

第2回九州・中国・四国地区柔整師会議

平成24年1月29日（日）

目 次

1. 代表挨拶	P 2
2. 保険者訪問について	P 2
3. 本論	P 8

“患者と柔整師の会”

於：ANAクラウンプラザホテル福岡

午後12時30分 開会

○八島 それでは、定刻を過ぎましたので、ただいまより第2回九州・中国・四国地区柔整師会議を開催させていただきます。

私は、本日司会の役目をさせていただきます“患者と柔整師の会”事務局の八島と申します。どうぞよろしくお願いいいたします。

それでは、会議に入ります前に幾つか諸注意を申し上げます。

本日の会議には、記録を残すために速記士が入っております。したがって、会議中の御発言の際は、進行係からの指示のもと必ずマイクを使って、所属団体名、府県名、氏名をおっしゃってから御発言ください。なお、所属団体名を伏せておきたい方は、府県名と氏名だけで結構でございます。

この速記録は、後日、社団J B日本接骨師会のホームページを借用し掲載する予定でございますが、その際は、所属団体名、府県名、氏名は伏せて掲載させていただきますことを、ここにお約束申し上げます。

最初に、本会議の趣旨説明として、弁護士の本多先生からお願いいいたします。

○本多 本多でございます。

柔整師会議は、去年九州でやりました、2回目になると思いますが、今日柔整師会議を開いた趣旨は、明日の保険者会議に保険者と私どもの意見交換の資料として、情報として、先生方の現場の声を保険者に、私の口で、私なりの表現でお伝えしたいと考えております。

今日はJ Bの保険部長である諸星さんに進行係をお願いするわけですが、特にテーマを絞り込みました。先生方が日ごろ治療として行われている外傷以外の負傷（原因があきらかな外傷と、原因があきらかでない外傷）に焦点を当てまして、先生方から現場の実際の治療、こういうことをしているんだとか、こういうふうの問題があるんだとか、こういうことに悩んでいるんだとか、これはどうするんだとか、そういうお話を具体的に聞かせてもらおう。もちろん外傷のところについても若干指針はふれておりますが、そこら辺も諸星さんからお話がいくと思いますので、活発なご意見を期待しております。

以上でございます。

○八島 ありがとうございます。

本会議は速記士が入っておりますので、ビデオ等の撮影はご遠慮いただきたいと思いますので、もしそういうことがあれば、よろしくお願いいいたします。

それでは、本日の主催団体であります“患者と柔整師の会”の代表、今城康夫よりごあいさ

つをさせていただきます。よろしくお願いいたします。

1. 代表挨拶

○今城 ただいま紹介いただきました“患者と柔整師の会”の患者代表、今城康夫です。

本日は忙しい中、第2回九州・中国・四国地区柔整師会議にご参加いただき、大変ありがとうございます。

私たち“患者と柔整師の会”は、世間から信頼される柔整診療制度にするため、保険者会議、柔整師会議、患者会議を開催し、療養費受領委任払制度の改革に取り組み、認定・登録柔道整復師制度など、五つの改革案を作成しました。

なお、改革案は一部の柔整師さんに負担をかけますが、グレーな柔整診療はなくなり、柔整師が自信を持って治療ができ、患者も安心して診療を受けられ、柔整診療の発展につながると考えております。

昨年11月13日開催の総括会議では、国会議員、保険者、業界団体及び柔整師、患者など、約250名に参加いただき、本試案の説明を行いました。また、昨年12月1日の参議院厚生労働委員会では、大島議員から私たちの取り組んでいる認定制度などの改革試案に近い内容が提案されましたので、改革案の支援をお願いしました。

しかし、昨年11月19日、大阪府の保険医協会の柔整問題テーマのシンポジウムでは、療養費受領委任払制度の廃止や不正請求に対する処分など、柔整師問題の早期解決を求める厳しい決議文が出されました。

本制度は柔整師業界全体の問題であるのに、多くの業界団体が問題意識を持たない、何も行動を起こしていません。業界全体が行動を起こし、制度の改革に取り組むことが大事だと考えております。

本日は、改革試案実施のため、活発なご意見、ご提案をよろしくお願いいたします。(拍手)

○八島 どうもありがとうございました。

2. 保険者訪問について

○八島 ここで、“患者と柔整師の会”が保険者さんを訪問してきておりますので、その訪問報告を簡単に、地域連絡員2名、職員1名にしてもらいたいと思います。

最初に、泉地域連絡員からよろしくお願いいたします。

○泉 紹介にあずかりました地域連絡員の泉と申します。

今、広島連絡員をしているんですけども、通常の業務は中・四国の会員さんの定期的な訪問で、本部と会員の皆さんがどういう気持ちを持って働いているのか。そのパイプ役として本来の業務をさせていただいております。

昨年3月ぐらいから“患者と柔整師の会”の活動の中で、保険者会議の準備として、健保組合、共済組合、国保組合、協会健保など、約150団体を訪問させていただきました。最初、アポなしで保険者のところに行くことは非常に不安でありましたが、保険者の方々にも受け入れてもらいまして、忌憚のない話も結構できるようになっております。

その中で感じたことは、柔整師に対しての不信感、納得がいく療養費の支払いに対してのいら立ちを持たれている保険者の方が多くおられました。ただし、一方的に柔整の先生方が悪いのではなく、受けている被保険者の利用者に対しての問題も結構あるということをお聞きいたしました。

その中でいろいろな面を指摘されましたが、かいつまんで五つほど話をさせていただきます。

今、健康保険組合の多くは、保険料での収入が少なくなって、治療費が右肩上がりが増えていく状況に置かれております。適正な治療費を支払うためには、申請書の審査をきっちり行って、今行っている患者照会もやむを得ないという考え方を持っておられる保険者の方も多くおられました。患者照会をなされているところは、ほとんど大手の企業さんで、小さな組合員が少ないところは、御自身のところで担当者が審査している様子でございます。

その中で申請書を見ると、患者さんのモラルの問題、特に長期治療の方にも問題があることや、問題がある申請をしている柔整師は限られていると。大体同じ方がしていることは保険者さんもつかまれている様子でございました。

2番目に、申請書の審査基準が非常にあいまいであることが多く聞かれました。審査を外部に委託されているところと自分のところで審査されている組合がありますけれども、審査に対しての基準がわからないという声が非常に多く聞かれました。同時に、組合の担当者が審査する能力には限界があるので非常に難しいという声もありました。また、書類だけの審査では判断するのに限度があるという意見も出されておりました。一昨年9月に審査基準の改正がありましたが、何も改善されていないという厳しい指摘もありました。

3番目に、個人請求者の増加が見られて、非常に登録業務が煩雑になって、作業も増えて経費もかかっているという声が多くありました。同時に、個人申請者の中には保険事務の教育などがされていないため、申請書の不備も多く、余計に時間がかかっている様子であります。また、申請書の記載方法がわからないので直接保険者へ「書き方を教えてくれ」という問い合わせ

せもあるようで、これも柔整に対しての不信感につながっているように思われます。

支払いに対しても同様で、個人請求者でも1件は1件なので、登録するにも非常に手間がかかると。だから、今我々が行っている“患者と柔整師の会”で提案している受領委任払を利用できるための認定制度や支払機構の設立については、ほとんどの保険者の担当者の方は賛同されておりました。

四つ目に、これから業界そのものが自助努力をしようと言っていますが、今までもできていないのに、今さら何ができるという厳しい声も上がりました。不正請求や不当請求などの違法な行為が見られた場合、うやむやにしないで、賞罰委員会を設けて、だれもが納得いくような罰則、例えば資格の抹消や営業停止など、業界全体として考慮すべきだという厳しい意見もありました。

ただ、本来であれば、業界全体がまとまってこういう動きをするのが理想でありますけれども、一団体でも実行することができれば、これから将来的にも信頼につながるのではないかと、いう優しい声もありました。

しかし、現実問題として、患者照会を行ったことで治療に対して信用できないのかと、保険組合の担当者に柔整師から厳しい叱責を受けた例もあり、一部の柔整師の態度、モラルに関しても問題があることは事実であります。

5番目に、今のままでは柔整業界は全体的な信用を失うので、患者さんを含めて、柔整師、保険者が制度改革のために、“患者と柔整師の会”で取り組むことは非常によいことだという評価もありました。本来であれば、業界全体で行政にアピールすることが大切ですが、先ほど言いましたように、それもできないのであれば、一団体でもいいから地道に継続して認知してもらえるように頑張ってくださいと言う保険者の方もおられました。

私が思うには、今、保険者の抱えている問題と柔整の先生が抱えている問題は直結しているので、お互いの意見を述べて問題を共有することが大切なのではないかと、この訪問を続けながら思っている次第でございます。

以上です。

○八島 ありがとうございました。

次に、渡辺地域連絡員をお願いします。

○渡辺 ただいま紹介いただきました広島で連絡員をしております渡辺と申します。よろしくをお願いします。

先ほど泉が話をしたように、私と泉と2人で、広島で地域連絡員をしております。昨年から

ですけれども、中・四国・九州、熊本の保険者 150 件以上訪問しました。当初は我々のような団体が訪問すること自体びっくりされた保険者がほとんどでしたけれども、現在は何度も訪問している保険者も増え、我々に対する反応も随分変わってきていると思います。

各保険者を訪問して感じたことを何点か報告させていただきます。

1 点目は、どこの保険者を訪問しても問題視されていますけれども、支払い基準があいまい、統一化できていない。できているようでできていないと。これは柔整師側と保険者側で保険適用の可否の判断が食い違っている。この見解の違いを何とかしてほしいと、かなり多くの保険者から要望がありました。それと、行政の怠慢を指摘されている保険者も非常に多く感じられました。

2 点目は、昨年、保険局から審査の重点事項項目ということで、療養費の給付適正化に努めることの通達が出ています。その結果、レセの払い戻し、返戻が去年あたりからかなり増えてきていることをお聞きしています。しかし、現状我々が保険者を訪問して意見を聞いてみますと、給付適正化のために患者照会、負傷原因のチェック強化に取り組んでいる保険者もあれば、全く手つかずの保険者もいらっしゃいます。保険者間で療養費に関しての問題意識の温度差を非常に感じます。単一健保組合は、この問題意識は非常に高いです。しかし、今度この給付適正化のため、どこの保険者もチェック強化をかなり強烈にしてくるのではないかという気はします。

3 点目は、保険者・柔整師は、療養費に関しての問題点はたくさん抱えておられますが、一保険者では解決策は出てこない。最終的には行政の方針待ちというところがいろいろ意見として出てきております。

まず、柔整師業界で明確なルールをつくってほしい。組織を一本化するのが一番近道ですけれども、それが不可能であれば、これらの活動に賛同する団体、柔整師を多く集めて、行政に働きかけてほしい。行政が動かないと、我々保険者も決断しにくいという意見も多々聞いております。

4 点目は、ある保険者を訪問したときに言われました。今、負傷原因をかなり強力でチェックしております。レセプト内容を見ますと、負傷原因の内容がパターン化している。別々の患者さんですが、負傷原因が全く同じ。おかしいと思いませんかという問いかけもいただいています。

これら内容に問題があれば、疲労性疾患等を明記して返戻をし、改善を促しているつもりですけれども、この改善が全く見えない柔整師の方もいらっしゃいますし、改善が見えれば、当

然我々保険者側は支払いをさせていただきますという意見もあります。

以上、保険者の意見を簡単ですが、報告させていただきます。

最後に、今後ますます保険者のチェック体制が厳しくなると思います。行政も給付適正化のための予算をつけたとの話も聞いておりますので、そのためにも柔整師個人個人の意識改善が必要になってくるのではないかと思います。

以上です。ありがとうございました。

○八島 どうもありがとうございます。

最後に、伊藤職員お願いいたします。

○伊藤 ただいまご紹介にあずかりました“患者と柔整師の会”の事務局の伊藤と申します。

昨年12月に厚生労働省を訪問した際に、平成24年度、新しく予算を組み、柔整の問題委員会を開く予定があるというお話をお伺いいたしました。また、保険者を訪問した際に、厚生労働省から、先ほどの話と少しダブりますが、重要点検項目に柔整の申請の適正化が単独で、一つの項目として加えられたということをお伺いしました。

また、柔整の申請書に関しては、月に10日以上を受診、3部位以上の施術、金額が1万円以上になる施術、また、1年以上の長期の施術には、患者に照会を下さいという指導があるというお話を伺いました。

このことで拍車がかかったのか、最近訪問した保険者からは、受領委任払はやめて償還払いに戻すべきだという意見を多く聞きました。そのような意見の保険者に「では、柔整の治療は必要ではないのか」という質問をしてみました。ほとんどの保険者は「そんなことはない。柔整の治療でないと治らない症状もある」と言います。また、ほかに「私たちの加入者の健康のための治療をしてもらっている」という認識のある保険者も多くありました。しかし、その中には「療養費の扱いとなるとどうか」という考えを持っている保険者も幾つかありました。

また、ある保険者は、患者照会以外に、接骨院に対して負傷原因、経過、治癒見込みを照会することを最近始めたそうです。つまりは、現在の申請書からでは治療内容が明確に見えない。内容が明確にわかればお支払いをするということです。

第7回目の保険者会議で本多先生から「審査する人にできるだけわかりやすく情報を提供するという謙虚な気持ちになりなさい」と発言していらっしゃるようですが、本多先生は、そうしなさいということではなくて、そうすることができるでしょうとおっしゃっているんだと思います。

現在、保険に関して柔整だけが審査・支払いが厳しくなったわけではありません。医療関係の

保険者を訪問した際には、医科のレセプトに対しても厳しく点検をしている。医療に対して自分たちのことに厳しくして、それから料金の値上げを要請するというお話でした。柔整もそのように、まずは自助努力をすることが必要であると考えます。

柔整の療養費は、行政とは直接の関係はなく、保険者と柔整師の直接関係です。行政だけに頼らず、保険者と柔整師がお互いによりよい関係となっていくことが必要ではないでしょうか。柔整業界がご自身の治療を知っていただくという努力と、保険者の困っている事情を知り、業界として、その改善に努力する姿勢が不可欠ではないでしょうか。

次に、一番最近の報告をさせていただきます。

1月27日金曜日、〇〇県〇〇市で六つの保険者に集っていただき、私たちの試案・業界について意見交換をさせていただきました。この案には多く賛同していただけたんですけども、驚くことに、何か思惑があるのではないかと、柔整師のペースに乗せられてしまうのではないかと。そのぐらい柔整業界に対して疑心暗鬼が強いことを物語っていたような発言がありました。しかし、そのような本音の話し合いができるようないい意見交換会になったと思います。

少し保険者との壁が低くなったのか、溝が埋まったのではないかなと思われる会議の内容でした。今後もこのような小規模な意見交換会を行っていきたいと考えております。

以上、報告を終わります。

〇八島 ありがとうございます。

それでは、本論に入ります前に、昨年11月13日に六本木アカデミーヒルズで改革第二次試案を公表したわけですが、それを説明したDVDがあります。15分ほどで済みますので、それをごらんいただきたいと思います。それから本論に入らせていただきます。

[DVD上映]

〇八島 どうもありがとうございました。

これが11月13日のアカデミーヒルズでの我々の発表の状況でございます。

それでは、ここからは進行係の諸星専務にバトンタッチいたしまして、審査基準設定のための指針について、特にこの辺を詳しく本日はご議論いただきたいと思います。ひとつよろしく願いいたします。

3. 本論

〇諸星（司会） ただいま紹介にあずかりました諸星と申します。どうぞよろしく願いします。

せっかくのお休みの中、第2回九州・中国・四国地区柔整師会議にご出席いただきまして、まことにありがとうございます。皆様方の協力を得て進めていきたいと思っておりますので、よろしく申し上げます。

柔道整復師の施術においては、昭和11年に療養費委任払方式を協定によって結び、本来なら時代とともに、その時代に沿った形に変化を遂げなければならなかったものを、そのまま76年を経て今日まで何も変えてこなかったのは、我々柔道整復師の責任の一つと考えております。

そのことによって新聞や雑誌等において、柔道整復師の不正・不当請求等の報道、また国会で取り上げられたのも記憶に新しいものと思っております。今後このような事例をなくして適正な柔道整復師の業を確保することは、国民や保険者に対して十分な説明責任、信頼を確立するにおいて重要なことであり、また、柔道整復師をめぐる一連の問題、接骨院での臨床現場と、それを統括するはずの制度が余りにも大きく乖離していることに起因すると思っております。

したがって、柔道整復師の資格要件をかなり厳しく是正して、それと同時に、制度そのものを再確認し、より実態に即したものに变革する必要があると考えます。

先ほど認定柔道整復師制度、支払機構、審査委員会、療養費支給審査基準設定のための指針等について説明がありましたが、本日はその中でも特に、先生方に資料がいつているかと思っておりますが、5番目の療養費支給審査基準設定のための指針という19ページから始まるものですが、この辺について進めていきたいと思っております。

まず指針の総説ですが、この基準を設定するに当たっては、内容と方向を示し、一応の参考に供するものであると書かれております。現行の療養費の支給基準は保険者によってまちまちであって、かつ使い勝手がよいとは言えない。基準が現実に行われている柔道整復師の施術と乖離して、基準としての機能を果たしていないと言われております。

基準は、柔道整復師の施術に対する療養費の支給範囲及び支給額を適正なものとするために、施術内容を的確にとらえることができるようにしなければならない。また、施術の内容を現実的に規律できる具体的な基準を設定しなければなりません。

そのような観点で、この指針については、柔道整復師が実際に行っている施術を大きく二つの範疇に分けております。二つの施術は、それぞれ内容・方針が異なっております。各施術を現実に規律するには、各施術の方針・内容を規律する基準をつくる必要があります。

一つ目の施術は、骨折・脱臼・打撲・捻挫及び挫傷の外傷による施術であります。もう一つは、明らかな外傷と判定できない（筋・骨・腱・関節等の痛み、運動（機能）制限（障害）等）の症状（以下、非外傷という）に当たる施術であります。

この施術方針・内容に対応した基準を設定することを求め、それぞれに設定された基準が有効に機能し、柔道整復師の施術に対する療養費の審査が効率よく適正に行うことができるものと考えます。また、審査の適正かつ能率は、申請書から施術方針・内容等の事実関係をいかに定型的にとらえることを可能にすること。そのためには、申請書の記載事項にどのようなものを明示させるのがよいか等が、この中には書かれております。

最後に、この指針は、当会が提案している療養費審査委員会が実施する申請書記載内容（施術内容）の審査のための基準に関するものであり、審査業務は一般審査と、特に問題となる申請書について合議検討審査の二つに分かれていますということが総説に書かれております。

まず最初に、資料にある非外傷について進めていきたいと思うんですが、その前に一つだけ、外傷に対する基準設定の指針の中の4番目に、負傷日と初検日との間が5日を超えた場合は、その間の症状及びその管理状況を日記方式で記載せよと。10日過ぎたものに関しては非外傷として取り扱うものとなっているんですが、10日ぐらいで非外傷にしてしまうことに関して、先生方のご意見をまず最初にお聞きしたいなと思っております。

この辺は、RT先生はどう思っておりますでしょうか。

○RT ○○県のRTと申します。

10日過ぎての外傷ということなんですが、実際にケガをされて、土曜、日曜なんか挟んだりしますと、当然10日過ぎて受診される事例も出るのかなと考えております。

○諸星（司会） ありがとうございます。

ほかに、10日過ぎたら急性でも亜急性でもなく、外傷扱いもしないよと、非外傷だよということに関してのご意見ありますでしょうか。

特別ないようですね。これはこれでいいとしまして、本論の非外傷について。

先生方もふだん外傷ばかり診ているわけじゃないと思うんです。その辺の本音をご披露していただければ、明日の保険者会議に有効かと思えます。

例えば、五十肩をやっているぞ。五十肩だったら保険請求はできないけれども、整形でたいしてやってくれないから患者さんが来るんだよ。それに対して手技をしたり電気をかけたり、そしてうちは治しているんだよ。患者も喜んでるんだ。だから、請求してもいいじゃないかという考え方もあるかと思うし。実際、私としては、五十肩はそのような感じでやっています。喜ばれています。保険請求も実際しております。

支給基準には当たらないけれども、いいんじゃないかな。実際、昭和11年に受領委任制度ができたころは整形外科も少なかったし、柔道整復師が、そういう受領委任制度ができたのはと

でも価値あることなんですけれども、変更してこなかったというのも問題ありますけれども、柔道整復師は外傷だけじゃなくて、いろいろな治療ができるわけですから、いいんじゃないのと僕は思っているんです。

先生方で、外傷以外のことを、ここはこういうふうになっているよとか。寝違いはほとんどみんな外傷で扱っているかと思えますけれども、内科的な疾患で寝違いになることも文献なんかには載っているんですが、そういう非外傷でこういうのがあるんだけれども、これは保険で請求しているみたいな、またはしていないよというのを、どうぞ。SF先生よろしくお願いします。

○SF 腰が痛いと言って来られた患者さんで、「何かやったんですか」と原因を聞いたら、「原因はない」とおっしゃるんですね。でも、何かひねったでしょう、重たいものを持ったでしょうと、誘導じゃないですけども、そういう感じで保険請求させていただいています。それは結構あると思うんですね。

原因がわからないと言う方もいらっしゃいます。だけど、ひねった、持った、何かないですかと言って、ちょっと引き出しながら原因をつけています。そういう状況があります。

○諸星（司会） ありがとうございます。

確かにそういうのはあるかなと僕も思いますが、ほかにそのような非外傷に対して。どうぞ。

○ZK 全柔協に所属しています○○県のZKと申します。

私も一柔整師として、患者さんは痛みがあったときにいろいろな窓口を探す中で、柔整師がたまたまそのとき縁があったと。私もそれなりに健康保険を扱う上で自分なりの倫理観とか基準を持って診させてもらっているつもりなんですけれども、その中で、法律的なことからちょっと外れて、おしかりを受けるかもわからないですけども、私の中では日常生活に支障を来した、人間としての解剖学的な運動範囲であるとか、そういう部分まで引き上げる。そこまで痛みを持った患者さんに対する最低限のケアかなと思って、健康保険を扱える範囲としているんですけども、それ以上の施術となったときには、健康保険で扱っているのに自分の中でも抵抗を感じる部分もあって、その辺に対するジレンマをずっと持ち続けて、今日こういう会に初めて出席させていただいたんですけども、この“患者と柔整師の会”の今までの活動を私なりに調べさせてもらって、非常に胸がすく思いがしたというか、実際この冊子を読ませてもらって、こういう内容に発展していくべきじゃないのかなと感じた次第であります。

ちょっと本題から外れたかもわかりませんが、私の気持ちです。

○諸星（司会） よくわかりました。ありがとうございます。

ほかに非外傷に関してご意見を。どうぞ、先生お願いします。

○KM ○○県のKMです。

私がいつも思っているのは、病後の場合、病院で診断してきて、神経痛だと言われるわけですね。痛みが走ります、足のほうにも痛みが走ります。レントゲンを撮ったら変形性のために神経痛が起きているんだと病院で診断されたわけですね。うちに来まして、「それだったらうちじゃ診られませんよ」じゃ私の仕事も成り立ちませんので、一応受けますね。私は捻挫でしか処理できないわけですよ、柔整師ですからね。その辺で自分ではどうしてかなと思うんですね。

それと、変形性からきている神経痛だったら、変形性が治らん限りは神経痛の痛みがとれんじゃないですか。ところが、私が捻挫として診断して施術すると、その場で痛みがとれるわけですよ。すると、患者さんに判断してもらったら、どっちが正しいかを見た場合は、私のほうが正しいと言うわけですよ。これはうちのスタッフに言わせてもそう言いますね、素人ですけども。結論がしっかりしているじゃないかと。先生の理論で治療して治る。そしたら先生のほうが正しいじゃないかと言うわけですよ。

レントゲンを撮って変形性はあるかもしれませんが、実際に変形性からきている痛みなのかどうかという疑問があるわけですね。変形があっても痛みがきてないのもあるし。実際に現在出ている痛みが、その変形性からきているのかどうか、その辺は判断がつきにくいじゃないですか、レントゲンだけだからですね。なぜ私が整復したら治るのか。骨盤のずれの整復、靭帯の整復、いろいろなことを整復して行って、その結果、痛みがとれます。とれたらとれたほうを信用するわけですね、患者さんというのは。

私自身も病理学的に解剖していろいろ検査したわけではありませんから自信は余りないですけども、どっちが正しいんだろうかなと思ったら、自分の結果を見て、自分のほうを正しいんじゃないかなと私は思っているんですよ。患者さんも私のほうを支持してくれますね。だから患者さんも増えていくという形なんですね。

審査個別指導があったときに、この問題でやり合ったことがあります。行政は「病院で診断されているから、おたくは診られませんよ」という形で言って削ろうとするわけですね。ところが、私は「いや、変形性は確かにあったかもしれない。しかし、捻挫も起こしている」と。変形性腰痛があったとしても捻挫も起こすじゃないかというのが私の持論なんですよ。変形があったから捻挫を起こさないことはないです。病院は病院で変形性で治療すればいいじゃないですか。私は、そこで捻挫が起きたんだから捻挫として処理しているんだからということで突っぱねていろいろやったことがあります。私の言い方は屁理屈みたいなものですけども、それは通りました。長い間いろいろやりましたけれども、通りました。

私が言いたいのは、広く見ていただければと思うんですね。例えば、変形性だから絶対できないと言うんじゃないで、柔整もやれる範囲があるじゃないですか。痛みをとる、それが治療ですので、患者さんのためを思って、患者さんの立場から考えた医療行政をやってほしいんですよ。そうすれば、何も私たちが捻挫ということにこだわらなくて、そういうのであるのであれば、作文をしなくていいじゃないですか。原因が要るよとかいうと、もう大変なんですね。

患者さんと「どうしましたか。転んだ」「転んでない」「何か持ったでしょう」「いや、持ってない」というやりとりで、そんなばかげたことにエネルギーを使いたくないんですよ。そんなのもういいじゃないですか。問題は、治るか治らんかでしょう。柔整のほうのその範囲を広げてもらえればいいわけですよ。

病院を第一に考えなくていいと思うんですよ。病院を第一に考えるんだったら変形性で終わりですね。我々は使えません。そうじゃなくて、実際に治療して治るわけですから、私たちの意見も正しい面はあると思うんです。患者さんも支持しているし。そういうのであれば、もっと広い意味にして、そういうものも診ていいですよ。診られますよというのを柔整のものにしていだきたいんですよ。

私、長年やっているけれども、作文してうそを書いたり、色々するのが嫌なんですよ。もうやめようと思ったこと何回もあります。でも、そういうのがずっと続いてきて、柔整業界は全然変化してないんですね。もう残念でしょうがないです。だから、行政のほうで何でも診られますよという形ぐらい柔整のほうをレベルアップしてもらいたいんですね。

それともう一つ、膝の場合、変形性膝関節症とかあるじゃないですか。病院でレントゲンを撮ります。変形性の膝関節症だと。そうしたら、もう私たちは診られないのかという形になります。結構多いですよ。もちろん私は診ます。堂々と診ます。なぜかといいますと、変形性膝関節症でも、動いていたら捻挫をするわけですよ。さっきの腰痛と一緒にですが、変形性膝関節症だけで痛みがきているのか、障害がきて動けないのかとか、正座ができない。それだけとは限らないじゃないですか。人間は日常生活をしているわけですから捻挫もするわけですよ。

捻挫という定義はわかりますね。外傷が加わって軟部組織を痛めて云々というのが捻挫でしょう。それを起こすじゃないですか。起さない人は絶対ないですよ。変形性なら余計起しますよね。そうしたら、変形性で処理するのか捻挫で処理するか、ただそれだけの違いでしょう。ということは、変形性で処理してもいいじゃないですか、病院は病院で。私たちは私たちが捻挫で処理してもいいと思うんですよ。そうしたら治らなければいけませんよ。いつまでたっても治らんというのではいけないけれども、柔整師の先生方がやって治らんことはないんですよ。

歩ける、いい結果が出ているはずですよ。出ているからこそ患者さんの受け入れがよくて、柔整師が成り立っていると思うんですね。

私の場合も、変形性膝関節症で病院から「痛い」と言って来ます。その患者さんを、うちは絶対歩けるようにして帰します。それだけの自信があるんですよ。ということは、私がやっている施術がまんざらの外れではないと思うんですね。それは来て見てもらってもいいですよ、実際にその患者さんいっぱいおられますから。そういうふうにして私の場合は、必ず患者さんが「すごくよくなった」ということを口から出して帰すような感じでやっているんですね。

それからすると、私も自信がだんだんできてきているんですけども、さっき言ったように変形性だから云々とか、やったらいけないとか、そういう時点でちょっとおかしいんじゃないかなと思います。だから、柔整の仕事をもっと広げて、広い意味で。捻挫したから、こけてひねったからじゃないとできないよということ自体が、私はおかしいと思います。

昔の話をしますけれども、昔は陳旧性の習慣性の捻挫もいいですよとなっていたんですよ。それは日常生活の中で反復していろいろなことをやっていきますから、力が加わりますから痛めて来ると。それも認めましょうという時期もあったわけですよ。私はそういう考え方に大賛成ですね。そういうのを支持する協会の医者もいたわけですね。そういう人たちが亡くなって、いろいろな自浄作用があるんでしょうけれども、最近は柔整界の考え方がちょっと狭くなってきていますね。

そういうことも踏まえて、こういういい機会があるのであれば、私はもっと柔整師のレベルを上げて、行政の状態も上げて、そして何でも診られるような状況にしたらいんじゃないかなと思うし、してもらいたいと思います。私が感じていることはそういうことです。

○諸星（司会） どうもありがとうございました。

僕は進行係なので余り多く意見を言っちゃいけないと思うんですけども、札幌医科大学の先生が本を出しているんですけども、変形性膝関節症があれば捻挫しやすいと書いてあります。変形性膝関節症というのは、一般的に外傷じゃなく病気扱い。捻挫は外傷なので、当然病気は柔整師はしないから、分けてやってもいいんじゃないかと僕は思っていますので、先生の考え方はいいかなと思っています。

○KM 私は膝関節症であろうが、変形性であろうが何だろうとやるんですよ。病院とダブった日、今日病院で治療すれば、今日うちではしませんけれども、同じ日は避けたりしていますけれども、自分で診て、範囲内で診断して、これは捻挫症状があると。自分で治療したら、これは改善できるという自信がある人は全部診ています、自信を持って。行政から突っ込みがあ

った場合には、堂々と説明しております。だから、私はそういう考え方でいいんじゃないか、ぜひそういうふうにしてもらいたいと思うんです。

○本多 ちょっと質問していいかな。

膝関節症の変形の場合、捻挫と変形による神経症とどう区別するんですか。先生が診た患者さんの中で、変形性がある、だから捻挫もしやすい。これは捻挫からきているのかきていないのか、どこで区別されますか。そこが大事なんですよ。保険を通すには。どうやって先生方は区別されているのか。

もう一点、治したらいいじゃない。施術は請負じゃないんです。治らなくてもいいんです。治るように努力したという行為が評価されるわけですから。もし治すということだけ、結果でやるのであれば、これは請負になってしまいます。治療でも何でもなし。治療というのは、あくまでも治すことを志向して、それに先生方の臨床的な経験や医学知識を集中していく。結果、治らなくても報酬は請求してよろしい。治らなかつたら報酬請求できないのかとなりますよ。だから、治る治らないという議論よりも、治すための理屈づけをどうするかが保険を通す道具立てになるということでもあります。

○KM 今の質問で、どこで判断するかと言われました。私の場合は、膝で説明するとすれば、まずその痛みがどこからきているかを判断していきます。それにはまず視診ですよ、それは体全体のバランスの違いですね、それから診ていきます。

例えば右膝が痛いと言って来ました。病院ではレントゲンを撮って、変形性からきているんだということですね。私の場合は、体の全体のバランスをまず診ます。一番多いのは、右の足が外旋して、そのために膝にも負担がかかっているんじゃないかなという感じが見られますと。見たときにですね。

外旋の判断はどうして診るかといいますと、私は磯谷療法を参考にするんですけども、それもありますけれども、立ってもらったときに外旋しています、足の先が外に開いています。そういう視診の判断はありますね。まず視診。

それから、両足の筋肉の大きさとか、いろいろな比較をしますね。筋肉の大きさの比較をしたりしますね。すると、悪いほうは大きくなっている。筋肉の硬さの比較をします。それと腫れぐあいですね。腫脹がどういうふうになっているか。それと、左右を比べます。大腿部と下腿部のバランスの違いを診ます。

あと、オーリングテストをします。大腿部のねじれのオーリングテスト、下腿部のオーリングテストをします。それが反応あるかどうかを診ます。あと、筋肉の縮まりぐあい、収縮ぐあ

いの反応をオーリングテストで診たりもします。そして、総合的に考えて、いろいろなねじれからきているものであると判断して、チェックしたところを全部治していくんですよ。すると、すぐにいい結果が出るんですね。

そういういろいろな自分の持っている知識と、今までいろいろな先生方が考え出された診断法則がありますので、そういったものを参考にしまして総合的に考えて、これは捻挫の症状があると診断して、自分では治療しております。その結果、いい結果が出ているということですね。

○本多 今のお話で、ほかにご意見のある方いますか。今の先生のご説明に補足あるいは、どうぞ。

○ZK その内容であると、あの先生だと通じる話でも、勉強してきた先生方それぞれ違う主観を持って患者さんを診るから、客観的な判断材料を保険者とか第三者に見てもらうときに、我々柔整師ができるものといったら、さっきおっしゃられた視診だったり触診だったり。その辺をどう保険者に、ペーパーとか画像であるとか、そういうところを評価するツールがないとか、そういうところでジレンマを感じるが多々あります。

痛みをとるということ、そのみにこだわり過ぎているところがあるのかなとは思いますが、さっきおっしゃられた中で、治すことに向かう行為であることには間違いはないんですけども、治ればいいというものじゃなくて、さらに柔整師が伸びていくためには客観的に、冷静に、こういう状態の患者が来た、これは捻挫だよというのが、僕の意見じゃなくて、みんながわかるツールがないのかなと模索している最中です。

○DS ○○県のDSと申します。

先ほどのKM先生の意見に私も大部分同意するところがあります。もちろん勉強とか方法は全然違う方向から、私もKM先生と同じような方向へどんどん行ってみたんです。

まず、森でいうなら、木が1本悪くなったら、その木が、例えば人間の体だったらレントゲンとか、厳密に小さく何で悪くなったかという木を調べるんですけども、柔道整復師はどちらかというと、森を見て、その木に何でそうなったかという部分を見出すような感じですね。だから、例えば膝が悪くなったら、何で膝がこういうふうに悪くなったかという原因みたいなやつをいろいろ試行錯誤しながら診るんです。

患者さんとの会話で、むち打ちをして数カ月たって肩こりがひどくなったとか、上肢の関節の異常がだんだん出てきたとか、腰が痛いのを我慢していたら膝が痛くなったとか、そういうのをよく聞くんですよ。だから、もともと非外傷か外傷じゃないかという分け方は、ちょっと

おかしいような気がしますね。

それから、適切な首の治療、適切な腰の治療をしないで、保存的な湿布とかで療養していた人がだんだん膝が悪くなって、また、変形が先か痛みが先かという話になってくるんですけれども、変形している膝の人のほとんどは、最初は軽い膝の痛みの繰り返しを我慢しているうちに気がついたら、2年、3年たったら変形性膝関節症。そのときに痛みを適切な形で治療していれば、そこまで痛くならなかったんじゃないかなとか、例えば腰からちゃんと治療していれば、そこまでひどくならなかったんじゃないか。私は日常診療の中でそういうジレンマを抱えているんです。

だから、膝が悪いと来た患者さんは、腰からよく診て行って大腿四頭筋とか。膝が悪いと、太ももの裏前とかに緊張が出てきて、そしてお皿の動きが悪くなって、それが膝の動きをだんだん微妙に制限するんですね。それがちょっとしたひねりで痛みがどんと捻挫みたいな症状になって、捻挫という形で処理するんですけども、それをもう一步踏み込んでいくと腰の緊張とか随分あって、結局は、膝がよくなったら腰が痛いと言って、腰を治療するようになるんです。腰がよくなって完治という形になるんですけれども、そういうパターンが結構多いんですね。

あと、脊椎との因果関係が結構強く出ているんですよ。そういう部分で上肢とか下肢に症状が出る場合が結構多くて、肩関節周囲炎なんかも、ずっとたどっていくと首周辺が硬くなっていたりして、そこを治療すると肩のほうがうんと楽になって、何かうそみたいという感じになったりすることがよくあるので。

昨日の症例じゃないけれども、肘内障なのに肩と手首にギプス。だから、ちょっとポイントのずれた治療をずっとやっていると、だんだん一般的に慢性とか、もう年だからだめだとか、そういう形になっていくことが結構多いんじゃないかな。それで整体とかカイロとかに走る人が結構多い。

そういう部分をいろいろ抱えているんですけども、やっぱりKM先生が言ったように結果がすべてという考え方もあるし、保険者とのレセプトのやりとりも大切だと思うんですけども、そのところのさじかげんとかが結構難しい感じがありますので、できるだけ広い範囲で討論してもらったほうがいいんじゃないかなと思います。

○諸星（司会） どうもありがとうございます。

○YA ○〇県から来ましたYAと申します。

先ほど本多先生から、明日の保険者会議に持っていくんだから柔整師の本音を聞かせろとい

うことでしたので、ちょっと発言させていただきます。

今、ZK先生がジレンマと闘っていると、KM先生も作文をつくるのが大変だという言葉がありました。私も柔整師を40年以上やっているもんですから、柔整師になったときから、それはあります。

今、外傷という話がありまして、外傷ではなくて変形性のものをどうするかということなんですが、これを保険者にぶつけないときに、変形性のままでいいんじゃないですか。我々、変形性をやっているわけですから、それを何とかしましょうというのが、こういう会議じゃないんでしょうか。作文とかそういう話ではなくて。

私のところは世話になっている整形の先生がおりまして、この先生が、年寄りの変形とかをみんなよこすんですね、回してくれて。要するに、YA先生のところに行って電気かけてもらいなさい、首引っ張ってもらいなさい、腰引っ張ってもらえ、みんな来るわけです。月に一度なり二度なり整形の先生のところに行くんですが、整形では、皆さんご存じのとおり、することないですよ。投薬して湿布をくれて、水がたまっていればちょっと抜いて、ほとんど水がたまっていないようなのも時々抜いてやっているのが現状じゃないですか。整形は変形性を、いわゆる手をかける方法が余らないと私は思っています。

そこに手をかけられるのが、私ら柔整師ですよ。今はPTがたくさん出てきましたので、整形の病院でもそういう方たちがやっていますけれども、私が育ったころはPTが非常に少なかったですから、私ら柔整師は、今PTがやっていることをやっていたわけですね。私らは整備とかできますので、今のPTの人たちよりも、整形医としては使いやすかったんですよ。そういうところで育ってききましたから、私のお世話になっている整形の先生が、都合よく言えば、私に都合のいい先生なのかもしれません。しかしながら、整形医とそういう関係をつくっていくのも非常に大事じゃないかと思うんですね。

やっぱり作文はだれでも嫌ですよ。ジレンマありますよね。うそついて仕事して、みんなそれはあるはずなんです。ですから、それを何とかなくしましょう。このペーパーに書いてあるように、幾日以内で治さなきゃいけないとか、理由をつけなきゃいけないとか、それは後の話で、せつかくの会議ですから、もっと本音を言って、明日の保険者会議に持って行ってもらいたいという意味で発言させていただきました。

○諸星（司会） どうもありがとうございます。

○本多 ○○大学の整形外科の○○先生が、柔整師に対する反論で書いています。捻挫については、先生と全然理解が違うんです。捻挫なんていうのは、ちょっと静養しておけば治るんだ

と、こういう観念で物を考えている。だから、先生方がうっかり捻挫と使うと、彼らから見れば、捻挫なんて治療は要らないんだと彼らは言っているんです。保険者はどっちを見ますか。明日の保険者会議はそういう議論を私はしたいんです。

変形性、神経痛が起きたとか、神経がどうか、こんなのは診断でも何でもありません。変形だから神経がさわって痛い、現象を言っているだけじゃないですか。偉そうな名前をつけるなというのが私の考えです。何らか症候群とかね。

整形外科医も素人だましをやっているわけでしょう。要は、捻挫だから治療をしたんじゃないんですよ。どういう治療をしたら痛みが解消したか、あるいは一時的でもいいけれども消失していったか、そこが大事なんじゃないですか。保険者はそれで金を払うんですから。そこをきちっと先生方の経験学から我々に教えてくれれば、私どもはちゃんとお話を申し上げます。

変形で神経をさわって痛い。だから柔整師はできないという理屈は飛躍するんですよ。変形だと捻挫を起しやすい、おっしゃるとおりです。じゃ、変形で痛いのか、捻挫で痛いのか、どこで区別するんですか。どこで区別されたらいいんですか。

私は患者じゃないですからわかりませんよ。ただ、痛みがどんどん増幅してくれば、使い過ぎていないんじゃないかとか、あるいはどっか炎症を起こしているんじゃないかという話になるんじゃないでしょうか。そこら辺の先生方の経験学をもう少し私に教えてくれないと、私はお話をできません。今YAさんが言ったとおり、もう捻挫と言う必要はないんですよ。こういう治療をしているんだ、これで患者さんは痛みを解消してお家に帰ることがしばしばあるんだ。この経験学をきちっと教えてもらいたいと思います。

○KM 医者オンリーじゃないと思うんですよね。医者が第一だということじゃないと思いますね。我々の業界も、我々の仕事も非常にレベルが高いと思います。文献も出ていますし、いろいろな人の研究発表とか、いろいろなものが出ていますよね。オーリングテストにしる、磯谷療法にしる、トムソンとかカイロプラクティックとか、いろいろなものがありますけれども、そういったものも全部出ているじゃないですか。そして、いい結果も出ているわけですよね。

だから、私は明日の保険者会議で、薬とか注射とか、そういうことだけでなく結構対応できて、治療もできるんだよと、治るんだよと。そういういろいろなことがありますよということを、そして我々業界はそういう手技のテクニックをやっているんですよ。患者さんにも受けがよくて、いい結果も出ていますよと。そういうことを話していただきたいと思います。了解していただいて、病院だけじゃないよと。さっき本多先生がおっしゃったように膝蓋の変形性でも、病院でもやるのと異なっているでしょうけれども、整骨のほうでやれば、こういう

方法もあって、こういう結果も出ていますよと。

もう捻挫という言葉にこだわらないですね。捻挫にこだわると定義が云々となってくるじゃないですか。そうじゃなくて、もっと広い、患者さんを主体にした、治すということが保険の目的ですから、患者さんに楽になっていただくというのが本来の保険の目的ですので、そういうことから逸脱していますから、そうじゃなくて、さっき言いましたように、私たちの業界でも立派なものはいっぱいあるんですよということを主張していただきたいと思います。

○本多 ちょっと読んでみますね。近いうちにこの方と対談しようと思っています。今お願いしているんです。

こう言っているんです。医学的には、急性期の捻挫は靭帯損傷の程度に応じて約3週間のギプス固定を行います。これは固定であって、マッサージや電気治療じゃないんです。要するに彼は、固定をすれば捻挫は治っちゃうんだ、安静にしていれば治るんだ、こういう観念を持っている。私は医者じゃありませんから、対談したときに「ああ、そうですか」と引き上げざるを得ない。

しかし、先生方のやっている治療は若干違うんです。マッサージもやるでしょう。なぜそれをやるんですか。血行をよくするんでしょう。ほかにもそういう治療をすることによって、その痛みの解消速度を速めているんじゃないでしょうか。これは否定されますかというお話をしてみたいと思っていますよ。

私が今日先生方に聞きたいのは、そういうことを聞きたい。何のために、どういう治療をしているのかということ聞かせてもらいたいです。今の変形性の神経症についても、先生方は、どういうマッサージや固定の手技を使っておられるのか。これがわからないと私も説明できない。どうですか。

○KM 先ほどギプスで固めてしまうという話がありましたけれども、確かにそういうやり方もあります。しかし、そういうのをやりますと弊害もあるわけですよ。どういう弊害かといいますと、膝をぐきっとやって病院で固定してしまうと、しばらく固定しておけば治るじゃないかと言われますけれども、私の感覚では、ぐきっとやったときに若干ずれが生じると思うんですね。すると、そのずれたままの状態固定してしまう。ところが固めてしまうから、治るかもしれないかもしれませんけれども、ずれた状態にしておくと、これが10年ぐらいたったときに変形が起きてくるんですね。人間の体というのはカバーしてきますから。すると、それが変形につながっていくとか、そういうことが起きます。

そういうのを防ぐために、私たちは、まずずれていないかどうかとか、そういうところの観

点から診て治そうとするわけです。もとの状態にしようと。筋肉もそうですね。半断裂を起しはしないかとか、伸びてはいないかとか考えますよね。そのまま固めてしまうと、そこに癒痕が起きたりします。血行障害はもちろん起きるわけですよね。それが将来どういう形で弊害が起きてくるかわかりませんから、そこをもとのような組織にするためになでたり、またはマッサージ薬を塗って循環をよくしたり炎症を抑えたりとか、そういうことをするわけですよ、目的はですね。

そのときだけの問題ではないと思うんですね。そういうことをすることによって治りも早くなるし、予後が物すごいいいと思うんですね。私は長年やっていて、自信を持ってやっておりますけれども、いろいろな弊害も見てきております。病院で固めてしまって、いろいろなことが起きたというの、逆にありますよね。だから、そのドクターはそういう考えだけなんでしょう。その学者の考え方であって、ほかにもいろいろな考え方があると思います。

○本多 私もそう思うんですよ。ずれを治すという先生方の手技が一番、私は適切な治療の一つじゃないかと思っていますよ。ずれを治せなかったら、これはやっちゃいけません、ぐあい悪くします。だから、やっぱり今先生がおっしゃったことが一つのポイントだと私も思っています。

○DY ○○県から来ましたDYと申します。

捻挫に対しての考え方として、まずずれを治すというのは主観的な部分が多く、保険者にこれを認めてもらうということが第一に難しいのをどうするのかというのが、ここでの会議の争点だと一つは思います。

もう一つ、ギプス固定だけではなく、保険者に認めてもらう訴え方というところが一番大切なんじゃないのかなと思います。例えば、機能障害をギプスをはめて起こす場合、筋力がもちろん低下します。足関節であれ、膝の関節であれ。例えばコルセット固定であっても筋力の低下を起こす。それに関してはMMTを用いたり、筋力を検査することにおいて、保険者に認めてもらう具体的な要件となると思います。ですので、まず書くことが難しい部分というのは、確かに手技の中でたくさんあります。専門学校を出てすぐの柔整師がそこまでできるかというところももう一つの論点です。

今、認証制度が財団のほうでなされているというところもあるので、そういったところが今後寄与してくると思うんですけども、オーリングをする。例えば先ほどおっしゃられた磯谷療法というのは先生が学ばれたことで、全部の柔整師に共通することではないんです。だから、それに対して客観的に何を出せるのかというところが、保険者が今後関係するところでは

ないかと思えます。エビデンスがとれていなければ、向こうとしては一方的な主張としてしか受けられない。そこで具体的にどういう説得をできるのかというところが一番だと思えます。

この資料にも後ろのほうに、記載事項としてMMTやVAS、そういったものも記載されていますけれども、そういったところを専門学校でしているかどうかと言われたら、私のときはしておりません。だから、そういったところに対して、学校の研修制度、臨床制度に対しても言及していかなければ。10年やっている先生と1年やっている先生はもちろん違いますけれども、保険者としては同じ柔道整復師なので、それに対してどうしていくのかというところも一つ問題であると思えます。

治療法に対してここで討議したところで多分答えは、皆さん研修された整骨院、今されている整骨院、何通りもあると思えますし、そこではなく、保険者が認められるような情報をいかに提示して納得してもらって、私たちはこういう方法でやっているというところを認めてもらう方向で話を持っていくべきではないかと、一つ考えます。

○本多 これは非常に大事なことなんですが、先生方が経験によって、あるいは先輩、いろいろな人に教わっているいろいろな知識がそれぞれ違うと思うんですね。保険者が何を言っているかという、保険者は、先生方の治療内容がわからないと言っているんですよ。治療内容を否定しているわけじゃないんですよ。どんなことをしているかわからない。マッサージだけちょこちょこしているんじゃないかと思っている、そういう誤解をしている人もいますよ。

だから、レセプトでもいいし施術録でもいいから、そういうものに皆さんが今ここでしゃべられたことを書いてもらいたい。こういうずれがありますよ、治すのにこういう手当てをしていますよ。あるいはこういう機能障害が出ていますよ、この機能障害にこういう手当てをしますよ。保険者も私も素人ですから、その手当てが有効かどうかの判断能力はないんです。ただ、そういう科学的な目で治療しているんだなということがわかれば、治療としての評価は十分に高いわけですよ。言っている意味わかりますね。

だからぜひ、先生方はそれぞれの経験と論理でいろいろな知識を持っておられて、それがいい悪いということは学問でやってもらえばいいんですけども、レセプトで請求するときに科学的な目で、科学的な手法で治療しているんだということを保険者にわかるような記述をしていただければ、傷病名なんて関係ないということをはっきり表現できるわけ。傷病名、レットルをつけるから、わけのわからん議論になっちゃう。これはこういう障害が起きていると私は認識しているから、こういう治療をしていますと。こういう形をとられると、非常に保険者とし

ては支払いしやすい。明日はそういう話をしていきたいと私は思っているんです。

先生方皆さんがそれでどうかということを知りたかった。施術録にですよ、書けますか。そこなんですよ。

○今城 患者代表の今城ですけれども、素人で皆さんと意見が違うかもしれないんですけれども、医者で薬をもらって痛みをとると保険が適用できますよね。ところが、薬屋さんに行って、痛いからって薬をもらっても保険適用がない。それと同じように、現在では接骨医で痛みをとるということは保険適用できないということなので、今先生が言うように、痛みの原因は何で、どういう治療をするんだということを明確にして、こういう病気はこういう治療をするんだということで申請できるようなら、昭和11年の通達も改正できるんじゃないかなと私は思っているんですけれども、そこら辺はどうでしょうか。

○諸星（司会） いかがでしょうか、今の問いに対して。

○ZK 患者を診る側として、実際にドラマティックな、劇的な治癒というのを、私事ながらたくさん経験してきたんですけれども、それがあくまでも個人的な治療家としての経験でとどまっているので、保険となったときに、ただのレセプトの紙切れ1枚にするとしたときに、自分の熱い気持ちであったり、そういうものと保険者に対して提出するものとすごい温度差もあるし、これを自分が一人くよくよ考えていても、毎日毎日の患者さんのことに向かっていくので精いっぱいであると。

自分の中では、患者が求めているものというのは、実は単純なものというか、やっぱり日常生活への復帰を渴望しているわけで、そこに答えを出していく。それに保険が行使されているんだということを僕は堂々と患者に説明したいし、ただ、その中で医師でない僕たちは、理論上とか、医師と同じ立場に立てないから弱い立場であるんだということをいつも感じながら、ただ、本当に結果を出していくということを積み上げることしか個人としてはできないんです。

それに対して今度、保険者側に明日話をされるということですが、これは各先生方が個人個人経験されていることだとは思いますが、慰安的なマッサージが保険適用されているという業界の情報なんかを耳にして、それも1枚の同じレセプトであると。そこにある実際の実態というのが全く違うことであっても、汗水流して治した患者と、患者の顔も覚えていないようなレセプトがあるのも事実だと思うので、そこに対して、こういう実際の現場をどこまで行政に伝えることができるのかというのは、個人的な経験が正しいとしても、それをどういう形で持っていられるのかというのを今日の会議で僕は知りたいですね。

○本多 皆さんは、カルテのほかに何も記録はつくらないんですか。皆さんの実際の施術所では、カルテのほかに何も書かないんですか。

○T I ○○県のT Iといます。○○の会員です。

私の場合は、カルテのほかに書いています。もう1枚、予診表と。カルテにはなかなか本音を書けないんですよね。といますのは、集団指導なんかで絶対カルテには書くなということ言われています。本当のことを書くことはなかなかできないですから、紙をもう1枚つけといて、内容はいろいろありますけれども、私の場合は特に関連痛、二次放散痛というものが非常に多いわけですね。例えば首を痛めて背後が痛くなる、腕がしびれてくる、肩が痛い。あるいは腰を痛めて坐骨神経痛用の放散痛を出してしまいますね。そういうものはすべて自分なりに書いています。

ですから、こういうふうな治療をした、あるいは先生もみんな個人的に治療方法はあると思いますけれども、そういうものを認めてほしいという思いがありますね。要するに、二次的な障害ですね。首の捻挫をしたときに、背部が痛くなったり肩が痛くなったりするのは結構あるわけですね。そういうのが一番見てほしいところです。

○本多 カルテのほかに、例えば本多清二という患者に対してどうなんだということをお書きにならないんですか。家族構成がどうだとか、どういう癖があるとか、こういうことに非常に痛がるほうだとか。その患者さん自身の個性というのは、皆さんは備忘録に書いて、それで患者さんというものを扱っていないんですか。だとすれば、専門家じゃないです。もしそれをやってみなければ。

○KM 私の場合は、患者さんにできるだけ問診しまして、全部記入します。その記入するのは、カルテには記入できませんよね。カルテに記入する場合は、鉛筆で軽くします。そして、スタッフにも患者さんに聞いたことは全部記入するように言っているんですよ。でも、鉛筆でしてくれと。カルテに記入するなら鉛筆で書いて、いつでも消せるようにしといてくれよと。個別指導があったときはチェックされますから、問題を起したくないんで消したいと思っているんですね、自分で。それは指導しています。

それと、それだけではだめなんで、附箋をちょっとつけてまして、10cm 四方ぐらいの小さい紙にずっとメモってます。そうしないと、全体を診ないと治療にならないんですよ。何も知らないじゃ治療できませんね。足が痛くて来た、治療する。できないんですよ、全体を診ないと。その人の生活から体の不調、いろいろ何があるかわからん。糖尿を持っているかもしれない、リウマチを持っているかもしれないじゃないですか。そういうものを書いておかないと判断材

料にはならないわけですね。それを書くといけないとなっていますので、公にはできませんから、自分なりにメモをしています。そういう感じでやっております。

○本多 医者医療事故を私は担当して、弁護士でやるわけですね。医者側についたり、患者側についてやるんですけれども、全記録を出してもらいます。いろいろな差がありますけれども、弁護士さんと会ったことも書いているんです。患者さんがこういうことで怒ったとか書いてあります。怒りっぽい患者とか書いてあったり、夫婦仲は悪くなかったとか書いていますね。これは治療とは関係ないのか。とんでもない、関係があるんです。どういう性格の方かということ是非常に大事なことです。痛みをすぐ訴えるとか我慢強い方とか、いろいろいるじゃないですか、人間には。それを書くはいけないという理屈は一つもない。

先生方が治療の中でいろいろなことをお書きになる。失礼な話ですけども、それを外に出すから問題になる、いたずらに。治療過程の中で知ったことで、治療のために直接、間接的に重要な情報はいっぱいありますから、できるだけお書きになってください。そして照会が来たら、プライベートなことあるいは個人情報のところはしまつて、こういうことを主訴として訴えてきましたとか、こういうことを言っていますということは、その大学ノートを見れば出てくるわけでしょう。それを写して出してあげればいいことであります。

あるいはカルテも書かない人もいます。私はそういう人を相手にしてはいません。プロを相手にしたいんです。プロを相手にして、そのプロにきちっとした報酬を払ってやってくれと私は言っているのであって、プロでもないのに金を払えなんて言う思いは一つもありません。ぜひプロになってもらいたい。

それには患者の情報をできるだけ記録に残して、そして患者を治すんだという強い志向を持った記録が残るようにしてくれれば、レセプトはちゃんと通るはずであります。それが捻挫と言おうが、何と言おうが関係ないはずなんです。それはレッテルですから。ということ、明日お話ししていきたいと思っています。要するに、患者にどう立ち向かっているか。患者の病気にどう立ち向かっているか。それをどう治療に結びつけていくかということ、柔道整復師の先生方も専門家としてやっているんだ。そういうのをちゃんと評価できるだろう。こういう話を持ち上げていきたいということでもあります。

ただ、ここでもう一つ問題になるのが、幾つか問題があるんですけれども、私がわからないことを聞きたいんですよ。先ほど非外傷と外傷の判断基準が非常にわかりにくいとおっしゃいましたね。私もそう思っているんですよ。何かいい言葉がないかと実は思っているんです。外傷と非外傷というのは、言葉として、専門的に見ると不正確だろうと私は思っているんです。

だけど、いい熟語がないものですから、この熟語を使わせてもらっているんだけど、先生方の中でこういうような表現を使ったら、少し自分たちの治療に合うような言葉として使えますよというのがあったら教えてもらいたいですよ。どうですか。

外傷というのは、はっきりしているんですよね。外力によって得た損傷ですから、これははっきりしているんですよ。それ以外の治療はいろいろ範囲があるじゃないですか、広いじゃないですか。さっきT Iさんがおっしゃったように、捻挫も外傷ですよ。捻挫と違うところも痛みが、関連痛というんですかね。この痛みを解消するには、捻挫だけ治しても痛みは解消しないことがあるんです。そうすると、こっちは外傷じゃなくて違うのかということになりますわな。そこら辺が私は専門家じゃないのでよくわからないんですよ、言葉として。

○NH ○○県のNHと申します。

もともとは外傷なんですよ。それがいつの間にかおかしくなって非外傷になるんですけれども、私は陳旧性というのがいいと思います。

○本多 そこでちょっと聞きたい。実は陳旧性という言葉はどういうイメージを持っていますか。今のNHさんが言う陳旧性というのは。

○NH 陳旧性というのは、昔、外傷。

○本多 昔、ケガをした部分が何となく治り切らなくて、あとに残っていて、それがだんだん組織的に再発するような状態がありますね。骨折の痕がずっと残っているとかがありますな。そういうのを陳旧性と、そういう表現を使う医学者もいるんだけど、それでいいんですか。そういう意味でいいんですか。

○NH はい。

○本多 それ以外ないんですか。古傷と言うでしょう。

よく陳旧性、陳旧性と使うんだけど。

○DS 非外傷と外傷、間接的な外傷症状という感じも受けるんですよ。本当は首なんですけれども、肘とか間接的に外傷症状が出てきた。どっちかという、非病的か病的でないかが重要。例えば脳梗塞の麻痺の関節の後療というのも病的ですね、肉体的に言うと。そして、本当の外傷か非外傷かわからないけれども陳旧性と、大きく病的なものか病的でないものという分け方はどうですか。

○本多 そうすると、例えばがんの患者さんが、背中が痛い、腰が痛いと言って治療ができるかという問題になってくるんですよ。どうします。

○DS もちろんがんの人でも転んでケガしたら。

○本多 それは外傷だよ。僕が言っているのは、がんにこだわらず内臓が痛くて背中が張っている。治療したら、実はがんだったと。柔整師はがんの発見もできなかったと。転院もしなかったと。医療事故だと。これは訴えられるケースがしばしばあるんですね。

そのときに、そもそもそんな治療をすべきでなかったと言われちゃうと、今言った病的なものどう区別するかわからない。

○DS 外傷の痛みと病的な痛みは微妙に違うと思うんですよ。病的なものは、じっとしていても痛いことが多いんですね。体を動かしたときに痛いというのは、大体外傷がもとになっていると思うんですね、機能的な部分。病的なものは、寝ていても横になっていても痛みがおさまらん。そういうときは病院のほうを、こちらは何かあると思って紹介したりするんです。

○TI さっきの名前の話ですけれども、筋緊張性というのはどうですか。例えば背後の筋緊張性背後痛。腰痛とか肩こりもそうですよね。それを入れてもらえると。

○本多 「キン」は、筋肉の「筋」だね。

○TI 筋肉の「筋」です。

○本多 だれか、呼び名としてそういうのはどうかと言うんだけど。

○ZK 疼痛性運動器疾患というのはどうですか。疼痛を伴う運動器疾患。柔整師が扱える範囲として。

○本多 痛くない場合もあるんだよね。痛さよりも運動制限があるわけでしょう、なかなか動かないとか。それも入るの。

○ZK 私が無知なところもあると思うんですけども、患者が医者に行って、慢性痛と言ってしまっているのか、慢性痛を持った患者が医師で保険で診てもらって、柔整師が「それは慢性痛だから診れないよ」と、やっぱり僕たちの立場じゃ言えないじゃないですか。そのときに名前をつけるとなったら、無理やり自分の中で「疼痛性の運動器疾患ですね」という話をしたりするんです。僕たちはそういう言い方をすること自体が正しいのかどうかもわからないんで。

○RT ○○県のRTといます。

患者さんの訴えから判断すれば、ADLに制限が入るわけですから、ADL制限痛とか、そういうふうなのでもよろしいんじゃないかなと思います。日常生活動作ですね。それだと通常動作での疼痛だったり、作業痛というか、そういうのも当てはまるんじゃないかなと思います。

○本多 痛みっているいろいろあるじゃないですか。例えば、自分で動かして痛みがある、この状態で痛みがあっても動かない。この痛みと、いつでも痛みがある。どちらの痛みを指しているの、皆さんの痛みというのは。

○ZK 疼痛には恐らく絶対原因が、生理的な原因があったり運動器的な原因があるんで、それは患者さんの主観であるから、そこは限定できないところがあると思うんです。精神的なところもあると思います。それに対して僕たちが判断できる身分じゃないかもわからないけれども、痛みを訴えているところに対しては間違いない。さっきおっしゃられたADLに対して引き上げるというのは健康保険の法律上の規定なのかなと勝手に認識しているんですけども、そこまでは、どこの保険医に行っても引き上げるべき、これは日本全国そうなるべきじゃないのかなと思って。

○本多 DYさん、その痛みと、さっきのあなたのそれは主観的じゃないですかというお話とどう絡んでくると思う。教えてくれる。

○DY 柔道整復だけでなく、主観的にただ痛いというものに対して科学的根拠がなければ、病院でもあると思うんですけども、痛いと言っとうその診療を受ける人がいるわけじゃないですか。そこに対してが一番難しいところで、検査も入るところだと思います。

詐欺行為になる部分で、大阪なんかでよく、要はホームレスを捕まえて病院に入れてという話もあったと思うんですけども、その判断が一番難しい部分だとは考えます。ちょっと基準については、私のほうでは思いつく部分ではありません。

○本多 保険者が嫌がるのは、今なぜ僕がDY先生に聞いたかということ、主観性と言うと、患者が訴えを全部丸のみにしちゃうんじゃないですか。それは保険料金の金額が上がっちゃう。余分な治療をするんじゃないですかということになるんですね。そこをもう少し外部的にというか、客観的に押さえられる道具立てがあると、言葉でも使いやすいんだけどね。

○J I ○○県から来ましたJ Iと申します。

ネーミングとおっしゃったんですけども、相手はお医者さんだというふうに、まず認識をしたほうが良いと思います。それで余り自分たちに都合の良い話をするよりも、まずは、私は思うんですが、変形性の関節症というのは、変形性の腰痛症あるいは頸椎症、何とか症みたいの名前がつくものは、整形外科の教科書にバスケットネームと書いてありますよ。慢性なんか一言も書いてありません。面倒くさいんですよ。

これを一々突き詰めて、本当は筋なんだ、本当は関節なんだ、本当はそこをわかっているんですが、それを慢性病とはお医者さんは言いません。ただ、細かく細かく分類することは面倒くさいから、レントゲンを撮って患者さんに見せて「ほら、ここが変形しているよ」。30歳過ぎるとみんな骨は変形します。だから、変形している。患者さんは納得する。先ほど本多先生がおっしゃるように、お医者さんたちはずるいんですよ。それを自分たちもそのまま患者の立

場と一緒に真に受けて、慢性病なんだ。私たちはそれを非外傷とか思っちゃいけない。逆に言うと、お医者さんが変形性と言っているところからでも、まず柔整が突破口を開けるところになっているんじゃないか。

私がいつも整形から言われるのは、おまえのところでがんの鑑別はできんのか。偉そうなことばかり言っているけれども、鑑別がしっかりできるのかということと言われるので、今、治療の話で盛り上がっているところで蒸し返すようで申しわけないけれども、最低ライン、私たちは柔道整復師として自分たちがやっちゃいけないこと、自分たちがやれることというのがしっかり鑑別できる。それでもって、その中で今の変形性なんか特に自分たちにチャンスですよ。ヘルニアなんかでもそうですよ。いつでも痛いんじゃない。痛いときがあつて、昨日はとても痛い、立ってられないような人もおられます。いつでも痛いんじゃない、何かのきっかけで。これは外傷に値すると思います。それが自分たちは、今回の痛みはこの筋の炎症、急性の炎症を起こしているから症状が出ているんですよ。これをどうやって鑑別するんだ。それは整形外科の徒手検査法を使えばいいんです。鑑別はできますよ。

これは〇〇大の〇〇先生がはっきりおっしゃっています。正しい問診と正しい徒手検査ができれば、大学病院の患者さんの9割方は正しく診断ができる。あとの怪しいなという10%はレントゲンを撮ったり血液検査をすればいい。自分たちの日常臨床でも、正しい問診、正しい徒手検査というところをしっかりとできて、そうすれば、少なくとも今日の話になっている変形性の関節症のうちのかなりの部分は、これは自分たちの適用疾患だということで保険者にアピールして。例えば、保険者がお医者さんの言葉を持ってきて、「これは変形性の関節症とお医者さんが診断しているよ」と言った場合に、お医者さんに問い合わせても、お医者さんはそれが慢性とは言えないんです。教科書にバスケットネームと書いてあります。

○本多 僕はわからないけれども、慢性の痛みを治療してはいけないんですか。痛くて痛くて歩けなくて、だれが治してくれるんですか。どうなんですか。私はそこがよくわかんないんだよ。

○KM 最近、捻挫という言葉に物すごいとらわれて狭くなってしまっているんですよ。昔の話ですけども、陈旧性でもオーケーと、習慣性もオーケーだったんですね。習慣性捻挫、陈旧性捻挫はオーケーだったんですよ。捻挫というのには当然それも含まれますよね。さっきの通達のように亜急性というのがあるじゃないですか。亜急性いいですよとなっていますね。そういう範囲内であるんですよ、捻挫の治療というのは。

それが最近、捻挫を申請しちゃだめだよと。特に最近はうるさくなって、1カ月以内じゃな

いとだめだよという話まで出てきていますよね。これは余りにも狭くなり過ぎて、これは多分支払い機関がそういうふうにならずと縮めてきているんですね、支払いが大変になってきているので。昔の状況であれば、本来の意味で捻挫というのであれば、陳旧性もオーケー、先生が言われた習慣性みたいなのもオーケーのはずなんです。私はそういう観点からいつもとっています、患者さんを診るときに。

例えば細菌性のもとか、風邪でも病原菌が入って痛みがくるとか、そういったものは診ませんけれども、それ以外ののであれば、亜急性のものであっても私たちの手技で十分治せるんですよ。だから、私は自信を持ってやっております。ところが、保険のほうではだめだよと言われるものですから、そこで頭が痛いんですよ。どうやって文書を書けばいいか。

○本多 なぜ保険者がだめだとおっしゃっているかわかりますか。保険者側が、支払い者側がなぜだめだとおっしゃっているんですか。なぜだめだと支払い者側は言うんですか。そこをわかれば少しの解決の方法があるんですよ。これは二つあるんですよ。

一つは、詐病、慰安行為をどう区別するかということなんです。慰安行為との区別がつかなければ、疲労回復に健康保険が使われたら困りますと。疲労回復に健康保険を使うなんてことは、健康保険法の趣旨に逸脱すると。そこを区別できませんね。先生方は慰安行為をやっているんじゃないですか。だから厳しく見ましょうねというフレーズになるんじゃないですか。

もう一つは何ですか。うっかり認めると、先生方は満遍なく治療をするだろう。みずから歯止めをかけずに、患者さんに迎合した治療をするんじゃないですか。

ここを切りたいんですよ。そこを私の言葉にすれば非外傷、T I先生の言う筋緊張性でもいいですよ。そういう治療を認めると、必ずそこが出てくるんです。そこをどう切れますか。先生方の良心に訴えてもだめなんですよ。物理的に、客観的に決めなきゃいけないんです。どうしたらいいか。

これは治療回数を制限することですよ。わかりました、治療回数を制限しましょう。そうすれば、漫然治療はなくなりますね。少なくとも制限できますね。慰安行為も少なくとも制限できます。

もう一つは、治療計画を出してもらいましょう。そうすれば、慰安行為との区別がつかますね。あるいはR T先生が先ほどおっしゃったのかな、日常生活上の痛みあるいは日常生活の障害、それをきちんと書いてもらいましょうか。

先生方の治療を疑っているんじゃないんですよ。保険者は専門家の治療を疑っているんじゃない。彼らが疑っているのは、専門性のない柔道整復師がいる。その人達が、漫然と慰安行為

をしているのではないかと。それも含めて柔整師を全部インチキだとなってしまう。良い先生にまで話がいつちやうわけだよ。

今我々が考えているのは、先生方の治療は長い経験でそれなりの効果が上がっているから、社会は支持し、我々も利用させてもらっています。そうでない柔整師が増えてきて、その人達がどうも夜な夜なわけのわからんことをやっているから、どっかでブロックをかけてやらなきゃいけないでしょう。そうすれば、多分保険者からも、その程度は患者さんが、被保険者が喜んでくれるからいいんじゃないですかという幅を持った理屈が出てくるはずです。うっかり妥協すると、ずーっといつてしまっって、漫然治療、迎合治療をするんじゃないですかということに危機感を感じていますね、お会いすると。

その点どうでしょうか。皆さんはどういうふうに、自分の治療に対して外部からどう制限していくか。漫然治療、慰安行為とは見られない区別する治療、どういうふうに皆さんは日常考えておられるかということです。お話してください。

○諸星（司会） 本多先生からいろいろとお話しいただいたんですが、時間になりましたので柔整師会議はこれで終わりますが、3時10分から患者会議があります。これに関しては患者様優先で座席を提供していただきたいんですが、そこでも本多先生の話が1時間半ほどありますので、もしよろしかったら出席していただければと思います。

どうもありがとうございました。お疲れさまでした。

午後2時40分 閉会