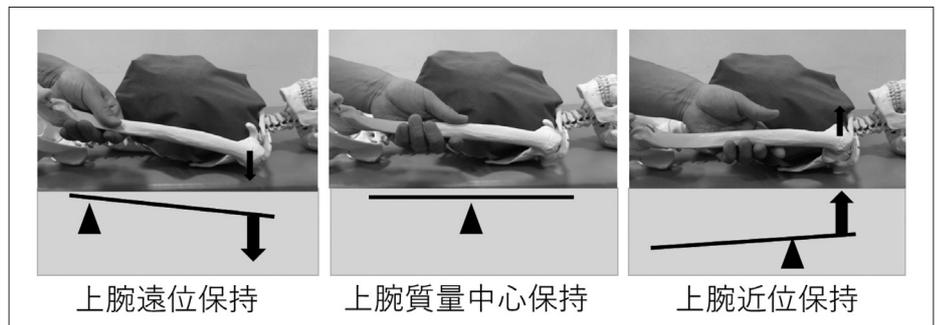


図5 左手のハンドリング①（上腕の把握位置）
ハンドリングの基本では、上腕を把持する場合には上腕の質量中心位置を把持することが大切です。質量中心より遠位を把持すると上腕骨頭に下方への回転力が生じ、近位を把持すると上腕骨頭に上方への回転力が生じてしまいます。

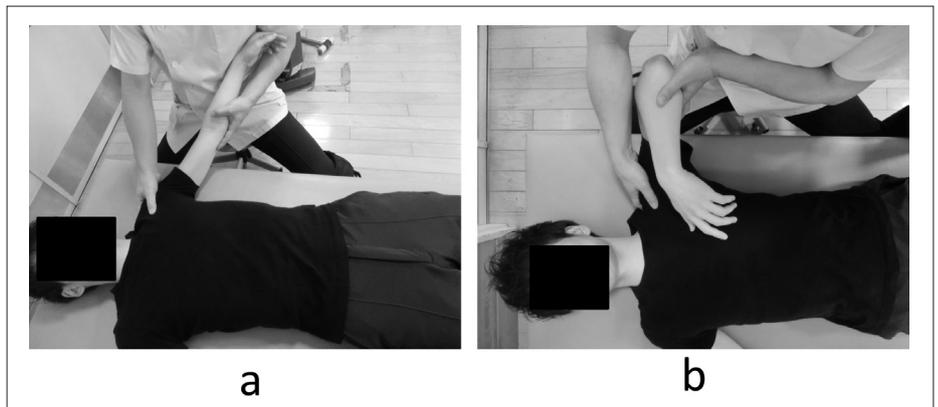


図6 左手のハンドリング②（肘関節肢位の影響）
外転運動時、肘関節を伸展位で関節運動を誘導すると上肢がセラピストの体幹にあたりスムーズな関節誘導が行えません(a)。肘関節屈曲位で誘導することで、スムーズで正確な肩関節運動の誘導を行うことができます(b)。

じ、近位を把持すると上腕骨頭に上方への回転力が生じるためです（図5）。正常肩であれば、肩甲上腕関節は関節包により陰圧で保たれているため、把持する場所が多少ずれても問題となることはありません。しかし、障害肩では影響は少なくありません。

たとえば、骨頭の前方偏位を起こしやすい病態がある肩関節では、上腕の近位を把持しただけで骨頭が前方偏位し疼痛を引き起こす場合もあります。言い換えると、上腕の把持する場所を変化させることで、その肩関節の動きの特徴が評価できるということです。

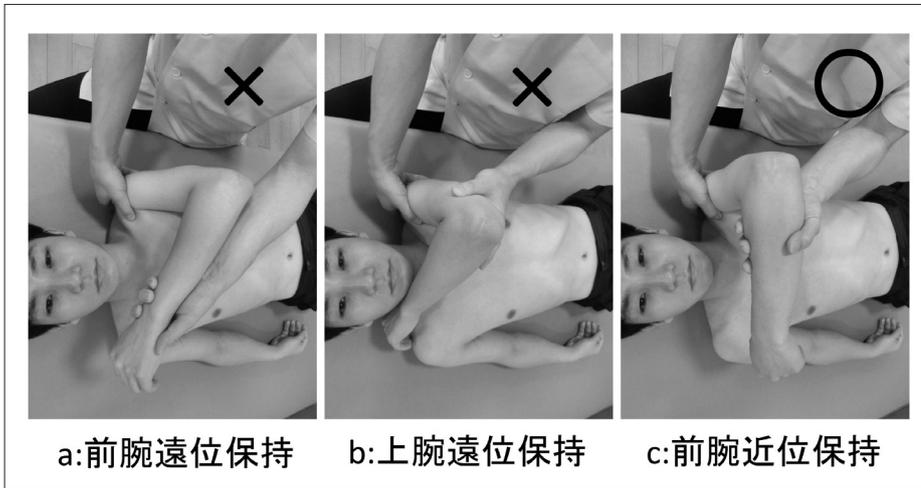


図7 左手のハンドリング③ (2 関節コントロール)
 前腕遠位保持では、肩関節の動きを正確にコントロールできません(a)。上腕遠位保持では、肘関節の動きをコントロールできません(b)。前腕近位保持では、肘関節と肩関節の2 関節の動きをコントロールできます(c)。

2つ目のポイントは、肩関節を正確に誘導するために肘関節と肩関節の2 関節の動きをコントロールすることです。図6は他動的な外転運動の誘導の様子です。肘関節伸展位で誘導しようとするセラピストの体が邪魔になってしまい、肩関節運動を正確に誘導することができません(図6a)。セラピストの体への接触を回避するためには、患者との距離をとる必要もあるため、上腕骨および肩甲骨を正確に把持することもできなくなります。正確に外転運動を誘導するためには、肘関節を屈曲位に保持することで肩関節運動を正確に誘導することができます(図6b)。

また、図7は他動的な90度屈曲位での内旋運動の誘導の様子です。たとえば、前腕遠位保持では、肘関節の動きはコントロールできても、肩関節90度を維持しながら正確に肩関節の動きを誘導することが難しくなります(図7a)。そのため、患者は努力性にその肢位を保持しようとしてしまいます。また上腕遠位保持では、肘関節の動きをコントロールすることができないため、正確に肩関節運動を誘導することが難しくなります(図7b)。肘関節と肩関節の2 関節の動きをコントロールするためには、前腕近位を保持します(図7c)。この部分を保持することで、肘関節は90度で固定しながら、正確に肩関節運動を誘導す

ことができます。

次に、肩甲骨面上での挙上運動を他動的に誘導する方法について確認します。まず、前述のハンドリングの基本位置を保持し、患者の上肢を肩甲骨面挙上45度に誘導します。この肢位では、全関節包の緊張が均一となると考えられています(図8)²⁾³⁾⁴⁾。このため、適正なハンドリングでも上腕骨頭の偏位が感じられた場合には、肩甲骨上腕関節の硬さや緩み、または筋機能障害があると推察できます。続いて、肩甲

骨面上での挙上運動を他動的に100度程度まで誘導します(図9)。この評価では肩関節の他動運動に伴う上腕骨頭の偏位だけでなく、肩甲骨の他動的な動きも評価することができます。そのためには、肩甲骨上に置いた右手はハンドリングの基本位置から動かさず、さらに肩甲骨の動きを阻害しないことが大切です。また、先述したように上肢を誘導する際には、肘関節を屈曲位にすることで、肩関節と肘関節の動きをコントロールしやすくなります。肩甲骨面挙上に伴って肩甲骨の動きが少なければ、肩甲骨上腕関節の可動性が大きいことがわかります(図10)。このような動きの特徴は、Loose shoulderなどの症例に多く見受けられます(図11)。一方、肩甲骨面挙上に伴って、上腕骨頭上方偏位と同時に肩甲骨の挙上運動が確認できた場合には、肩甲骨上腕関節の可動域制限とそれに伴う肩甲骨

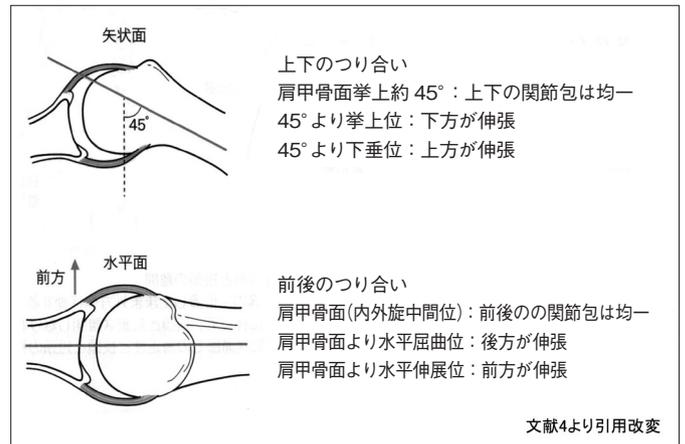


図8 関節包のつり合い

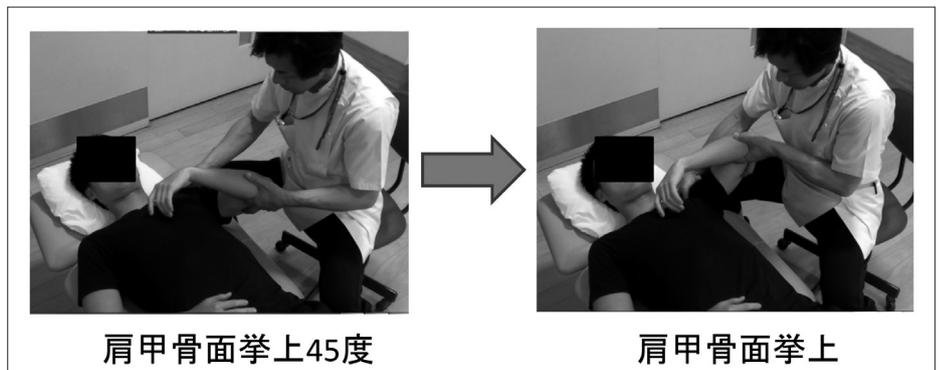


図9 肩甲骨面上での他動的挙上運動
 右手で肩甲骨上腕関節を把持しながら、肩甲骨面上の挙上方向へ他動的に誘導するためには肘関節を屈曲位で保持することで誘導が正確に行えます。

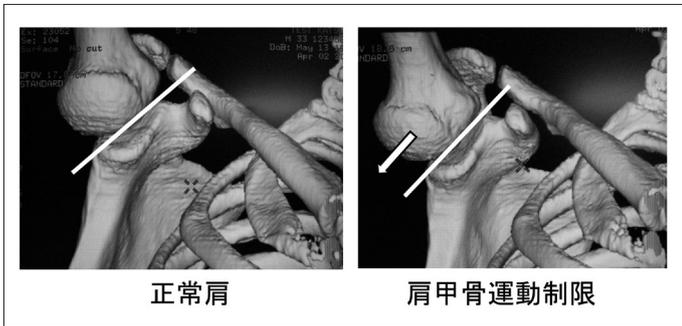


図 10 肩甲骨の運動制限が肩甲上腕関節に与える影響
肩甲骨の運動制限が生じると、上腕骨頭がスリッピングするなど肩甲上腕関節での可動性が増大します。

の代償動作と考えられます。このような動きの特徴は拘縮肩や腱板断裂の症例に多く見受けられます(図12)。また、この評価を臨床応用すると、肩甲骨をしっかりと固定することで、肩甲上腕関節のみの可動性の評価も行うことができます。

なお、判断基準となるのは健患差です。必ず、両方の肩関節の動きを確認することが大切です。次の項では、さまざまな運動方向における他動運動時のハンドリングの実際について説明します。

肩関節の他動的評価のハンドリングの実際

肩関節疾患の病態を評価する際、症状を有する肢位における肩甲上腕関節の適合を機能解剖学的な視点で捉える必要があります。しかし、実際に評価しようとする、体表からの触診や視診のみではその適合や位置関係は想像以上にイメージしにくいものです。そのため、臨床では、肩関節の病態を評価する際の基本となる肢位である下垂位、90度外転位、90度屈曲位で評価していきます(図13)。それには2つの理由があります。1つ目の理由は、これらの肢位での回旋の可動域制限から可動域制限の原因となる部位をおおよそ推察できるからです。2つ目の理由は、これらの肢位での疼痛や症状から関節内の損傷部位を予測することができるからです。

ここでは、臨床症状の出現しやすい①下垂位の内旋位、②90度外転位の内旋位、③90度外転位の外旋位、④90度屈曲位

の内旋位の4肢位を評価する際のハンドリングについて説明します。

①下垂位の内旋位(図14)

図15は右肩関節下垂位の内旋位の3D-CT画像です。この肢位では、中間位に比べて肩甲骨は前傾・外転位となります。また、肩甲骨関節窩は前方・下方・外方を向き、上腕骨頭関節面は後方・上方・内方を向くため、

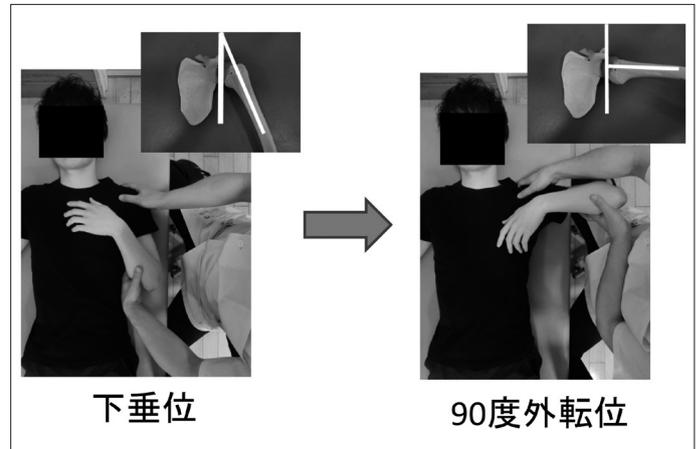


図 11 Loose shoulder の症例
Loose shoulder では、肩甲上腕関節の可動性が大きく、肩甲骨の動きが少ない特徴があります。他動運動では、烏口突起や肩甲棘がほとんど動かないことが、セラピストの右手で感じることができます。

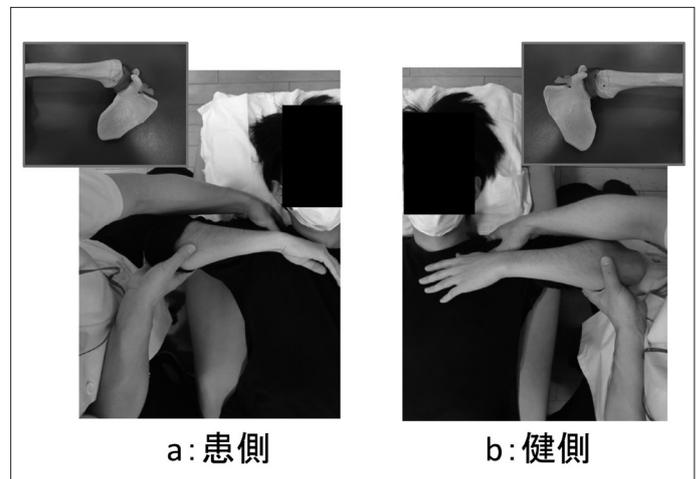


図 12 拘縮肩の症例(患側:右)
患側の右肩関節では、肩甲上腕関節の下方の拘縮による上腕骨頭上方偏位とそれに伴う代償性の肩甲骨の掌上運動をセラピストの左手で感じることができます(a)。

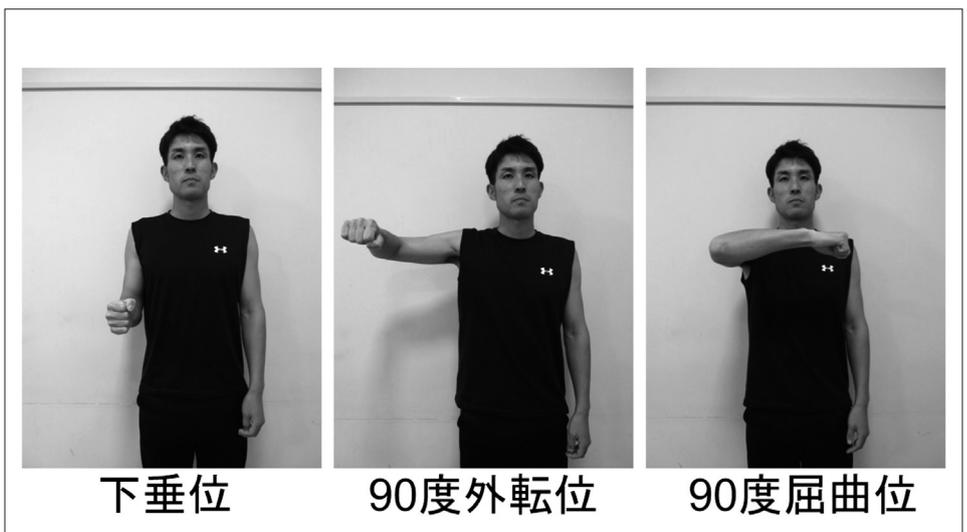


図 13 肩関節の3肢位

2

セラピストの手の使い方—治療技術の向上のために

体幹、下肢のスポーツ障害への運動療法で大事なセラピストの手の使い方

園部俊晴

コンディショニング・ラボ（インソールとからだコンディショニング専門院）
理学療法士
運動と医学の出版社代表取締役社長

関東労災病院に26年間勤務し、2017年4月にコンディショニング・ラボを開業された園部先生は、臨床家のための運動器研究会代表、身体運動学的アプローチ研究会代表理事、入谷式足底板インストラクター、実践リハビリ研究会学術顧問、文京学院大学保健医療科学研究科（大学院）・特別講師、昭和大学保健医療学部理学療法科（理学療法科4年）・講師など要職を兼ねておられる。ご自身のラボは、予約8カ月待ちとなるほど、依頼が殺到しているそうだ。今回は、お忙しいなか、その園部先生の「手の使い方」をお聞きするためラボにうかがった（本文参照）。

正しい評価を行うために

—園部先生が患者さんに触るときにいつも心がけていることは何でしょうか？

園部：あまりにも基本的なことかもしれませんが、まずは患者を触るとき、広い面で触ることを常に心がけています。図1のように、接触面積が狭いと患者はなんらかの警戒を示すと同時に、評価する部位周辺にもなんらかの力が入ってしまいます。こうしたことから常に広い面で触ってあげることが心がけています。そうすることで患者は安心しますし、治療者に身を委ねてくれます。患者が意識している、していないにかかわらず、「この人に身を委ねてもよい」とその患者の脳に認識させることは、触り方に限らず常に意識していることです。そういった意味では、言葉のかけ方も重要ですよ。

またもう一つ大切にしていることとして、患者に力が入っていると感じる時は絶対に評価しないようにしています。なぜならば相手がなんらかの力が入っている状態で評価しても何の意味もないからです。だから広い面で触り、安心させながら、力が抜けるまで待つて評価することを常に心がけています。そして少し待っても力が抜けないときはいろいろな工夫をします。

たとえば膝関節の評価をするとき、膝周囲筋に力が入っていることがあります。このとき、まず坐位から背臥位にしてあげます。それだけでも力が抜けることがあります。しかしそれでも力が抜けないときは、図2のようにそのまま広い面で触りながら軽く揺すってあげます。そうすることで力が抜けることは非常に多いんです。抜けているかどうか確認する方法として、手を離して（力を抜いて）確認しています。具体的には力が抜けたと感じたら、治療者の手の力を抜きます（図3）。そのとき患者の脱力ができているときは、重力に準じて落下する方向に動きます。この感覚を確認してから評価することが、より正確に評価する方法だと言えます。



園部俊晴（そのべ・としはる）先生

神奈川県横浜市出身。1991年4月関東労災病院リハビリテーション科勤務、同年理学療法士（国家資格）取得。同年より入谷誠の師事のもと足底板療法を学ぶ。以後、同病院26年間勤務。2006年6月 秩父宮スポーツ医科学賞奨励賞。2010年10月「臨床家のための運動器研究会」代表理事。2016年1月「身体運動学的アプローチ研究会（通称：入谷式研究会）」代表。2017年3月に26年間勤務した関東労災病院を退職。2017年4月「コンディショニング・ラボ（インソールとからだコンディショニング専門院）」を開業。同時に株式会社運動と医学の出版社 代表取締役 社長に就任。実践リハビリ研究会学術顧問。文京学院大学保健医療科学研究科（大学院）・特別講師。昭和大学保健医療学部理学療法科（理学療法科4年）・講師

—関節を誘導する際の「手の使い方」のコツについてはいかがですか？

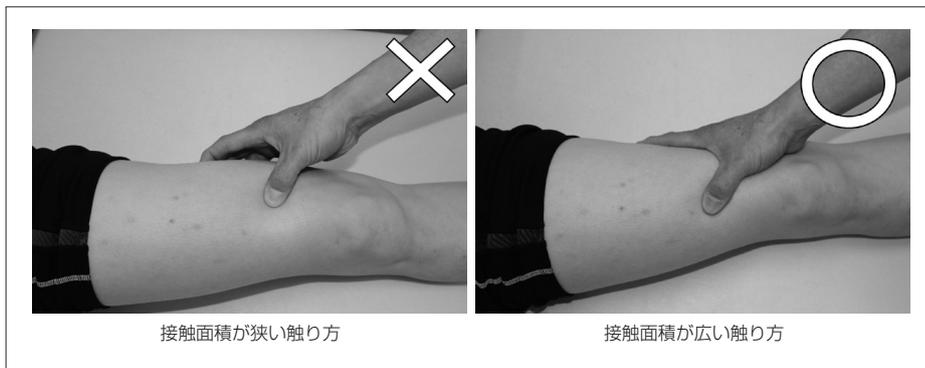


図1 患者を触れるときのポイント

接触面積が狭いと患者が警戒してしまい力が入る。力が入っている状態で評価してはならない。接触面積が広い面で触り、安心感、力が抜けることを確認することが重要である。



図2 力が入っているときに行う方法
力が抜けない際には、軽く揺することで力が抜けることが多い。

園部：私は身体各関節を徒手で誘導する際ののコツとして、骨を動かすイメージではなく、皮膚を動かすイメージで動かしています。これにはいくつか意味がありますが、一番大きいのは患者が脱力した状態でキープしながら誘導できるという利点があります。

たとえば図4のように、仙腸関節を動かす徒手誘導を行う際、腸骨と仙骨を動かすのではなく、その上の皮膚を動かすイメージで動かします。皮膚とその下の組織とは、ある程度のゆとりをもってつながっています。実際に皮膚を動かしてみると際限なく動くわけではなく、皮膚の動きが止まるまではある程度のゆとりはありますが、皮膚とその下の組織がつながっています。だから皮膚を動かすだけでその下にある骨やその他の組織も一緒に動くわけです。

この考え方になってから、徒手誘導を行うことがかなり楽に動かせるようになりました。私はこれまでたくさんの優れたセラピストを見てきましたが、徒手誘導の際に強いタッチではなくソフトなタッチで行っているということが共通点だと気づきました。つまり触り方として接触部位に強い圧力をかけていないのです。動かしているのはおそらく皮膚を主体として動かしているのではないかと私は感じています。

この考え方で触れるようになると、本当にいろいろな場面でこの概念が使えることがわかってきます。たとえば腰の伸展痛があるとき、L4の棘突起を押さえてL4・

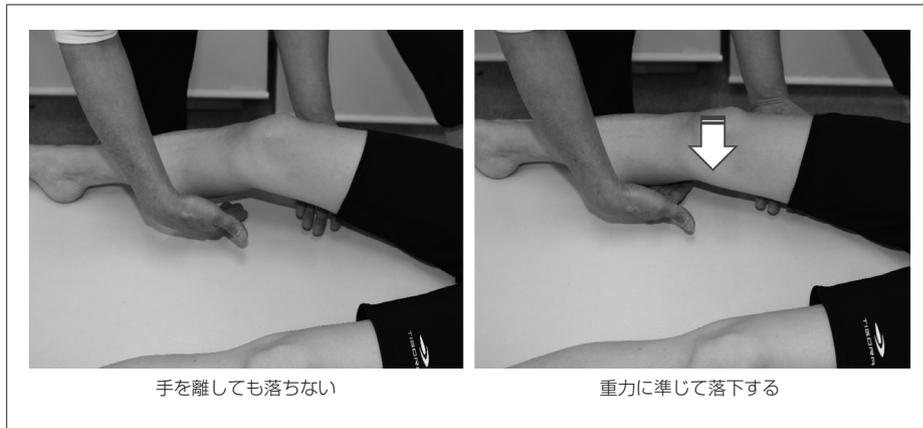


図3 力が抜けているときの確認方法
手を離しても落ちない際は力が入っていると判断する。力が抜けているときは、重力に準じて落下する。



図4 仙腸関節の徒手誘導
骨を動かすイメージではなく、皮膚を動かすイメージで仙腸関節を動かす操作を行うと患者も治療者も最小限の力で誘導することができる。

L5間の椎間関節の動きを制動したいときはよくあります¹⁾。この技術は腰痛を診るうえでとても大事なのですが、ほとんどのセラピストはうまくできません。なぜならば棘突起を直接接触すると、その圧力で患者が痛がるからです。しかし図5のように、L4の棘突起の下から皮膚を持ち上げ軽く押さえるとL4の動きを痛みなく制動することが可能です。

つまり身体各関節を徒手誘導する際のコツとして、骨を動かすイメージではなく、皮膚を動かすイメージで動かすことで、患者の脱力をキープしながら、そして誘導による痛みを最小限にして、誘導や制動をすることが可能になるという利点があります。

——軟部組織を誘導する際の「手の使い方」は、セラピストにとって、とても重要な技術かと思いますが、先生はどのように行っているのでしょうか？

園部：我々セラピストにとって、軟部組織を動かす技術はとても重要ですが、私は軟部組織を動かすとき、「皮膚」「筋膜」「筋間」「筋」「その他」という区分けをしています。これらの軟部組織の誘導を分けて捉えられるようになると、臨床は大きく変わります。このうち、この原稿では、「皮膚」「筋膜」「筋間」の誘導について、説明させていただきます。

まず「皮膚」を動かす誘導について説明します。

臨床を追求していくと、皮膚の滑走障害

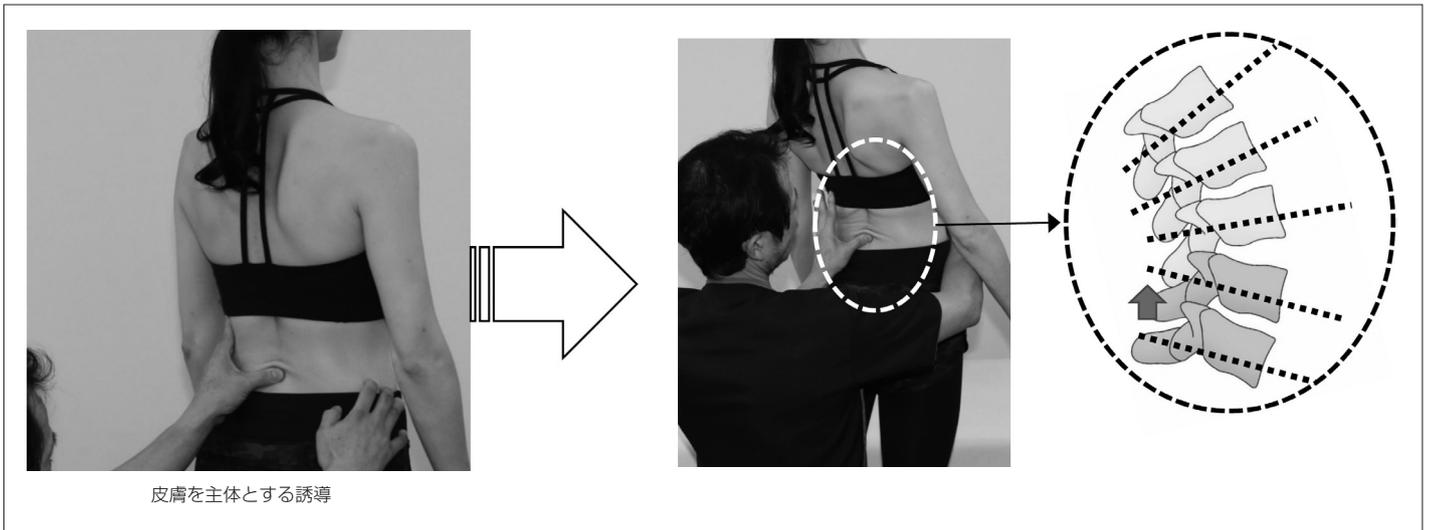


図5 骨の誘導と皮膚の誘導の違い

棘突起に圧力をかけると疼痛が生じることが多い。皮膚誘導で行うと疼痛が生じにくい。L4 棘突起の下方移動を疼痛なく徒手的に制動することが可能である。

や癒着はとて多いということに気づきます。よく経験するのは、術後や外傷後に生じる皮膚の滑走障害や癒着です。アキレス腱断裂や TKA では、術後の皮膚の癒着が

必発します (図6)。また外傷後でも、足関節捻挫の後に足背部の皮膚に滑走障害を起し、疼痛が根強く残っている症例もよく経験します。

このような場合、仮に深層の組織に滑走障害や癒着があっても、私は必ず皮膚からアプローチします。具体的な操作としては、図7のようにできるだけ広い面で皮膚に手を当て、そして硬い方向を探りながら皮膚を滑走させます。また筋肉の収縮を使うことによって、皮膚と筋の滑走を促すことも効果的で、この方法もよく使います。さらに癒着の強いときは、滑り止めのついたゴム手袋を使うこともあります。これによって、より表層だけを滑走させることができます。

次に「筋膜」を動かす誘導について説明します。

近年では筋膜が注目され、さまざまな方法で筋膜を動かす方法が紹介されています。私の場合、筋膜を誘導する際には図8のように皮膚の深層を引っ張り上げるよう



図6 皮膚と皮下組織との癒着の例

にして筋膜の滑走を促します。中国の徐賢氏をこの方法は「整膚」と呼んでいます²⁾。私はこの技術を整形外科医の宮田茂樹先生に教わり、私なりに操作方法を試行錯誤し臨床応用しています。

筋膜を動かす誘導はいろいろな場面で効果があり、腰痛でも筋・筋膜性腰痛の場合、腰背部の筋膜で明らかに硬いところ



図7 皮膚と皮下組織との滑走障害・癒着へのアプローチ方法

3

セラピストの手の使い方—治療技術の向上のために

臨床動作促通法の紹介 —正しい動作に誘導するために

鈴木俊明

関西医療大学大学院 保健医療学研究所

リハビリテーションの過程において患者自身の能力を引き出すためには、セラピストによる動作誘導が非常に大切である。たとえば歩行させることが困難な症例でも、指導者である理学療法士は特殊な治療技術を使わずとも歩かせることができるが、経験の浅いセラピストでは逆に患者の自立した動作獲得を妨げることに繋がってしまうことがあるという。経験の浅い理学療法士と指導者である理学療法士の違いはどこにあるのか？ 今回、鈴木先生がセラピストの身体の効果的な使い方を検討し構築された「臨床動作促通法」(Clinical Motion Facilitation Method : CMFM) のなかでも歩行動作にしばって説明していただいた。

はじめに

我々セラピストは、リハビリテーション、とくに運動療法をする際に評価から導きだせる問題点について解決するのだが、このとき「患者をどのように動かすか」、「患者をどのように誘導するか」という動作誘導が非常に大切である。セラピストが患者の身体をしっかりと支えて介助してしまうと、患者はセラピストの手に頼ってくる状況になる。セラピストの手に頼ってくるということは、セラピストの介助が、患者の自立した動作獲得を妨げてしまっているということになる。「患者を正しい動作に誘導すること」が効果的な運動療法に直結する重要性をもつ、ということに常に意識する必要がある。

「正しい動作に誘導する」ために、何が

必要かを考えてみる。

たとえば、経験の浅い理学療法士では正しい誘導法で歩行させることが困難な症例でも、指導者である理学療法士は特殊な治療技術を使わずとも簡単に歩かせることができる、という場合が多々ある。なぜ、指導者は患者を上手く歩かせることができたのか。その理由は、患者を抱えて動かすのではなく、患者自身の能力を引き出しながら、適切な方法で動作を誘導することができたからである。このような経験から、指導者が行う介助の方法と経験の浅い理学療法士の介助の方法とを比較してみると、セラピストの身体（とくに手）の使い方が大変重要であるということがわかった。そこで、私はセラピストの身体の効果的な使い方を検討し、一つの方法を確立した。そしてその方法を、臨床動作促通法 (Clinical Motion Facilitation Method : CMFM) と名づけた。

本稿では、さまざまな臨床動作促通法のなかから、歩行動作に関連する臨床動作促通法を紹介する。具体的には、立位での前方移動と側方移動における臨床動作促通法、歩行動作における臨床動作促通法である。本稿を通して、セラピストの手の使い方を考えていきたい。

立位での前方移動と側方移動における臨床動作促通法

歩行動作の誘導では、立位から一側下肢への体重移動を行わせることで、対側下肢を振り出すことができる。ここでは、歩行動作を正しく誘導する前段階として、立位での前方移動で用いる臨床動作促通法、立位での側方移動で用いる臨床動作促通法を紹介する。



鈴木俊明（すずき・としあき）先生

1962年7月14日生れ。1986年京都大学医療技術短期大学部 理学療法学科 卒業、1988年京都大学医療技術短期大学部 理学療法学科 助手、1994年関西鍼灸短期大学 神経病研究センター 講師、2001年より関西鍼灸短期大学神経病研究センター 助教授、2002年藤田保健衛生大学（現 藤田医科大学）より博士授与、2003年関西鍼灸大学 神経病研究センター 助教授、2007年関西医療大学保健医療学部理学療法学科 教授、2011年関西医療大学大学院保健医療学研究所 教授
現在、関西医療大学 教務部長、保健医療学部 理学療法学科 学科長、大学院 研究副科長
関西理学療法学会会長、雑誌「関西理学療法」編集委員、2013年12月3日より（社）日本理学療法士協会 日本基礎理学療法学会 運営幹事
専門領域は臨床生理学（筋電図）、神経疾患の理学療法、鍼灸医学。

(1) 立位での前方移動で用いる臨床動作促通法

立位から前方に移動させる場合には、患者の後方からセラピストが誘導する方法と患者の前方からセラピストが誘導する方法がある。

立位での前方移動の誘導を目的として患者の後方からセラピストが誘導する場合には、患者の両側の肩前面をセラピストの手掌から指腹全体で軽く触れ、触れた手の圧を徐々に減らしていく（図1）。図1に立位での前方移動の誘導法と、その際における手の圧の変化を示す。圧の変化は、株式会社テック技販製 HapLog センサーを用

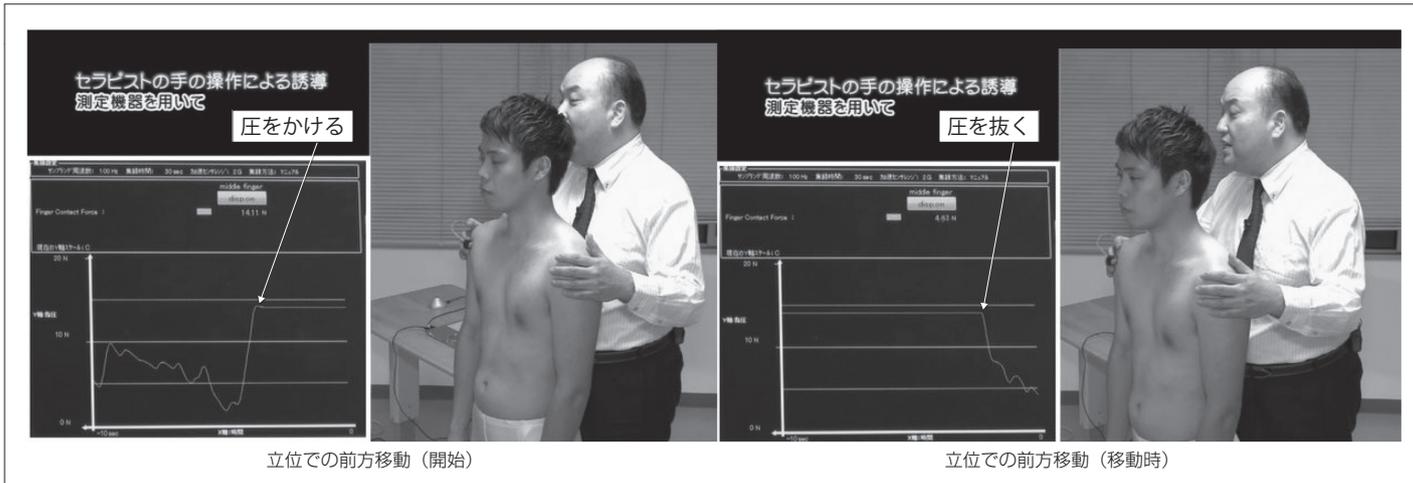


図1 立位での前方移動における臨床動作促通法と手の圧の変化（後方からの誘導）

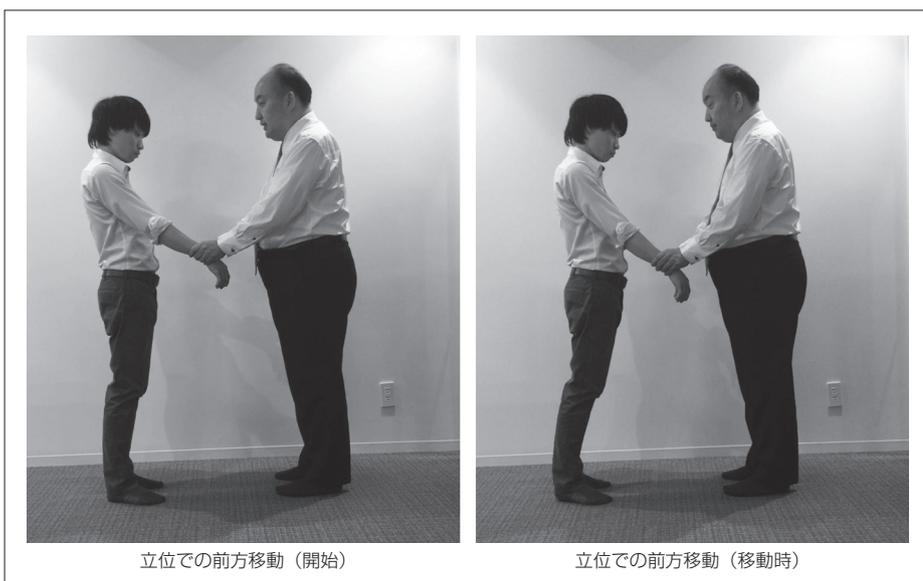


図2 立位での前方移動における臨床動作促通法（前方からの誘導）

いて検討した。手の圧が少なくなることで、患者の身体はセラピストの手の方向に自然に移動する。これが臨床動作促通法の大切な原則である。この操作で難しいのは、セラピストの手の圧を漸減させてもセラピストの手は患者の身体に接触している状態を保つことである。もし、セラピストの手が患者の身体から離れれば、患者の移動はその時点で終了する。要するに、動かしたい位置まで、セラピストは患者の身体に触れた状態で手の圧を少しずつ軽減させる必要がある。

患者の前方からセラピストが誘導する場合には、患者に向き合うように立位をして、患者の両側前腕背側を手掌から指腹全体で軽く触れ、触れた手の圧を徐々に軽減させる（図2）。セラピストの操作の注意点は

前述したとおりである。ただし、この場合、セラピストの手の操作が難しいのは、患者の両上肢を空間で保持しながら誘導するため、後方から肩を保持して誘導するよりも、左右均等に前方移動させるのに微妙なコントロールを要する点である。

(2) 立位での側方移動で用いる臨床動作促通法

立位での側方への移動の場合は、治療者はまず、患者の後方に立って両手で患者の両肩に側方から軽く触れる。そこから誘導したいほうの肩に触れた手の圧を側方へ抜いていく。これを一側ずつ実施すると、それぞれ左右に誘導できる（図3、4）。このとき、誘導したほうの体幹が伸張され伸び上がってくるとよい。もし、触れている手

の小指側の圧が強いと、患者を側方の下から支えてしまうことになり、患者はその手に頼ってしまい、体幹は伸びてなくなるので注意を要する。

歩行動作における臨床動作促通法

セラピストが患者の後方から誘導する場合と、前方から誘導する場合の2つの方法について説明する。

(1) セラピストが患者の後方から誘導する場合

セラピストが患者の後方に位置する場合は、両肩から操作する方法となる。一方の下肢を前に出したステップ肢位から始めて、ステップ動作時における肩からの操作を交互に両側で行う（図5）。すなわち、ステップ動作の連続が歩行の後方からの誘導であり、介助になる。

ステップ動作の場合は、肩への圧は一側だけでよかったが、歩行の場合は両側から誘導しなければならない。そのため、誘導したいほうとは反対の手にも、非常にデリケートな操作が必要となる。肩に加える圧は必ず軽く、基本は両側均等にしておき、誘導する側の手は肩に触れたまま圧を微調整できるようにすることが大切である。もし、誘導したいほうとは反対の手で、後方から強く圧迫してしまうと患者は後方へもたれてしまい、前方への誘導は困難となる。

手の中で圧を変えるだけの誘導が難しい場合、移動側の手を患者の肩から一旦離す方法がある。この方法で左下肢を前方にス