

第1回柔整師会議

平成22年11月21日（日）13:15-15:15

目次

1) 挨拶・説明	P 1
2) 本論	
①肩コリ、腰痛、四十肩、脳梗塞後のリハビリなどの治療における 療養費受領委任払いの取扱い適用範囲とその限界について	P 5
②保険者が審査しやすいレセプト（支給申請書）について	P 20
ー支払期間を短くする一つの方策としてー	
ーレセプトの統一化ー	
③保険審査制度の改善について	P 28
ーグレーゾーンの取扱いについてー	

“患者と柔整師の会”
於：柔道整復師センター

1) 挨拶・説明

●八島 それでは、定刻を過ぎましたので、ただいまより第1回柔整師会議を開催させていただきます。

本日、司会を務めさせていただきます、“患者と柔整師の会”の事務局、八島と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

本日は、皆様大変ご多忙の中、この柔整師会議にご参加いただきまして、誠にありがとうございます。本日の会議は、皆様方が個人の資格としてお越しいただいたと思っておりますので、ご出席の先生方のご紹介は、ここでは割愛させていただきます。お手元の座席表をごらん下さい。

それでは最初に、“患者と柔整師の会”柔整師代表の荻原啓二よりごあいさつをさせていただきます。

●荻原 皆様、本日はお忙しい中ご出席いただきまして、誠にありがとうございます。“患者と柔整師の会”、柔整師代表、荻原と申します。

これまで患者会議、保険者会議を開催し、ご意見、ご指摘をいただきまいましたが、柔整師の先生方は、本日の1から4のテーマや業界のさまざまな問題に対して、どのようなご意見をお持ちなのでしょうか。是非先生方の生の声をお聞きしたいと思います。

今日は柔整師の先生方だけです。常日ごろ皆様が考えていること、思っていることを本音で出し合っていただきたいと思います。さまざまな問題のご理解と共通の認識を得られれば、この業界のあるべき姿がおのずと見えてくると思っております。限られた時間ではございますが、忌憚ないご意見をよろしくお願いいたします。

●八島 荻原代表、ありがとうございました。

さて、本論に入ります前に、ここで事務局より幾つか説明をさせていただきます。

まず最初に、本柔整師会議の趣旨説明をさせていただきます。

昨年の10月から今年の2月にかけて4回行ってまいりました「柔道整復診療と療養費の問題協議会」において、私たちは4月末に、「柔整診療の療養費受領委任払い制度改革基本試案」という骨太案をつくりました。その後はこの改革案に肉づけをするために、患者会議を4回、認定制度のためのカリキュラム委員会を2回、保険者会議を3回開催してまいりました。特に9月12日の第3回保険者会議では、保険者の立場から見た柔整師業界への強いご意見や本音を大変たくさんご披露いただきました。そこで私たちも本音を大いに語らねばならないところでしたが、残念ながら建前論だけで終わってしまいました。

このようなことでは国民医療としての柔道整復師の療養費制度の改革はできないと考え、今までのように臭い物にはふた的な発想はやめ、本音で語れる会議体を、業界団体の垣根を越えてつくっていくべきだと考えました。

ご送付いたしましたご案内状の中に、このことにご賛同いただきました260名の方々のお名前があったかと思えます。さらにご賛同いただくために、私たちは、47都道府県の社団法人会長、総務部長、保険部長、40の業界団体、119の養成学校、二十数名の学識経験者、ランダムに抽出した関東一円の柔整師2,400名に呼びかけ、本日このように大変多くの方にお集まりいただいた次第でございます。

なお、これからの予定としましては、患者会議で患者様のお話をよく聞き、現場ニーズを把握し、柔整師会議で現状の本音を語り合い、保険者会議で本音のところの患者の声、柔整師の声をお話しし、この患者会議、柔整師会議、保険者会議という一連の流れをワンセットとして、3カ月に1度程度開催をして、来年の今ごろに総括を行い、国や政府に私たちの考えを提案していきたいと考えております。

これが柔整師会議の趣旨でございます。

次に、本日の資料について簡単に説明をさせていただきます。

お手元の資料1、これはただいま説明させていただきました、これから1年間の患者会議、柔整師会議、保険者会議の概略の年間スケジュール表でございます。テーマにつきましては、現在のところ、暫定でございますので、会議を重ねることにより、その都度、変更される可能性はございます。

資料2、3は、本日の本論の中で、②保険者が審査しやすいレセプトについて、レセプトの統一化というタイトルがございますが、そのところの議論で、事務局から詳細説明がなされるための資料でございます。

資料4は、本年10月27日に読売新聞に掲載されました、会計検査院が我が業界を調査した際の記事でございます。

資料5は、その詳細を会計検査院がみずからのホームページにて掲載しているものです。特に8ページの3、「本院が表示する意見について」は、後ほど是非ともご一覧いただきたいと思っております。

資料6は、超音波骨診断装置を柔道整復師が使用することについて、参議院議員大島九州男氏に対し、厚労省が提出したものです。施術上の判断をするための参考として、超音波骨診断装置を利用することは全く問題がないことが、ここで明快に示されている書面でございます。

資料7は、柔整ホットニュースの抜粋でございます。元社会保険事務局指導官であり、現在、

神奈川県石油業健康保険組合常務理事、廣部正義様の業界に対するご意見でございます。資料7は、“患者と柔整師の会”が、先だって11月17日に開催いたしました患者会議の際、患者様から頂戴しましたご意見がそこに列挙されています。

資料8は“患者と柔整師の会”の代表である今城康夫がつくりました。私たちが活動を行っていくためのアクションプランを図示したものでございます。現在のところはまだ一つの案の段階でございます。

資料説明として最後に、“患者と柔整師の会”の募集のためのパンフレットが入っていると思います。これは入会案内でございまして、この入会金は、一切必要ございません。“患者と柔整師の会”の目的、説明がわかりやすく書いてございます。入会申し込みのための返信用封筒も入ってございますので、持ち帰りまして、是非とも患者様にご入会を勧誘していただければありがたいと思うところでございます。

以上で資料説明は終わらせていただきます。

次に、私たちは保険者会議開催のために、今まで約60以上の保険者を訪問してまいりました。健康保険組合を初めとしまして、関東一円の国保連、協会けんぽ、健保連等でございます。そこで、只今より、私と一緒に保険者を訪問してきました伊藤職員により、保険者の生の声、どんな反応であったかということ、少し具体的に発表してもらいたいと思っております。

それでは、伊藤さん、お願いします。

●伊藤 “患者と柔整師の会”事務局の伊藤と申します。よろしくお願ひいたします。

それでは、訪問いたしました保険者のご意見を幾つか発表させていただきたいと思ひます。

まず、不正請求に関することですけれども、水増し請求が目立つ。実日数を患者に照会すると、そんなに行っていないと、申請書の実日数と一致しないケースが多い。また次に、接骨院のオープン記念として無料でマッサージしますと患者を呼び込み、保険請求する接骨院があり、びっくりしたというお話もありました。

また、このような不正に対してある健保は、以前、大変ひどい不正請求があったので、団体に責任があるとして、その団体の申請書を全部返したことがある。これは法人さんだそうです。しかし、正しい治療、請求をしてくださるなら、医科よりも安く、治療もよいと思ひます。また、医科と同じような支払基金のようなものがあるといいと思ひます。医科とは別に、柔整専門で審査支払いを行う機関があるといいと思ひますというお話をしていらっしゃいました。

次に、柔整師のマナーが悪いということで、幾つかご意見いただきました。柔整師に連絡した際の対応が悪い。怒鳴る、脅しともとれる暴言。また、ある健保の若い担当者は、どの団体にも属さない個人請求者の方は強気な方が多く、注意しにくいというお話もありました。

次に、事務処理についてですが、幾つかご意見をいただきました。柔整は申請書のフォームもばらばらで、入力に手間がかかるなど、事務処理に大変手間がかかるそうです。その中に、転帰請求の請求書は特に扱いにくい。ある団体で複数月まとめて請求が出てくる、いわゆる転帰請求ですが、保険者は事務処理の合理化ができず、大変困っているとのことでした。これは、ほとんどの保険者からお話を伺いました。

これは健保ではない保険者からですが、申請書に関しては、申請書ありきが第一条件となりますが、事務処理的に効率をよくするために、データのオンライン化などを考えていきたい。しかし、柔整の申請書はわかりにくい。オンライン化は難しい。

また、施術者、保険者、国が連携をとっていかないとならない。長いスパンがかかるかもしれないが、よい協力体制をとることが必要だということでした。

ほかに、施術の内容について幾つかご意見をいただきました。医科に比べて、柔整の療養費の仕組みがわかりにくい。また、この治療をこんなに長くやって、よくなっているの？ 治癒はしないの？ 治癒する目的でなければ、ただのマッサージではないか。柔整師は、本来の治療ではないマッサージ師となってはいませんか。また、ある保険者では、経過は良好となっているにもかかわらず、なぜ実日数が減っていかないのか？

また、先ほどの意見と少し重なりますが、医科の内容だと、治療で治ってきているのがわかるんですが、柔整はわからない。治療内容に形が必要。治癒する治療。支給基準があいまいで、保険者も柔整師も、何をよりどころにしていかわからない。

厚労省は柔整を真剣に考えていない。最後は保険者の判断でと言い、逃げられてしまう。また、先ほどと重なりますが、柔整専門の支払基金のようなもので審査をしていただくのが望ましいのではないかとということでした。

少しまた別の意見になりますが、ある保険者では、保険者、柔整師、患者が共通の認識を持てばよいのではないかとのお話もありました。

こちらはちょっと保険者とは違うんですが、ある県の健保連からのお話です。私たちは法人与1年に1回、協議会を行っている。しかし、法人だけとの協議では、ほかの団体、団体には属さない個人請求者の柔整師にまで情報が届かないのではないかと思います。次回の開催は未定です。また、今、事業主がメンタルヘルスケアを立ち上げようとしている。従業員がうつ病態になり、傷病手当が発生するケースが増えていて、うつ状態になる前にメンタルヘルスとして予防する。肩凝り、体の不調などの訴えに、医師の治療では限界がある。医科の指示で柔整師が手当てとするという案がある。

長くなりましたが、以上です。

●八島 どうもありがとうございました。

それでは次に、民主党の統合医療を普及・促進する議員の会、柔道整復師小委員会について、少し報告をさせていただきます。

今年に入りまして、この柔道整復師小委員会は、参議院議員会館の会議室におきまして5回（平成22年3月16日、4月6日、5月17日、10月18日、11月29日）ほど開催されてきております。参加団体としましては二十数団体で、その中に神奈川及び福岡県の日整さんも含まれております。このほかに、各地で小規模の小委員会が数回行われているようでございます。

当初より小委員会では、柔道整復師認定制度の構築と柔道整復診療の適格基準の見直し、制定、そして超音波診断装置の普及促進を訴えてきておりましたところ、資料6にもありますように、超音波骨診断装置を柔道整復師が利用することについて、従来、非常に理解しにくい通達が出ておりましたが、その内容が明確化されたり、柔道整復師認定制度につきましては、私たちがよく比喩的に使ってまいりました、タクシードライバーにおける第二種免許的な制度の構築という、こういうフレーズも最近の小委員会の中では説明されるようになってきております。少しずつではございますが、小委員会のほうでも、この“患者と柔整師の会”の骨太案を理解しようという動きがあるのではないかと考えております。

長くなりましたので、これで最後の説明とさせていただきますが、本日は、この会議場には速記士の方が入っております。本日の会議の内容を、次回12月2日開催予定の保険者会議に提出する予定でございます。よって、発言される際は、近くにございますハンドマイクを使って、話し合っているテーマに限り3分以内で、発言前には開業場所とお名前を必ず言っていただくようお願い申し上げます。

それでは、本論に入らせていただきます。

ここからの進行役は本多のほうにお願いをいたしますので、よろしくお願いたします。

2) 本論

①肩コリ、腰痛、四十肩、脳梗塞後のリハビリなどの治療における療養費受領委任払いの取扱い適用範囲とその限界について

●本多（司会） 初めまして、本多でございます。

これから、第1回の柔整師会議を行うことといたします。

先ほど事務局八島のほうから、この会議の趣旨の説明があったと思いますが、もう少しお話をしますと、今日お見えになっている柔整師の先生は意外と若い方がおられるんですけども、これまで柔整師と保険者との対話というのがほとんどなされていない。ごく一部の、思いつ

きの、断片的になされていたことはあるかもしれませんが、トータルとして議論しているというケースはありません。そういう中で、先生方の意見が保険者にどう伝わっているものか、伝えていかなきゃいけないかということについての橋がかかっておりません。そういう橋をかけるという趣旨で、この会議を1年間、通してやってみようということでもあります。

したがって、この会議は、この会議が主目的じゃなくて、保険者会議に向けた準備だと、こういうふうにご理解いただかないと、この会議の趣旨がちょっと分かりにくいと思います。したがって、現状はこうなんだよ、こう改革してほしいんだと、あるいはこういうことが大事なんだということだけいただきたい。どういうことが現場という臨床の中で問題になっているか、矛盾しているのか、こういうことをしてもらいたいんだとか、そういうお話を賜りたいと思っております。

それからもう一つは、民主党が政権政党として、初めて小委員会という形で、柔道整復師のことだけをテーマにするという委員会があります。これが聞くところによると、内容的には結構進んでおられるようでございます。また、議員さんも意欲的だというふうに聞いております。

その場合、柔道整復師が引っ張っていくのか、引っ張られていくのか、ここが将来の柔道整復師の形をつくる上で大きく影響してきます。やみの中に引っ張られていく牛のようになるのか、自分たちが先に路線をつくって、議員や役人に、こういう形でやってほしいんだという、そういう視点をつくるのかつくらないのかによって、先生方の未来は大きく変わってくるはずであります。今、非常に大事なところに来ておりますので、そういう意味でも、冷静に客観的に現状を分析していく、こういう会議を4回にわたってやっていきたいと、こういうふうに考えております。

そういう中で、今日は第1回目であります。第2回目、3回目、4回目で総括をして、願わくば小委員会にも、あるいはその他の政府関係者にも、我々の業界の持っている問題点、提言、そういうものを提示して、それぞれにやっていきたいと思っております。

もう一点、今、伊藤のほうから、保険者の声を皆さんのほうにまとめてお伝え申し上げました。今まで保険者が先生方をどう思っているのか。怖いとか怒鳴るとか、極めて先生方を乱暴者と扱っているかもしれません。それは1人の先生かもしれません。数名の先生かもしれない。あるいは自意識の強い先生方かもしれません。しかし、それが全体の平均値を下げているんだと。これが業界を低迷させている一つの要因であるということを、我々は深く反省をしなきゃいけません。

医者が怒鳴るなんていうことは考えていません。怒鳴る怒鳴ると言われているのは、先生方が、いわばアウトローだということを自分で認めているようなものでございますので、そうい

うような誤解を受けるような業界であったということを、まず我々も反省をして、今後の自分たちのあり方、ありようについて、きちっとしたものをつくり上げていきたい。そういう意味でもこの会議は、お互いの認識の共有を持って、そして保険者との間でそれなりの会話ができるようにしていきたい、こういうふうに考えております。

もう一方で、保険者はやはり、先生方に期待しているところも結構大きいわけでございます。先ほど3つばかり、その期待のことが出ていました。それに果たして十分に応えておられるか、その辺も今回の会議であります。

そして、今、我々は基本試案をつくりました。これが保険者にどこまで浸透していくかというのは、今度は我々が、保険者が何を苦しんでいるのか、保険者は我々とどこかで共通点がないのかあるのか、そこら辺の保険者との実情も我々は知っておく必要があります。皆さんは保険者からいじめられるとか、保険者はなかなか厳しいとか、そういう発想しか持っていない部分もあるかもしれませんが、いざ面会していろいろお話をしていくと、保険者は保険者で苦しんでいるところがあるというところが、我々は認識できたはずでございます。そうすると、我々は、保険者は敵ではなくて、一緒に問題点を解決するパートナーというふうに理解できるのではないかと。

こういうような平面で保険者会議をやっているわけでございますので、次回の12月の保険者会議は、保険者のほうから見て、こういうようなレセプトが出てくれば大変助かるな、こういう仕組みができれば大変グッドだなと、こういうようなご意見を賜りながら、じゃ、我々もこういうことをするから、あなたたちもこういうことをしてほしいと、こういうふうなギブ・アンド・テイクの法則でやっていきたいと考えているわけであります。

そういう意味で、今日はねらい目が多方面にありますけど、要は保険者と我々の中のブリッジをどう架けるか、この1点でございますので、この辺に集中してお話を賜りたいと、こういうふうに思っております。

さて、その中で、まず今日の式次第をちょっと見て行って欲しいのですが、1と3は非常に関連をしてくるのでございますが、肩凝り、腰痛、四十肩あるいは脳梗塞のリハビリ、そういう治療。皆さんが、従来議論しているグレーゾーンと言っていますが、時には通ったり、時には通らなかったり、通るためにいろいろテクニックを使ったりして保険請求をしているという現状の中で、これをどういふように我々はやっているのか、やっていないのか。やっているとしたら、どういふ方法があるのかと。

これは先ほどの伊藤の話では、保険者から、治っていないんじゃないとか、治ったという部分が見えないんじゃないとか、いろいろな不満もあったようです。さりとて、柔整師の安い治

療で助かっていますよという意見もあるようでございます。そういう趣旨で、この第1項のほうを扱ってまいります。これは多分、この療養費受領委任払い制度の改革の大きな目玉であるというふうに私どもは認識しているので、第1回目からこの難しい問題をテーマにしてみました。

そこで、これはフリートキングでございますので、1番目の肩凝り以下の、この問題に限って、ひとつご意見を賜りたいと思います。どなたかお話を賜れば、経験談で結構ですよ。あるいは、自分が今まで考えていることでも結構でございます。お話を賜ればと思いますが、どなたかおられますか。どうぞ。

●AR 文京区本郷で開業しております、ARと申します。

これは私の考え方なんですけど、活法の時代から柔整の歴史というのは始まっていると思うんですけど、当時、昭和11年ですから、それ以前は整形外科が普及していないために、柔道整復術の一部の治療技術が保険適用になったと、私は理解しております。ですので、ここにいらっしゃる先生方はもうご存じだと思いますけど、ヘルニアだとか脊柱管狭窄症とか、そういう患者さんもお見えになるとは思いますけど、結構、手技療法でよくなるんですよ。この手技療法の可能性というのは、かなりまだまだあるんだろうと、私は思っております。

そこで、柔整治療の治療効果、範囲というものと保険適用の範囲というのは、これは別の話だと思うんですね。今お話ししたように、一部が保険適用になっていると思います。先ほど会計検査院の患者調査がありましたけど、肩凝りで通院していると、患者からも回答が多かったという報道がありましたけど、これは要するに、柔整師が患者さんからインフォームド・コンセントをとっていないということですよ。肩凝りというのは症状であり、原因でも傷病名でもないわけですから、問診時に、単純な肩凝りというのは保険適用ができないということを、患者さんに説明していないということのあらわれですよ。

そういう意味でも、保険者が配っている接骨院のかかり方というのがありますけど、傷病名をつけるのは柔整師であり、患者さんが答えるものでは、私はないと思います。逆に言えば、ちょっとした営業妨害ではないかなと私は感じている次第であります。

●本多（司会） 今、AR柔整師のほうから、肩凝りをテーマとして挙げ、会計検査院の肩凝りについての意見も出ていました。先生方の中から。それに関連することをひとつお話してください。肩凝りの治療をしていない人はいますか。治療していません。はい。じゃ、なぜ治療していないか、ちょっとお話しください。

●KH 日暮里で開業しているKHと申しますが、僕がいろいろ考えている中で一番大事なのは、肩凝りを治療してはだめなのかということが一番聞きたい。柔整師って何のために日本に

存在するかが一番大事だと思うんです。資料を見ると、骨折に関して接骨院に通っている人は0.4%。肩凝り、腰痛と、要するに、我々は肩凝りじゃないと言っても、患者さんは肩凝りだと言うんです。これはもう皆さん共通すると思いますよ。

そこで、これは肩凝りじゃないという話をずっとすると、浸透するかというと、そうでもないんですね。だから僕の考えは、まず、ちょっと国民的に考えて、我々柔整師が国民に一番いい治療をして、いい医療を与えるものは何なのかが一番大事だと思うんです。そしてそれが肩凝りであったり腰痛だったりとかすれば、そちらこそ保険で適用するように、僕らが働きかけなければならないと思うんです。

一番大事なのは、そこから逃げちゃって、炎症だ、そして捻挫だ、挫傷だ、そういうものでごまかしながらしなきゃならないから、そこにグレーゾーンというものが出てくるし、そういうものばかりで、患者さんと相違があつたりとかするもので、ずっと今まで、調査が入ったりすると、患者さんの話とこっちの話が違うと。そういう感じで、いつも食い違いが出ているんじゃないかと思うんですよね。だから、我々は実際に何のために存在するのか。

2番目に、我々柔整師が、柔整師の経済とは何なのか、どういうものを治療していて食べていけるのか、骨折だけで僕らは生活を成り立てていけるのか、そういうものをちょっと、しっかりと話をしている、本来の問題の中に入っていかなければ、ずっと外で外で昔のことばかり言ったり、法治のことばかり言ったんじゃ、多分この話は永遠に、いたちごっこみたいな感じで繰り返し繰り返し出てくると思うので、もうちょっと先生の中でも、ちょっと本音をぶつけて、我々が肩凝りだと言っていることに関して、患者さんが肩凝りだと思うのか。逆に、お医者さんが肩凝りだと言っているものに関して、我々は肩凝りだと見ているのか。そういうものをちょっとよく考えていただきたいなと思います。

●本多（司会） わかりました。肩凝りでちょっと、もう少し話をしましょう。

肩凝りはどうして治療するんですか。教えてください。だれでもいいですよ。今、KHさんのほうは生活と言った。そんなものはいいいんだよ。治療家なんだから、治療家としてやるわけでしょう。何で肩凝りを治療家としてやるんですかということを知っているんです、僕は。

どうですか。ほかの人。どうぞ。

●TN 単純に、患者さんが症状を訴えて、それを不快と思っているから治療します。

●本多（司会） 症状を訴えれば何でもやるんですか。なぜ肩凝りを先生方が治療するかを知っているんですよ。これを説得しないと、このぐらいじゃ、うんと言ってくれませんよ。だれか。どうぞ、いいですよ。

●TN 肩凝りというのは、先ほどAR先生がおっしゃったように、患者さんの訴えであって、

症状ではない。そこで症状をしっかり見きわめて、あなたは頸椎の動きが悪いですなり、肩の動きが悪いですなりの説明をこちらからするというのは、それは当然のインフォームド・コンセントとして、やるべきだと思っています。

●本多（司会）　そうですね。1つは、肩凝りというのは、一体、先生方医療家としては、どういう医療上の位置づけがあるかということをご理解いただかないと、こちら辺が反論できませんね。

今、TN先生がおっしゃるとおり、肩凝りの中にもいろんな種類があるかもしれません。患者さんは肩凝りと言ってくるから、こういう現象で起きているんですよ、こういうことで起きているんですよということが説明でき、それが施術録に記載されていけば、それは一つの医的見解になるわけですよ。そのための治療ですということになります。

そのほかに肩凝りをどういふようにとらえていますか。どうぞ。

●KN　中野で開業しています、KNといいます。

私の考え方としては、骨格の異常ですよ。首が痛いとか、動かすと痛いとかいう場合でも、ほとんどは背骨、脊椎と肋骨の異常が肩にあらわれるというふうに考えて、それをもとの位置に合わせていく、正常なところに持っていく、そうすると、患者さんは肩凝りということになりますけれども、体の不具合、首の不具合とか背中の不具合とか筋肉の痛みとかいうのは、位置異常を戻すことによってとれるというふうにして、患者さんに説明しています。

●本多（司会）　肩凝りで先生たちは何を治されるんですか。痛みですか。運動制限ですか。何でしょうか、治すというのは、どう思っていますか。漫然と肩凝りが来たらマッサージしているというんじゃないでしょう。治癒を目的としているんでしょう。どういう治癒を目的としているんですか。AGさんはどうですか。

●AG　今おっしゃられた、どういうふうに行っているか。治癒を目指す。治癒は患者さんの訴えなので、先ほどお話に出ていたとおり、その治療の説明という形を通して行っている。

●本多（司会）　いや、どういう成果を得ようとしているんですか、治療者としては。痛みを軽減するためですか。それとも運動制限を解消する。その他、ほかのこともあるんですかと聞いているんです。肩凝りという現象に対して先生方が治療されている目的ですよ。それがはっきりしなければ、保険者は、保険請求しても認められませんよ。成果が上がっていないんだからと言われちゃうから。慰安行為と区別がつかないということになっちゃうんですよ。

どうぞ。

●AG　例えば、整形外科とかお医者さん、ドクターのところに、風邪ですと、熱が出ていると。お医者様は解熱剤を出して、熱が下がると。これも、例えば体温計とか目に見えるものが

あればはっきりとわかるんですけど、まだ今の現状では、目に見えて症状の緩和というのをはかるものがないということで、患者さんの訴えが軽減したというところを治癒として、目的としてやっているということではないですかね。

●本多（司会） 僕は、私が患者だから思っているんですよ。肩凝りをやって、しこりが残っていますよね。しこりがほぐれるという部分は、これは物理的に見えますよ、感じますよね。それから運動制限、例えばさっきおっしゃったように、手が上がらなかったような現象が起きますね、余り肩凝りが激しかったりすると、あるいは吐き気がある、何となく倦怠感が来て、仕事をやる意欲も消えると。爽快感を失うということがありますね。病というのはそういうところでしょう。

ですから、全体の効果を上げていくということが病を治すということでしょう。部分的なことばかりじゃなくてね。そうすると、肩凝りがずっと続いたらどういうことになるんですか。治療もしないで我慢して、痛み止めの注射だけ打っていたら、どういう現象が起こるんですか。そういうことをお考えになったことはありますか。肩凝りしている患者さんを何にも治療しないで放っておいたら、どういうことが患者さんに起こるんでしょうか。だれかご意見のある方は。どうぞ。

●IW 立川で開業しています、IWといいます。私、開業歴20年以上やっています。

まず、患者さん側の立場から考えますと、患者さんは基本的に、慢性、急性というのはまずわからないというか、概念というのが余りなくて、満足度というか、とにかくそういう要望やニーズを我々に求めてきているのはあります。ですから、窓口で保険証を出された時点で我々は、その場ではまず受け入れないといけないんです。

そこで次に、問診のときに初めて主観的なものを、主訴を患者様が言ってきて、それに対して我々が、今回のあなたの原因は、例えば交通事故とか、またはコンタクトスポーツによって頸椎捻挫、頸部捻挫から2週間置いてきた場合、例えば僧帽筋に緊張とか硬結が認められて、そこで肩凝りが二次的に起きているもの、もしくは慢性的に自律神経が関与して、よくよく問診をして、5分ぐらいじゃだめですね。やっぱり10分、15分と聞いていると、肩凝りだけじゃないんですよ。頭痛もあり、それから睡眠障害もあり、神経過敏とか、いろいろ不定愁訴がいっぱい出てくるんですよ。

そうして初めて、これは保険内でやるべきなのか保険外でやるべきなのかというところが、我々が見えてきたときに、それで、何というんでしょうかね、まずそういうところから始まらないと、難しいんじゃないかなと思うんですが。

●本多（司会） だんだん核心に入ってきましたね。皆さんが漫然と治療しているうちは、保

険請求は出ませんよ。医療家なんだから、ある目的を設定しなきゃいけませんよね。そういう治療方針を持っているか持っていないかによって、レセプトの書き方が違ってくるはずだし、審査を受けても、きちっと答えられるということになるんじゃないでしょうか。

今、I Wさんのお話が出てきましたが、もう少しだれかそれに関連するお話で、自分はこういうことを気にしながら治療しているんだということが、肩凝りに関してですよ。

どうぞ。I Tさんですか。お名前を言ってくださいね。

●I T 先ほど肩凝りについてということで先生方がおっしゃっていたとおり、やはり放っておくとどうなるかということに関しては、私の認識では、肩凝りをそのまま放置しておいた場合、日常生活に支障が来すということになるんだと思います。それに伴って、治癒の目的としては、もちろん患者さんとの問診時のインフォームド・コンセント、そして問診録というのがあると思うんですけども、日常生活の動作において何が一番制限されているかということを経験することが治癒につながるのではないかと、私は思います。

●本多（司会） 患者さんに、こんなに肩を凝らしてきて、これを放っておくということが起こる可能性がありますよ、だから注意してくださいよという指導はしないんですか、治療室で。その治療をカルテに書いておかないんですか。これが治療家の役割なんですよ。肩が凝っているから触ってあげた、料金、こういう方程式をやめてほしいんですよ。そうしなければ、この療養費受領委任払いの合理化はできません。そういう先生方はもう柔整業界から去ってほしいんですよ。

治すという意欲的な行為がその施術の中に見えなければ、保険者に療養費を出してやってほしいと言えないんですよ。生活が困っているから、あるいはこれはみんながやっているぐらいじゃ、話にならないんですよ。そうじゃなくて、こういう意欲的な、こういう治癒目的を押さえて、それにきちっとした治療として行っているんだということを、それをレセプトや政治力やその他の中で明確に訴えていくというような、そういう治療方針を持たなければ、慰安行為とちっとも変わらないということになってしまう。

そこで、今、I Tさんがおっしゃったように、こういう症状が続くと、こういうことが起きますよ、血圧が高くなりますよ、あるいは目まいもしてきますよ、睡眠不足になってきますよ、全体の不調を訴えてきますよ、もっと大きな病気になってくる可能性だってあるんですよ。実は肩凝りの治療については、運動制限があるものを治したり、あるいは、今痛みを緩和させたり、それ以外、次の病気の発生を防止するという役割があるんですね。そういうとらえ方をきちっとしておいていただかないと、単に肩凝りをやっているからいいというものじゃないのです。

そうすると、肩凝りにも程度の差があるし、どの程度進行しているものかって、進行度をとらえなきゃいけません。そういうカルテは、私は見たことがないんです。肩凝りの進行度なんか見たことがない、先生方のカルテから。それで保険請求をして、保険の公的療養費いただきたいというのは、ちょっと虫がよすぎませんか、専門家として。そこら辺が保険者と我々の間で、こうしようというコミュニケーションの一つの形だと私は思っております。

次は腰痛でございます。話をここだけに絞ると時間がありませんから、腰痛についても、この治療について、だれかご意見をお願いできませんか。どなたでも結構ですよ。

●OK 埼玉で開業しています、OKと申します。

まず、腰痛についてなんですけれども、先ほどAR先生がおっしゃったように、ヘルニアとか脊柱管狭窄症、そういった症状が隠れているものひっくるめて、すべて腰痛ですよ。つまり、概念の問題でしかないと思います。肩凝りに関しても、定義があるものではない。腰痛に関しても、定義があるものではない。痛ければ腰痛、肩凝り。そういった定義のないものを、概念でしか語られていないものを、今、皆さんそうやって協議しているわけです。

それが、定義化されていないものを、形のないものを、どうやって協議するんでしょう。僕はそれが常々疑問なんですけれども、もう少し、例えば保険者がとらえている肩凝り、腰痛の概念、僕らがとらえている肩凝り、腰痛の概念というのがもう、多分ずれていると思います。それを定義化していくというのも、一つの方法ではないかと思っております。

●本多（司会） おっしゃるとおりです。じゃ、OKさん、あなただったら腰痛はどう定義づけますか。そこまでもう我々は議論しなきゃいかんのですよ。

●OK 腰痛に関してなんですけど、例えばぎっくり腰、急性的な腰痛ですね。それは、中に脊柱管狭窄症、ヘルニアが隠れている場合もあります。ただ、それ以外ではなく慢性的な腰痛、いわゆる、例えば日々の生活の中での蓄積したもの、僕は小さな筋肉、神経の損傷だと考えているんですけれども、そういったものというのが保険者の概念としては、慢性腰痛としてとらえられてしまう。しかし、治療している先生方の中では、これは慢性ではなく、やはり筋肉が損傷している、そういったことをちゃんと患者さんに説明されている方もいると思うんですけれども、腰痛というのは、そういった形で目に見えないもの、数字にあらわせないものもたくさんあると思います。私が考える腰痛というのは、そういう形であります。

●本多（司会） カルテの中には、すぐ腰痛と書いてある。これじゃわからないですよ、もし私が審査員なら。今言ったように、どういうことが起きて腰痛になっているのか。どういう機序で、あなたの場合は腰痛になっていますよ、腰痛というのは、腰が痛いですよというだけのことですよ。腰が痛いですよと言っているのを、短い言葉で腰痛と言うだけのことね。

今、OKさんがおっしゃったように、その原因というのはこんなとか、そういう原因じゃありませんよ。腰痛を引き出している直接の因子は何か。因子の特定ができていない。腰が痛いと言ったら、漫然と治療して、漫然と帰ってもらっていると。で、ちょっと楽になったと。またぶり返すわけだ。

要は、あなたの場合は、お腹がこんなに出っ張っていた人、背中の筋肉が弱ってきていますねと。これは肥満による背中の筋肉の劣化によって、こういう神経が触ってきているんですよとか、いろいろあるのでは、私は医者じゃないからわかりませんよ。皆さんはそれを経験しているんでしょう。それを何でカルテに書かないんですか。書かないから、先生方はインチキだと言われちゃうんだということを、ここで議論してほしいんですよ。書きましょうという議論を。できるだけ書きましょうと。書けないものもありますけどね。

その点はどうなんでしょうか。臨床上どうですか。同じ腰痛でも、いろいろ腰痛があるんじゃないですか。

どうぞ、名前言ってください。

●KB 東京のKBと申します。

私、腰痛でも、いろいろ発生機序というのはあると思うんですけれども、ただ、紙にするとやはり、ここですごい熱い議論をしてもなかなか伝わらなくて、やはりお医者さんとの交流、保険者との交流というのがなくて、やはりそれは、この紙に書いたものを発表して、どれだけ安くなったか、この発生機序についてはこれだけのスピードで効果が上がったかというのを、どんどん発表していった私たちが理解してもらおうことが、この腰痛の、ちょっと概念的で申しわけないんですが、理解してもらえるようになるのではないかなと思っているんですが。

●本多（司会） そうですね。やっぱり臨床家同士が症例検討しない限りは、いろんな腰痛が僕はあると思うんですよ。さっきOKさんも言っていたし、KBさんもお話があったように、皆さんもご経験があると思うんですよ。加齢により筋肉の劣化が起こる場合もあるだろうし、あるいはほかの、過激な運動をした結果、起きている筋肉の損傷もあるでしょう。いろんなことが腰の神経に何か悪さをしているんでしょう。

そういうことについて、少しカルテにお書きになったらいい。それで、そういうことをお互いに情報公開して勉強しないで、腰痛は手で触っていれば、体触っていればそれでオーケーという、そういう安直なことをやっておるから、保険なんか通すわけがないでしょうと、こういうふうに保険者から言われたら、説明のしようがないじゃないですか。こういうことは養成学校ではやりませんよね。一通りのことしかやっていませんから。どこでそれを習うんですか。

IWさんは長い間やっておられるけど、若いときにどういうところでそういう訓練を受けま

したか。今も若いんでしょうけど。

●IW 私は、とにかく外傷が多かったんですよ。ですから、筋・筋膜性腰痛症というのを初めて学生のとき聞いて、それと普通の腰部捻挫の違いがよくわからなかったんですが、やはり先ほど言われましたけれども、その見分け方は、我々は画像診断ができないので、やっぱり面倒でも神経学的な検査とか、あとは徒手による神経学的な検査とか、疼痛誘発的なテストをやることによって、まず消去法をしていって、あとは、患者さんがはっきり原因がわかって、今回こういうことで痛くなりましたと言えない人がほとんどなんですね。

そういう人に対して無理に保険で持つていくということは、私はもう実際にもやっていないというか、私は今、保険をやっていないのですみませんが、ただ、保険でやっていた時期は、やはりカルテに、面倒でも、せめて1週間単位とか四、五日単位でその変化というんですか、症状とか病態についての考察をして、やっていた。ですから、積み重ねしかなかった。

●本多（司会） 僕は弁護士なんですけど、弁護士だって、単に学校に行って勉強してきて、試験受かっただけではだめなんです。やっぱりいろんな先輩に訓練を受けながら、こういう事案はこういう処理しなさいよ、ここを見てやりなさいよと。エラーしたり成功したり、エラーのほうが多いんだけど、基本的には。今でもエラーが多いんですけど。そうやって1つずつ積み重ねていく。エラーが経験を豊富にしてくれているわけですよ、成功例よりもね。

皆さんの場合も、柔道整復師の場合は3年ですか、2年ですか。学校が終わって、そしてここで、今、IWさんがおっしゃったように、先輩のところでお世話になり、何か実務以外にちゃんときちっとした訓練受けるとか、そういうシステムが、今現在欠落していると言われてるぐらい、ないわけですよ。その中で細かい腰痛の分析をして、患者さんに納得してもらう、あるいは患者さんに指導する、あるいは、保険者にもちゃんと自分の料金の正当性を説明すると。こういうことはどこができるかということなんです。それをきちっとやりましょうということを業界が声を上げてやらなければ、依然として認めろ、認めないの短い部分で終わってしまうということだと私は思うんですがね。

もう少しお話を聞いていきましょか。ONさん、いらっしゃいますか。どうぞ、お話があったら教えてください。

●ON 中野のONと申します。

そうですね、実際現場に出てみて、肩凝りだったり腰痛だったり、カルテに書くところで今考えていたのは、実際、柔整師が請求できる場所は、腰痛であった場合は、詳しく書くところという疾患であれば、腰部捻挫としか書けない現状が今あるので、そうなってくると、そのシステムの変更も考えなきゃいけないんじゃないかという点が1つありました。

●本多（司会）　そうですね。カルテの様式がどういうふうになるかという問題もありますし、またカルテじゃなくても、附せんでいくらでも書けるので、附せんを引いてつくるとか。我々も事件のときは、手控えというのをつくるんですね。手控えは、先輩の中に伝わっている書式があるんですが、それをうまく利用して、それでも書ききれない部分は、自分なりに工夫して、手控えをつくっておくんですね。そういうことは、将来だれかが何かやるときに、こういうものと事件を見ていましたよという、自分の見立てを第三者に示すという意味の、手控えというのをよくつくっているわけですけどね。

先生方も、カルテというのは、もちろん患者さんにも示さなきゃいけないけど、自分の治療方針を手控えでとっておくということでございますから、できるだけ細かくお書きいただくのが一番、治療者としては大変いいことなんだと思うんですね。

さて、ここで腰痛の問題を保険者と今度やろうとするときは、腰痛と一口で言うんじゃなくて、先ほどOKさんが言った、腰痛の概念がないとおっしゃれば、概念がないのかもしれませんが。あるいは漠然としている、ファジーなものなのかもしれませんが、そういうものについては、因子というものを特定していくということが大事だと思う。

ここで因子という言葉を使っているのは、普通は原因と言いますが、今、柔整師の世界で原因というのは、外で転んだとか、重い物を持ったとか、お子さんを抱いたとか、そういう外形的なことを言っているんですけど、今私が言っているのはそういうことじゃなくて、因子というのは、なぜそういう痛みが発生したのかどうか、発生の機序をきちっと理解できる。実験的にですよ、経験的に理解できると。そういうような見立てというものが必要になってくるんじゃないかと。

そうすれば、外傷性か内因性かなんていう議論は飛んでしまうわけでございまして、そこを押さえないで、これは子どもを抱いたとか、あるいは玄関で座っていたとか、そういう現象だけで原因があった、原因がないというふうにやっていると、これはもはや保険者のための保険者の論理に引きずられてしまうと。柔整師の論理ではない。

柔整師の論理は、もちろんそういう外傷性のももあるけど、内因性のももあるわけだ。その中の因子、痛みの因子、あるいは運動制限の因子というものをきちっととらえる。因子というのはひとつではなくて、幾つかの因子が競合して、そして1つの現象が生じるというのが、通常、考えられるものですから、そこをきちっと経験的に学んでいくということが必要ではないかと思うんですが、そういうことを専門家同士で議論してもらえると、保険者に言いやすいんです。こうして勉強しているじゃないか、こうやって研究しているじゃないかということになるだろうと思うわけでありまして。

さて、次は、今までのどっちかという日常的な一般に使うことですが、ここでもう一つわざわざ挙げたのは、脳梗塞などのそういうご病気の治療を受けて、その後の後療というんですか、これについて柔整師はどういう役割をしていくのかということでございます。リハビリテーションというんでしょうか、それが今、理学療法士との関係で、あるいは作業療法士との関係で、非常にこれは先生方の間では大きな問題になっているし、将来も大きな問題になるであろうと思うわけでございます。

これについて何かご経験のある方、ちょっとお話を賜りたいと思うんですが、どなたかこういう病気の後療をやっていますよという方がおられたら。

●OG 大田区でやっています、OGと申します。

脳梗塞後のリハビリ的な治療を往診で以前やっていたんですが、左が麻痺して、左の手もきかないし、足も自由に歩けないという方なんですけれども、電気かけたりマッサージ的なこと、関節運動なんかをしていくうちに、歩けるようになり、はしを使えるようになり、スプーンを使えるようになるという過程がありますので、漫然とした腰痛であるとか肩凝りなんかよりはその過程がはっきりしているし、治癒とはまたちょっと違うのかもしれませんが、非常に目に見えてよくなったというのがわかるものだと思います。

●本多（司会） そうですね。これはある程度概念というかな、ねらいがはっきりしている部分が多いですね。お医者さんとの共同作業というのも結構出てきますので、やや保険者に、これも柔整師の守備範囲として療養費の中に取り込めということは言いやすい、親しみやすいと言ったらいいかな。言いやすい分野なんですけど、ただ、そのときに先生方がどれだけの、医療的な知識と言ってはちょっと怒られちゃうかな、ものの理解を深めているかということに、これはかかってくると思うんですよね。

特に先生方のほうで、こういう治療について、特にこういう訓練を受けている、こういう勉強をしているという方はおられますか。あるいは経験的にも、おれはこういうことをやっているんだよというのがあれば。だれかおられますか。

F Jさん、いらっしゃる。いらっしゃらない。S Zさんはどうですか。そういう治療を手がけたことがあるかないかも含めて。

●S Z 墨田区で開業をしているS Zです。

まだ経験はないんですけども、機能回復であったりだとか、先ほどOG先生がおっしゃっていたように、はしが使えるだとかスプーンが使えるというふうに、目に見えて、さっきも言ったその機能回復というのはわかるので、保険請求の適用範囲になってもいいのではないかと思います。

●本多（司会） そのためには、今の養成学校のカリキュラムでうまくいきますかね。説得力ありますかね。IWさん、どうですか。こういうリハのね。脳梗塞はやりませんよ。こういうリハの関係でね。

●SZ 私も教員をやっていましたが、運動療法を含めてリハというのは余り、総論的にしかやっていないんですね。こちらの分野はまだまだですね。

●本多（司会） 理学療法士のカリキュラムを見てください。びっしりやっていますよ。これと競争するんですよ。やっぱりその辺のレベルもちゃんと視野に入れた形で保険者に言わないと、なかなか正当性、正当性というのは、説得力がないという感じがありますよね。

リハは、本来は柔道整復師が、きちっとやっていたら、理学療法士の存在はなかったかもしれませんね。ここに隙間をつくっちゃったというところで、申しわけないけれども、少しこの業界、居眠りしていたかなという感じは、厳しい話をすれば、居眠りしていたかなと。

だから、理学療法士さんのほうは別のアメリカからの制度をぱっと持ってこられて、今の日本にある制度との整合性は全く議論されずに、ばんと来てしまったため、何か医療体系上はわかりにくいシステムになっちゃったなど。それを先生方は独立開業という1つの錦の旗を持ち、片方は医者、いわば補助機関として出てくるということで、政治的にも社会的にも出やすいという部分もあったんでしょう。そこら辺の問題はもう少し、当時きちっと議論をしておけば、少しは新しい面が出たのかもしれない。OH先生いらっしゃいますか。別のことじゃなくて、今の話に関連して、何かご経験ありますか。

●OH 神奈川県で接骨院をやっております、OHと申します。

脳梗塞の後療についてなんですけれども、養成学校で習ったという部分においては非常に乏しいのではないかと、僕自身は思っています。結局は、その後セミナーに行ったり自分で勉強したりとか、基本的にはPNFを使ったり、いろんな運動療法を使ったりとかしていく必要が、現実の治療現場では起こってくるということが非常に、学校で習ったこと、まず学校の授業自体が、ほとんど実践にそぐわないような授業になってしまっているということに、私は、3年間学校で学んだことに対して非常に疑問を持っています。

それですぐ開業される方もいらっしゃるとは思うんですけれども、非常に学校で習ったことと、試験の問題もあると思います。学校自体の問題もあると思いますけれども、それと現実の現場、患者さん、やることに関しては、その間に隔たりが非常に起こっていると。独自で勉強していったいろんなことを学んでいかないと、その間を埋めていかない限り、かなり厳しいということを非常に、学校に行きながら働いたり、学校後に働いた後、また整形外科で勉強させてもらったりしましたけれども、そのことが非常に、今、開業していてもそれは感じますし、

まだまだ勉強していかなきゃいけないなと思っています。

●本多（司会） この脳梗塞は特殊ですよ。でも、先生方が一番近いのは骨折ですよ。骨折で入院したと。こけて入院したと。入院後の後療をどうするかという問題は、これは必ず起こるわけです。特に高齢者が骨折すると、入院でやろうとしますと、大体1カ月も入院していたらあちこちが硬直しちゃって、とても日常生活ができないですよ。そういうときに、今、理学療法士がやっているのかな。先生方が通院をさせたりなんかしながら、うまくやれる方法はないかということが考えられるんじゃないか。

そのためには、今、ON先生が言っていたように、個別的な努力はしているんですけど、これを制度として、トータルの仕組みをつくっておかないと、社会的には認知されませんね。私はやっています、私は勉強していますといったって、それはあなたが個人でやっていますということなので、やはりそれが柔整師業界のシステムとして、そういうカリキュラムがあって、そういう認定制度があって、そういうふうになっていますよといえ、それは一つの業界としてのスタンスが出るわけですけれども、皆さんは今のところ、多分この中には口に出さない方もおられるけど、個別的には、もうそれを超えている方もいっぱいおられるんだけど、それは個人の努力であって、業界の成果物になっていないということが、この業界の底上げには何ら寄与していない。お客さんがいっぱい来るところは来るでしょうけど、全体としてはちっともプラスになっていないという現象が起こるということでもあります。

それをどうするかということをお客さんの中でやはり議論してもらわなきゃいけない。そのためにはやはり、業界をある程度組織化していかないと、こういう仕事はできないということになるかと思うわけでもあります。

さて、こういうように柔道整復師が肩凝りだとか、これは代表例ですよ。まだほかにもいっぱいあるんでしょう。あるいは腰痛だとか、あるいは後療のリハビリとか、そういうものについて現にやっている、多かれ少なかれやっているものが、保険化できない、あるいは保険化するためにいろいろテクニックを使いすぎている。ゆえに、いろいろ誤解を受けている。そこをどうやっていくのかということが、次の2番に移行するわけでございます。

今のは、1番はどちらかというと実際の治療の実態について、もう少し目を開いて、確認をしてもらいたいということでもございまして、2番目が、では、そういうようなグレーな部分と皆さんが思っている部分、あるいは保険者が思っている部分を、今度はレセプトで出します。

さあ、それをどうやって保険者にわかりやすく、保険者の負担を余りかけずに持っていけるか、こういう話が次に出てくるわけでございますが、この点について日ごろレセプトを、僕はやっていませんからね、やっている方から、実際こういう苦労があるんだというようなことを

含めてお話しいただけるとありがたいんですが、どなたかおられますか。

●KB 東京のKBです。

先ほどのお話とちょっとかぶるんですけど、病気とか先ほどの脳梗塞とかで倒れまして、病院にある程度入院して、リハビリして、保険点数がいっぱいになったということで、追い出される患者さんが結構今いらっしゃいまして、そうすると、お医者さんに行ってもそこはもう治療してもらえないということで、うちのほうで治療するんですが、そうなった場合、そこをどのような名称でとるかということをお医者さんにいつも説明しているんですが、なかなか患者さんに、お医者さんにこう説明すれば、了解を得ればできますよと言っても、お医者さんが怖くて言えないと言って、お医者さんには治ったって言われてしまって、まだ動かないのに治ったって言われてしまっているんで、治らないと言われて、そこでかわいそうな思いをさせていることは結構あります。

②保険者が審査しやすいレセプト（支給申請書）について

ー支払期間を短くする一つの方策としてー

ーレセプトの統一化ー

●本多（司会） ちょっと問題の設定がずれますけど、こういうことですね。保険請求の場合には、回数の制限があったり、いろいろ療養していくときに制限が課せられますよね。その制限を超えちゃうというのかな。制限回数を超えちゃうとか、部位数とか議論がありますな。そういう問題は、レセプト請求する上の前提問題としてあるんだと。これをどうするかという問題が1つ残っているということだと思うんですがね。

この点について、率直なご意見いただけますか。どうぞ。

●AR 文京区本郷で開業しております、ARと申します。

ちょっと先ほどの話ともかぶりますけれども、四十肩とか脳梗塞後のリハビリ、私、先ほども申し上げましたけど、柔道整復の技術というのは、保険適用外でも非常に幅広く、私は思っております。ただ残念なことに、この柔道整復の技術というのが縦割りの社会で、昔からの徒弟制度だったわけですね。その治療技術とかというのが縦にずっと流れて行って、実は私、OG先生が隣にいても、OG先生がどのような治療をしているかというのは私は知らないんですよ。意外に隣に座っている方がどういう治療をしているかというのは、多分皆さんもわからないと思います。

要するに、この四十肩、脳梗塞後のリハビリなども、例えば保険者に認めていただくとしたら、そういう学術的なことであるとか、そういう効果の根拠となるようなことを指し示さなか

ったことが、私、一番、柔道整復師がおくれてきたところだと思うんですね。この資料にもついておりますけど、超音波診断装置のことを厚生労働省が認めるようになりましてけど、せっかく今日は〇〇大学のNM先生がお見えになっているので、そういうような、ちょっと、もし学術的なことに触れられていただければと思います。

●NM 〇〇大学のNMと申します。

ちょっと柔道整復師の皆さんの施術のことについてはよくわからないんですが、例えば脳障害なんか、あるいは肩凝りとかも、みんな共通するであろうと思われるのは、体に対して刺激を加えているわけですね。患者さんがその刺激に反応しているわけですね。そのメカニズムを利用しながら、全身の症状、いろいろなことを改善していこうというのが徒手療法ですね。ですから、そういう意味では、施術方法がそういうことだとすれば、原因を究明しようというのは、これはもうお医者さんでもわからないものがあつたりするわけですから、非常に難しいと。

症状がどう変わっていくかということについては、現状は患者さんの痛みが軽減したというような、そのことだけに終わっちゃっているわけですが、それをできるだけ数量化していく、あるいは目に見える形にしていくということを繰り返していけば、こういう施術によって、要するに、方法はいろいろあつたとしても、とにかく患者さんに対して刺激を加えたら、その反応が結果として症状がこういうふうに改善していきましたよというようなことを数字にしていこうということですね。そのことが治療に関しては非常に証拠になっていくというんですか、科学的な意味合いを持ってくると思うんですね。

そういうものを持って保険者に対してレセプトを請求していけば、同じ腰痛に関してもいろんなテスト法がありますよね。そういうものを必ず数字で表現していくというんですか。それをプラスしてレセプトにつけていけば、説得力のあるレセプトになっていくんじゃないかなと。

先ほどAR先生が言われたような、超音波を使った可視化していくというようなことは、非常にレントゲンを使うのと近い形になっていきますので、手軽な方法だろうなというふうに私は思っております。そういうことが進んでいくことを望んでおります。

●本多（司会） エビデンスのつくり方ですよ、そういう意味ではね。先生方のレセプトを見させてもらおうと、何も書いていないですね。だから、先ほど伊藤のほうから保険者へ行ったときに、治療が治っている方向に行っているのか行っていないのか、お金を支払う側としては気になる場所ですよ。お金を払っているんだけど、効果が上がっているのか上がっていないのかかわらんと。これじゃお金、払いようがないよというのは、これは、資本主義の社会ではごく普通のことですよ。このサービス、いいサービスなのか悪いサービスなのかかわからない

のにお金を払うというのは、資本主義ではあり得ないことですから、そういう意味で先生方のレセプトは極めて社会主義的で、やっていけば何でももらえるという、こういう成果を全然気にしないという、そういうふうなことをやっておるから、わけがわからなくなっちゃうので、やはり今、それを数量であらわすのか別の方法であらわすのかって、エビデンスの仕方はいろいろあるかもしれませんが、一つは、数量も説得力のある道具だと思うんだけど、それで全部賄えるかといったら、なかなか賄いきれない。

それから、先ほどの因子というのは、因子を探求するという精神がないと、治療になりませんよということなんです。すべて因子が明らかになるということはありません。しかし、こういう可能性がある、こういう可能性もあるんじゃないか。あるいは消去方式で、こういう可能性はない、とかね。何かやっぱり因子を探しているんだと、この指標の中で因子を探しているんだという努力がそういう形で出てくると、第三者が見て、説得力がある治療をしているんだと、これじゃ対価を払わなきゃ申しわけないなと、こう思うようになるはずですが、その努力すらしていないで、成果も上がらないという、上がったか上がらないかわからないようなレセプトが上がってくれば、払うほうとすれば、ちょっと疑問だなと、払いたくないなと思うのは別に当然の話だと、こういうふうになるんだと。その辺のコミュニケーションをきちっととっておく必要があるだろうと思うんですね。

実はこの保険者は、柔道整復師の治療については、積極的に評価をされてはいるんですよ。もう無用で必要ないと思っている保険者もいるにはいるんだけど、大方の保険者は必要だと思っているんですよ。ただ、何せ先生方の治療がまちまちで、しかも上がってくるレセプトの様式もどうもはっきりしないし、レセプトからこれを払っていく中で、適正化の担保が何も無い。そこは不安で不安で払えない。

これを皆さんに置きかえてみて、皆さんが物を買うときに、何かよくわからないんだけど、お金くれと言うから払ったと。もらったものは紙袋に入って、家に帰ってふたをあけてみたら大したものじゃなかったという、こういうことと同じことをやっているわけですよ。

だから、保険者が思っている疑問というのはそういうことだから、できるだけこのレセプトについて、保険者からも審査しやすい、こことここを見ればいいんだなという、そういうところを押さえていきたいなというのが私どもの考え方にあるんです。先生方から何かその点についてのヒントとかご意見があったら教えてもらいたいですね。

●YM 神奈川県 YMと申します。

このレセプトに関することなんですが、保険者が求めていることは、レセプトという紙1枚ですね。用紙の中にそれが統一化されることはもちろんいいと思うんですけど、ただ、その紙

の充実を求めているというよりも、これは根源的に何を求めているかを勘案してみると、これはやっぱり治療に対するデータが欲しいという、コンピューター化された事務ですから、どこでも。その中にそれこそ紙を、また、受け取ったものを自分のデータの中にまた入れるには、手作業の形があります。

ですから、今の現状から考えますと、こちらからレセプト、もちろん紙もそうですが、署名とかありますから、ただ、データそのもの自体も同時に保険者に送ると。そうすると、その中にそのまま、手作業も、その手間も軽減された形で、そのデータがインクルードされていくという形が、今後の社会に望ましいと思います。そこの部分のところは、これはもう方法論の問題で、我々がやっている、例えば多部位であるとか長期化している、その長期化している原因、状況はどういうものであるかというようなことも、我々がパソコン入力のような形で、そのデータの中に入れることができれば、受け取った側も、なるほど、こういうことかというのがわかりやすい、そういうシステムのことがあります。

ただこれは、統一化させるためには、いわゆる団体が、例えばこの業界1つであればいいですけど、これだけまるっきり、個人でやっている方も含めて、そういうふうになっっちゃっている現状でどう決めるかという、その問題がこれからの問題でもあると同時に思います。

●本多（司会）　ありがとうございました。

この統一化は、次の保険者会議で私どものほうからもいろいろ提案をしたり、議論していきたいと思っているんですね。統一化というものの大きなねらいは、明らかに不正だと思われるレセプトを外すというところが、外から外していくと、外を外すということなんですね。それをやりたいというふうに私は思っているんです。

大学の先生がお二人お見えですけど、大学で学生の答案をつくるときに、私もつくっているんですけども、つくるときに、どうしようもないやつ、不可は不可として山をつくっておくんですね、ぱっと読んでおいて。そして優らしいなと思うのがぱっとある。あと、良と可というのが大体多いんですけど、そこを集中的に読むんですけどね。

したがって、このレセプトの場合も、もう明らかに近接部位が多すぎて、どうもこれは問題外だと。こういう人はこの業界にいないとよろしいと思うようなのがぱっとわかるようなレセプトをつくりたいんですね。保険者が一見ですぐわかるように。それを提案したいなと思っていますよね。

そして先生方は、その中に入らないためにはどうしたらいいかというと、一見、明らかに明白に、不正請求だ、水増し請求だ、そういうものにならないための枠組みをつくっていかなきゃいけない。それを見たら一発で終わり。そうすると、相当保険者のほうも、いい柔整師だ

けをきちっとした形でやっていけると、こういう方向に行くんじゃないか。

だから、だれが見ても明らかにこれはまずいというレセプトが、レセプトを見てわかるような、そういうものをつくり上げてみたいと、こういうふうには思っているんですが、この点について何かご意見ありますか。どうぞ。

●AR できれば、今日これだけお見えの中で、多分保険審査にかかわっている方いらっしゃると思うんですけど、私がいつも疑問に思うのは、患者調査が行われますよね。その基準というのがどこにあるのかというのが、健保組合とかはそれぞれ独自に決めているのかもしれませんが、長期であったり多部位であったり、どこの時点をもって調査に入るのか。もし保険審査に携わっていらっしゃる方がいらしたら、ちょっとそこら辺、お話を聞きたいんですけど、いかがでしょうか。

●本多（司会） それは3のほうのタイトルでやりますので、今のところは、レセプトのつくり方で先生方にご負担かかっているんじゃないかと僕は思っているから、言っているんですよ。治療のほかに、夜遅くまでやるんでしょう、レセプトってやつを。そして何日に出さなきゃいかんわけでしょう。そのご負担を聞いているんですよ。

だから、簡単に保険者側だけで物を言うんじゃないくて、先生方のほうも、これだけ負担かかっているんだよと、レセプト作成するまでの間には。だから、統一化というのは簡単に言われても困るんだよと、こういうことを考慮してくれよということがあったら、言ってほしいんです。

●OG 皆さんもちろんわかっていると思いますが、同じ捻挫にしても、すごい強い捻挫もあるし、簡単な捻挫もあるし、打撲にしても、強い打撲もあるし、軽い打撲もありますよね。それで、その中で日数だけかもしれませんが、レセプトの上で捻挫強度とか、打撲強度であるとか、広範囲に亘っているとか、そんなようなものがあわせられたら、回数的なものも意外と楽に出てくるんじゃないかと思うんですけども。

●本多（司会） どうですか、今の提案。そういう形で、同じ疾患というのでも程度の差があるし、いろいろあるでしょうと。そういうものをレセプトの中に、コンピューターの中に記入していくという方法もあるでしょう。どうですか。

じゃ、ちょっと聞くけど、レセプトの作成にどのぐらい時間がかかりますか。TNさんはどうですか。どのぐらいかかりますか。

●TN 2日。

●本多（司会） 2日まるまる。

●TN まるまるではないですけども。

●本多（司会） 時間としてはどのぐらいかかりますか。

●TN 時間としては6時間ぐらいですか。

●本多（司会） どうですか、ほかの人。枚数によるんでしょうけど。

問題になっているところは、出るところというのは近接部位とか長期とか原因不明とか、幾つかカットされる、カットというか、審査の大きな荒目があるわけですね。それはもうぼんぼん外していこうという頭がこちらにあるわけですね。そして、あと、中身をきちっと見てもらったほうがどうもうまくいくんじゃないかと思っているんですがね。

どうですか、実際のテクニックとしては。率直に言ってくださいよ。後から、こんな提案をされたら困るよというようなどころがあると、私も困っちゃうんですけどね。

どうぞ。ITさんですね。お願いします。

●IT 江東区のITと申します。よろしくお願いします。

レセプトということに関して、自分の認識では、やっぱりレセプトの1枚の用紙の中に、患者さんが、いつ、どこで、どのようにして、どうすると痛くて、その後どういった治癒過程、治っていくかという過程を1枚の紙にあらわしていくものがレセプトだと思うんですね。その中で、よいレセプトというのは、やはり保険者側から見て、この人はこういうふうにして痛めたから、それは、ここの部位は痛めるよねというのがわかるというのが、一つのレセプトのいい例だと思うんですけども、ただ、それを追求していくとやはり、いろいろ理由というのを特記事項なりプラスして、どのように痛めましたよって、先ほどNM先生がおっしゃっていたように、やっぱり治癒過程でデジタル化するというのは、1つ大事なことだと思うんです。

あともう一つは、我々ふだんから患者さんと相対していて、例えば立ち上がり動作が楽になったとか、上がらないものが上がるようになったとかというのを、そういったアナログというか、数値化できないものも組み込んでいく必要はあると思うんです。ただ、そうになると、レセプトの手間自体は非常にかかるものになるので、統一化というところは、そのところをわかりやすく簡略化していくじゃないですけども、やっていくというのが必要になってくるんだと私は思います。

●本多（司会） レセプトの有料化というもの、レセプトをつくったら、その請求をちゃんと料金化してくださいよということを言いたいんですよ、私は。その中にあなたの労働力がどのぐらいかかっているのかということ、そういうところから、いいレセプトをつくるにはどうしたらいいかということですよ。

そういう意味で、レセプトに費やす労働時間というのはどのぐらいかかっているのかなというのは、やはりこれからレセプトの統一化を図るときに、先生方が治療に要する時間とレセプ

トをつくる時間で、それで先生方の中で、枚数の多い人は大体、今6時間ぐらいかかるんですか。そのぐらいの話がありましたね。そういうふうな形だと、大体1日仕事になってしまうということなんですけれども、そういうものを費用化したらいいかと思う。その費用化をいただくかわりにこういうものをつくりましょうという形になっていって、適切なレセプトが世に登場すると、こういう形になるのかなという、絵というか、考え方は持っておりますけれども。

そういう意味でちょっと、もう少し聞きたいんですけど、どうぞ。お名前をお伺いします。

●TD 東京都多摩市で接骨院をやっておりますTDと申します。よろしくお願ひします。

今おっしゃっていた、レセプトを明細化するという案なんですけど、皆さん、されたことがあるかどうかわかりませんが、私、3カ月分のカルテをすべて、コンピューターで入力し直したことがあるんです。カルテに書いてある項目、その患者さんがどういうふうな治療過程で治ってきたかというのを、カルテの後ろに書いてあったのを全部プリントアウトするために、コンピューターに入力したことがあるんです。

大体1日その当時、うちの接骨院、40人来ていたんですけれども、40人の患者さんのカルテをコンピューターに入力するのは、仕事が終わった後に、1日4時間から5時間かかります。それをずっとやっていくのに約3カ月間、休みの日も1日中出てやっていたので、簡単にそうやってコンピューターの中にその治療効果を全部入れていくとなると、ものすごい手間になると思うんですね。僕は脱サラ組ですので、前職でコンピューターをいじっていた関係があるので、入力はかなり早いほうだとは思いますが、それでもそのぐらいかかるんです。

ですので、レセプトを明細化するというのにはとても賛成なんです。治っていく過程がわかってもらえれば、保険者もすんなり払ってくれるというのもわかるんですけれども、その中で一人一人、患者さんの治り方が違っていると思います。そうなったときに、どこまで簡略化するかというのが大きな問題になるのかなというふうには、今聞いていて思ったんですけれども。

●本多（司会） 細かい優等生のレセプトをつくっていたら、多分、今、先生がおっしゃったように大変難しいです。僕は劣等生のレセプトをなくそうという、そっちの面から、実は統一化のほうの視点を考えているんです。だから、近接部位とか、あるいは長期化とか、どうしても長期化してしまう場合にはどこにどういう特記事項を書かせるかとか、そういうことでチェックしていくと。そしてあとは、自動審査みたいなものをJBはやってはいますが、そういうことでどんどん落としてしまうと、もう人間の力はいらぬ。それが当てはまったら、ぱっと落ちてくると。それで、落ちたものをもう一回どこかで見ていくと。優等生が模範を持っていくと。

こういう形で、いわばレセプト審査の準備段階のところでレセプトを工夫することによって、自動審査がしやすいようにしていくと。そして業者のほうには、自動審査のソフトをもう少し細かくつくってもらって、そういうことを入力して、処理していくと。そうすると、保険者のほうは大変好感を持てると。そのかわりちゃんと費用くださいよということですね。

●KH 日暮里でやっているKHと申しますが、僕が考えるレセプトというものは、やはり一番大事なのは、ここにいる先生方の考えと常識が、柔道整復師にもかかわらず、レセプトに関する常識も、みんなちょっとピンからキリまであるんですよ。それは何かというと、卒業した後、臨床に行っていたその院長先生から習ったままだがベースになってくるので、いい先生が手本になってくれればいいベースになってくるんだけど、普通に不正請求するんだけど、それがベースになれば、それがそんなものだと思うようになるんですよ。だから、僕が一番大事だと思うのは、これは教育面までしないとだめだと思いますよ。

一番大事なのは、保険者を招いて、レセプトに関して教育を受ける、学生のとくに。そして、どういうレセプトをつくらなければならないといったことを一から十ちゃんと学んで、それで柔道整復師と保険者と協議しながら、そういうものを学生のとことからたたき込む。そうすると、柔道整復師の全般的な平均的な考え方が統一するじゃないですか。そうすると、近接部位、ここからここまではだめというものが、もう卒業する時点でわかってくるので、そうすると、どこの現場に行ったって自分の常識が、柔道整復師の範囲の常識から外れないので、それが一番大事なもののまず1つ。

もう一つは、治療の幅に関して、さっき言ったように、すごく治療の腕が立つ先生もいれば、変な話、もう電気だけとっととやっていて、何もできない先生もいるんですけど、このピンからキリまでのその中を、7割ぐらいの治療の統一化を、柔道整復師が教育の現場でやっていかなきゃならないと思うんですよ。一番大事なのは、柔道整復師の範囲はすごく広いんだけど、有料として取れる範囲は少ない。だからこそ、違うものでいろいろなものやるでしょう。

さっき、カルテに関しての話をしたんですけど、書きたいものはいっぱいあるんですけど、その書く欄とかをもう制限される。それ以上書いたところで、お金がおりるわけでもない。そういうもの、矛盾点がいっぱいあるので、僕は学生のとことから、学校の現場から、一からカルテの書き方や、そして部位の治療法や、そして取れる範囲の中から、保険者から学んだり先生から学んだりとかして、それがだんだん何年か過ぎることによって、卒業生が出てくるよとって、自然と統一化されるんじゃないかと思うんですよ。それが一番大事だと思いますよ。

●KB 千葉のKBです。

レセプトの統一という話を今されていて、レセプトの統一というのはもちろん大事だと思う

んですけど、その前に保険者の裁量権というか、保険者によってその判断が違うというところが、そっちのルールがあつてのレセプトの統一だと思うんですよ。こっちは保険者ではこれが通るけど、この保険者では通らないとか、会によって違うかもしれないんですけど、この会であれば通るけど、こっちは通らないとか、そういったもとのルール自体をまず決めてから、レセプトの統一化であればいいと思うんですけど、そっちをなくしてレセプト統一しましょうというのはちょっと、何というんですかね、それも大事なんでしょうけど、保険者の裁量権というって、先ほども言ったように、保険者に任せている厚労省が、そのところで保険者ごとにばらばらの裁量権があるということが問題じゃないかなというふうに思います。

③保険審査制度の改善について

ーグレーゾーンの取扱いについてー

●本多（司会） 保険者と会って情報を聞いているんですけども、保険者も困っているんですね。なぜかという、基準がないものだからね。これから保険者会議のときに、保険者と私どもの間で何か基準らしきものを、目安と言ったらいいかな。そういうものをつくっていくとうまくいくのかなと思って。

というのは、保険者といっても、一番は窓口なんですね。この人たちは事務系の人ですから、もうまじめにきちっとやろうと思っているんですよ。そこに基準がないものだから、よくわからんということになってしまう。だから、そこら辺を少しやっていけば、裁量権というか、少し枠組みができるんじゃないかなと思っております。

さて、時間が少しずつたちました。次に保険審査制度の改善ということで、これはARさんのほうから、今日のメンバーの中に保険審査に携わっている方がもしおられたら、今現在のご経験をちょっとご披露いただくと、話がきっかけとしていいと思うのでございますが、どなたかおられますか。どうぞ。

●MR 東京の世田谷のMRと申します。東京の協会けんぽ、以前は国保連で審査していましたが、今は協会けんぽで審査しております。

それで、国保連では、以前どのようなことに重点を置いて審査したかという、長期だとか多部位だとか、そういったことについてかなりやっていたんですが、今年の9月からは、長期、多部位は一切していません。なぜかという、コンピューター化されていまして、そのデータを入力すれば、すべてその中で見ることもできるので、どういうことを審査しているかという、9月から3部以上は負傷原因を書くようになってはいますが、例えば自転車に乗って3部位とか、朝起き上がって3部位というようなものが非常に多いんですけど、それは意味わ

からないですね。負傷部位との整合性が欠如しておりますので、そういったものだとか、あと傾向ですよ。腰部があれば当然背部上部とか、そういったもの、傾向審査ですね。変な傾向がある人を主に審査しております。それが現状です。

●本多（司会） ありがとうございます。

かつては、私が柔道整復師の先生方のこういうものに携わった当時は、保険がまず最初に出て、もちろん怪しいものだけ審査して、それから返還をしたり、何か配ったんだけど、それが今から、もう10年ぐらいたってから、審査してから払いましょうというシステムに変わりました。前は何でも払ってくれたんですよ。そして、後から配ったものを回収すると。今はほとんど事前審査になった。

したがって、先生方のところに対しては、まず2つ問題があるんですよ。1つは入金が遅いというケースが、その審査のために時間がかかるということが1つで、それから、審査のための情報収集を患者さんに、あなたはかかっていますか、何回行っていますか、どうですかって、患者照会という言葉を使っているんですけど、そういう資料が先生方の頭越しに、ぼんと患者さんに行くと。こういうことで、全部じゃないんですけど、一部ね。そして、それで審査の材料に使っているということです。

それからもう一つは、コンピューター化している情報に傾向を見るということでもあります。これはもうやむを得ない。ある傾向を持っています。この本多という柔道整復師はこういう傾向を持って、ばかに腰痛ばかりが多いとか、あるいは、ばかに骨折ばかりが多いとか、通常、一般には考えにくいだろうと普通は思われる、そういう傾向があります。あるいは、3部位が多かったり2部位が多かったりというときに、人為的に操作しているんじゃないかなと思われるような、何かわかるようなものが見える。これは、私は、JBさんの保険審査の中に入ってみると、時々問題のあるのを見ると、すぐわかりますよ。これは何だということは素人の僕でも。だから、経験している審査員の方が見れば、ここは初めから外しちゃえということになると思うんですね。

そうすると、実際の本当の審査というのはしていないんじゃないかと。表面的な、外見的な審査で終わっているんじゃないかと。それを少し自動審査化して、もう人間の手を借りないで、例えば今言ったように、本多という柔整師はこういう傾向があるとデータでわかりますから、それに今来ている請求を当てはめれば、○、△、×が出てきますから、そういうような方向性で、実は今、業者とも相談しながら、そういうソフトをつくってみようかなと。そうなってくると、ほとんどの柔整師の中で悪いやつはこの業界からいなくなる。間違いなくいなくなる。そうすると、大変すばらしい人たちが残って、国民のためには非常によくなるだろうと、こう

思っていますので、その辺もこれから、ソフトづくりについては業者とも十分つじつまを合わせていきたいと思っています。

そういう審査を本当はすべきものと、もう審査しなくて自動的にけっちゃおうと、こういうふうに分けていくと、保険審査制度も非常に楽になっていくんだらうと。そして、そのかわり柔道整復師の、今まで言われたグレーゾーンのところは、ちゃんと取り扱ってくださいよと、支給してやってくださいよと、こういう形に持っていく。こういう環境づくりをしていく。そうすることによって、先生方のきちっとした仕事が前向きにできる。こういうようなシステムを考えていこうじゃないかというのが、今度、保険者との間では、いろんな議論の中で出て、具体案をつくっていききたいと、こう思っておるんですが、この中でコンピューターは余り使わない人って、手書きの人って、今いらっしゃいますか。ほとんどコンピューター化していますか。

そうすると問題は、そうやって費用はかかりますよね。費用が、治療以外での。そういう費用をどこでどうやって賄っていくかという問題が出てくるわけですよ。レセプトの有料化とかも同じようにね。じゃ、単価を上げてくれと、そのかわりに。その辺の手間暇はちゃんとうちで持ちますよというような形で料金の高額化を図る。そのかわりもう、だめなやつはだめよと、こういう形でやっていけば、それなりの合理化が図れるんじゃないかというような感じがして、悪いやつはこの業界から去ってもらおうと、こういうステージをつくっていくと、こういうことだらうと思うんですがね。

この点について、もしご意見なり何かあったら、お話を賜りたいと思うんですが。A Jさん、お願いします、どうぞ。

●A J 保険審査のこと。

●本多（司会） そうです。保険審査のことです。

●A J そうですね、悪い柔整師を排除するという基準が、保険者たちがどの程度、我々の仕事内容を理解してくださっているのかということがちょっとひっかかるんですけども、腰痛にしても肩凝りにしても、さっきの話に戻りますけど、実際に我々が見ている患者さんが多いので、僕らが治療するときには、首の症状、肩の症状であっても全体を見ます。全体を見るときに、首の症状、肩の症状に対して手足、手首だったり足首のほうから操作することもあります。それを、患者さんが腰が痛いと言った症状に対して、我々は足首のミスアライメントが問題だらうと思って、それに対してアプローチすることに対して、患者さんも、そんなところに問題があるとは思わなかったというケースは結構あるんですよ。そういうことまで保険者が理解してくださっているのかというのが、ちょっと心配なんですけど。

●本多（司会） これは次回やろうと思っていたことにちょっと踏み込みましたが、ちょっと答えておきます。

保険者も、全部じゃありませんが、行った範囲の情報からすると、結構理解してくれているんです。ただ、先生方が理解させようという情報を提供していないんです、申しわけないけど。これは先生方だけが悪いんじゃないんですよ。部位別請求だからです。部位別請求という料金体系の中では、今、先生がおっしゃったような形で情報が出ていかないんです。

これは次回、料金の体系化の中で、皆さん、丸めという言葉を使うけど、全体の治療という中の治療費をどう見るか。一括治療費というんですが、あるいは今現在、柔道整復師の場合には部位別請求をやっておりますけれども、これはどういう沿革で、どういうねらい目でこんなものが出てきたのか。それが、現在の柔道整復師の先生方の治療になじむのか、なじまないのか。ここをきちっと議論しないで、相変わらず旧来の伝統をそのまま、無反省に踏襲している関係で、どうしても部位が、今、先生がおっしゃったように理解してもらえないんじゃないか。腰痛で来た患者さんに肩のほうまで治療がいったら、肩の請求は、これは何かおかしいじゃないかと必ず言われてしまう。それはなぜかというと、腰痛、全体バランスの中で治療しているのに、全体観察で治療しているのに、それを部位別でやるから、どうしても何部位、何部位ということになっていますから。あるいは、患部のほうを扱っていたら、健部のほうも治療したと。患部だけじゃないの。何で健部に来るんだよと。これは、患部を負傷している人が、健部のほうに負担がかかってくるから、当然、健部のほうについて何らかの問題が起きてくるだろうと。それに対して、どういうケアをしていくのかという問題が出てくるわけでしょう。

そうすると、実は部位別請求というのが本当に妥当なのかどうか。何のためにこんなことをやっているんだということになると、昭和11年の通達にこれが大きく関連をしてきているわけですね。そういう有機的な全体の体系があるわけです。それは次回、是非それを先生方からも現状をお聞かせ願いたいと思うんですが、おっしゃるとおり、このままでは料金化の、レセプトの審査制度の簡略化あるいは重点化を図る上では、今のようなことも改善していかないと、全体的にはバランスがとれない施術になっちゃいますから、そこは視野に入れていかなければいけないだろうと、こう思うわけでありまして。それは次回に。

●TM ○○接骨院のTMです。

1つ聞きたいんですけれども、悪い柔整師を排除するという話だったですけれども、例えば日常水増しするとかいろいろ、やってもいけないようなことをやっているというのは、もう明らかに悪いというのは明らかなんですけれども、それ以外に悪い柔整師という、よく不正請求、不正というのをどこでとらえるかという部分で、先ほど、腰痛、肩凝りも含め、明らかにおか

しなことをやっているというのは悪い、やっているとところがあるかもしれないというのは悪い、それは判断できます。それ以外に悪い柔整師という、排除されるべき柔整師というのは、どういところなんでしょうか。

●本多（司会）　それが難しいところでございまして、犯罪者はもう論外ですよ。そうすると、この業界は、どういうレベルの柔整師に残ってもらえるかという判断なんですよ、私の言いたいのは、悪いという表現を使うのは。私は患者ですが、この業界で専門家の職業として残ってもらえる柔整師という視点で、ものを見なきゃいけません。その中の一つが、保険請求で甘い取り扱いを受けている人たちがいる限り、これはだめですよと、ここは厳しくいきますよ。それでも食える柔整師になってもらいたいですよと。

もっとはっきり言えば、先生方の何人かは、市場原理が適用されない。保険がもらえるというのは市場原理から外れるわけですよ。だれでも、はっきり言えば、明日から保険請求ができるでしょう。そういうようなレベルでやっているから、僕に言わせれば、競争のないぬるま湯で、そしてちょっと触れば請求できるという、こういうケースが増えてきていませんか。だから、それを外さなくなるというのは、専門家として悪いという意味ですよ。人権的に悪いと言っているとかじゃないです。専門家として、そんな人はもう退場してもらってください。困るのは患者ですから。患者を説得できませんから。まず業界から選択していかなきゃいけない。こういうねらい目であります。そういう意味です。だから、これから悪いかどうかというのは、もう少し具体的に保険者、皆さんと協議しながら、この辺を外していこうじゃないかというふうな形になりますね。

それから、先ほどKHさんのほうからの話の中に、保険の取り扱いを柔道整復師が大方99%、我々としては90%かもしれないけど、最近は自由診療も増えてきましたから。そういう中で養成学校教育が、その保険の使い方あるいはルールというか、そういうことについて教育していないじゃないかということが、1つ大きな問題になっていますね。そしてまた、KHさんおっしゃるように、最初に白衣を着たときにその勤めた先生、親分の、大体性格をそのまま踏襲していると。これもやっぱり、改善にマイナスになっている部分というのはあるんじゃないかと思います。

この点はやっぱり十分に考えなきゃいけないんだけど、さりとて、今この私立経営である養成学校にそのカリキュラムの改善を求めても、自分の首を絞めるようなことですから、なかなかこれはやりようがない。とすれば、やはり学校に頼らずに業界の中で、こういう講座を、あるいは認定制度とかそういうのをつくって、そこをクリアしておかなければ、少なくとも柔道整復師であるなら構わないけれども、公的な資金をもって治療することは難しいですよって、

こういうルールづくりをして、学校は学校でやってくださいと。お好きなようにやりなさいと。我々業界人は業界人として、1つの現実を持って、業界の統治と運用をやっていきますよと。こういうような方向に持っていければ、ひとつ解決は早いかなと思います。

中には自由診療を希望していますから、保険の講座は聞きたくないなんていう人も出てくるかもしれませんから、そういう人に養成学校で、カリキュラムを強制するのはなかなか難しいかもしれません。学校のほうも建前論として、柔道整復師が保険請求するとは限らないじゃないかという、こういう反対論が出る可能性もありますから、ここは業界同士が意識して、業界同士でつくり上げていくというのがいいのかなというのが、今回の基本試案の中ではそういう選択をしているということでございます。

時間がたってきました。せっかく今日、大学のほうから学識経験者としてお二人の先生がお見えになっていまして、私の進行も含めてアドバイスをいただければ、大変私も助かります。

●AR 私のほうからご紹介しますと、隣にいらっしゃるのが〇〇大の元名誉教授のIM先生とおっしゃいまして、私も所属しておりますけど、〇〇学会の〇〇支部長をお務めになっております。隣にいらっしゃるのが〇〇大学のNM先生で、同じ学会の総務のほうの部長をなさっております。

先ほど私もちょっと、NM先生にもう一回ご質問なんですけど、超音波の装置ですね。あれが、やはり私が思うのは、地道に学会活動をずっとやってきた結果、厚労省が認めてくれたんじゃないかなと思うんですけど、いかがでしょうか。

●NM 〇〇支部の我々の学会の活動の中で、注射はできないとか、切ることもできない、血を見ることに関係づけることができないというような、あるいはレントゲンが使えないという、あるいは投薬もできないというような柔整師の方々の縛りの中で、整形外科に近いような疾患の中で、そこに何が起こっているか見えないということが一番、これは目をつぶって治療するようなことになってしまうだろうというので、〇〇支部では、せめて超音波は現在まで、その時点で使えないと言われていないから、何とかそれをやってみようじゃないかということで、毎回、超音波をよく使われている方をお呼びして、学術研修会という形で、超音波研修をずっとやってきているんです。

その中で、最初は非常に高かったものがどんどんと安価になってきていて、手軽に使えるようになりますが、問題はその使い方を知らない。あるいは画像を読み取れないという、読み取り方がわからないということで、今は随分解像度も上がってきていますので、ある意味では、軟部組織の損傷が少しわかるようになってきているというようこともありますから、特にレントゲンなんかよりは、関節内だとかそういうことについては、よく差が見やすいということがあ

りますので、できることであれば、超音波がこれから普及していったら、皆さんが少し自信を持って診断、治療ができるような方向が出てくればいいんじゃないかなと私は思っているのですが、私はその道の専門ではないんですけども、サポートする立場で今、超音波には取り組んでおります。

今日皆さんのお話をお聞きしていて非常に、そういうことが明るくなってくると随分、不正請求も含めてですけども、悪いことがなくなっていくのかなというような印象を受けております。

●本多（司会） 最後になって皆さんは、私がどんな方向の柔整師を考えているんだ、あるいは柔整師治療ってどんなことを考えているのかなというのが、少しはおわかりになったと思うんですけど、もう少しはっきり言いますと、こういうことを私は保険者に言っているんです。

腰痛、肩凝り、皆さんがよく知る四十肩に、悩んでいますよね、患者は。そういう患者をだれが見るんですか。どなたがどの費用で見るとですか。国が面倒見てくれるんですか。高齢者医療というのは、そういうところに投げかけられているわけでしょう。どなたがやるんですか。医者がやるんですか。先生方がやるんですか。その費用は、だれがどう持つんですか。そういうトータルの議論をしたことがないでしょう、この国は。派手な議論はするけど、政治受けする議論はいっぱいしていますよ、各政党は。しかし本当に困っているのは、高齢化した人たちが、腰が痛い、手が拳がらない、首が回らない。何となくうっとうしい、何となく体に不調がある。そういうものを一体、今の医学では、だれが面倒見てくれているんですか。

また、今は在宅ケアというのが増えてきました。昔は、ついこの間までは、施設に入れていました。最近は自宅に帰って自宅でやりましょうというのが、制度が変わってきました。そういう治療、小まめに日常的な治療をだれがやるんですか。どなたの負担でやるんですか。柔道整復師はこれだけの人数を擁してきています、社会的には。この人たちにお願いするのが一番手っ取り早いじゃないですか。そのかわりこの人たちにもしっかりした技術と倫理観・規律を持ってもらえれば、十分に可能性は高いんじゃないかというのが私の考え方なんです。

もちろん、骨折、脱臼もやってもらって結構ですよ。大いにやってもらって結構です。それ以外に、私みたいに腰痛で悩んでいる人間が医者にかかりたくない。医者にかかることによるデメリット、先生方にかかることによるメリットあるいはデメリット、いろいろ選択するのは患者ですよ。患者の僕が選択するんですよ。このぐらいの痛みなら徒手整復のほうがいいかな、ここまで来ればオペがいいかなというのは、私が選ぶことであって、同意することであって、国が強制することではないと。そういうレベルで考えております。そういう意味で先生方には、もう少ししっかりと治療家としてのものを持ってもらいたい。また持っている人がいたら、

是非それを公の席で、あるいは仕組みにさせていただきたいんです。

この業界では、相当高いレベルの方も結構おられます。しかし、それを仕組み化していない、残念ながら。個人個人ですばらしい人がいっぱいいます。私もかかっています。しかし、それを社会的な仕組みになっていただくのに、平均値が下がってしまうんです。そういうところがあるので、この柔整師会議を開きながら、先生方に問題意識を持ってもらって、そしてあるべき柔整師の姿を模索してもらって、それをそのまま保険者会議にかけて、そして保険者会議でも理解を深めて、そして全体の改革に入っていきたい。

柔道整復師は、昭和11年に保険制度になってから今日まで、ほとんど改革らしい改革がなくやってきたわけですから、政府も変わったし、皆さんの生活様式も変わったし、皆さんの数も変わってきたし、業界も数多く団体が出てきて、日整中心で業界が動くということはもうあり得ない、そういう世の中になっちゃった。いい悪いは別として。そういう中で、一人一人の先生方にもう一回共通の認識を持ってもらって、柔道整復師のあるべき姿を模索してもらって、それを保険請求の中でも具現していくという、そういう運動をしていきたい、そういう形をとりたいということで、保険者会議を開いたり、柔整師会議を開いたり、それから、そういう支持母体は何かといえば、患者なんですよね。皆さんじゃないんですよ。ここを履き違えちゃ困るんですよ。

レントゲン撮りたい。X線、超音波撮りたい。先生方のために撮るんじゃない。我々患者のために撮ってもらうわけですから、患者の視点を捨てては、制度改革は全くできない。だれも支持してくれない。だから患者会議も我々はセットして、患者会議、柔整師会議、保険者会議、この3セットで一体となって、この改革案の実現に向けていきたい。こういうことでございますので、そういうことを今後、この1年間続けてやっていきたいと、こう思っております。

今日、何にもわからずに来られた方がもしおられたとすれば、あるいは誤解して来られた方がおられるとすれば、帰りは十分な知識を持ってお帰りいただきたい。そして、将来の柔道整復師はどうあるべきか、どうすべきか。自分の子どもに柔整師の職業を継がせることはできるだろうか。そういうことを十分に視野に入れながら、新しい改革の波に是非乗ってもらいたいし、その波を起こしてもらいたい、こういうふうに考えるわけであります。

時間になりました。今日は大変ありがとうございました。

●八島 それでは、最後に事務局のほうから、次回の会議のスケジュールをご連絡させていただきます。

●伊藤 次回柔整師会議は、来年であります。2月11日、祝日を予定しております。皆様、

日程をご調整の上、ご参加のほど、よろしくお願いたします。

また、12月2日、保険者会議の内容の報告は、JBのホームページをお借りして報告させていただきます。12月末ぐらいには掲載を予定しておりますので、そちらのほうも是非ごらんになってください。

以上です。

●八島 本日はどうもありがとうございました。

午後 3時15分 閉会