

第1回勉強会

(柔道整復師の保険治療とは何か)

平成24年3月11日(日)

於：柔道整復師センター

午後 2時04分 開会

○八島 それでは、定刻を少し過ぎましたので、ただいまより第1回勉強会（柔道整復師の保険治療とは何か）を開催させていただきます。

開催に当たりまして、本日は東日本大震災よりちょうど1年となりましたので、最初に震災で亡くなられた方々への哀悼の意を表するために、ここで1分間の黙禱を捧げたいと思います。全員ご起立ください。

黙禱。

（黙 禱）

○八島 直れ。ご着席ください。

本日は、皆様におきましては大変ご多忙中にもかかわらず本勉強会にご参加くださいまして、まことにありがとうございます。

討論に入ります前に、簡単に幾つか注意事項を説明させていただきます。本日の第1回勉強会は14時～17時の3時間を予定してございます。中間で一度休憩をとる予定でございますが、休憩のタイミングは討論の状況にもよりますので、司会者の方に一切お任せいたします。

本日の勉強会は速記士を入れておりますので、発言の際は必ず所属団体名、氏名を言ってからご意見を述べてくださるようになしてください。この速記録は後日社団JB日本接骨師会のホームページを借用し一般に公開をする予定でございます。どうしても自分のお名前を公開されたくないという方は、最初に発言の際にその旨をおっしゃってください。速記録上、実名を出すことのないようにいたします。

それでは、ただいまより第1回勉強会を開催したいと思います。

ここからは司会を社団JB日本接骨師会保険部長、諸星専務にお願いをいたします。どうぞよろしくお願いいたします。（拍手）

○諸星 ただいま紹介に預かりました諸星と申します。どうぞよろしくお願いいたします。まことに申しわけございませんが、座ったままで進行させていただきたいと思います。

まず最初に、職員の伊藤よりご報告がありますので、こちらのほうに来てをお願いします。

○伊藤 ある方からメッセージが届いております、そちらを読み上げさせていただきたいと思っております。

近畿大学医学部整形学科、浜西教授からメッセージが届いております。

慢性疾患、六疾患、すなわち腰痛、五十肩、頸腕症候群、リウマチ、神経痛、頸椎捻挫後遺症は、40年近く前に鍼灸の保険適用として定められた疾患で、医師の同意が必要です。柔道整

復師の資格はこれらの病態に対していくら患者が希望するかという理由で、本来の技術ではない何らかの療術・施療を行ってもその療養費を請求できるはずもないのである。資格が違うのだから。しかし、接骨院の表にこういう疾患名や病態を施療対象として掲げている接骨院すら見かける。

受領委任払い制度は昭和11年、整形外科医が1,000人しかいない時代に、患者の保護を図る名目で認められた特例である。千葉地裁の平成16年の判決では、受領委任払い制度はその継続が容認された。判事にも理解できない70年前の超特例が制度としてやむなく残されたのは、少なくとも骨折、脱臼、捻挫という急性外傷は普通の人間が考えれば受傷機転がはっきりしているからで、鍼灸適用の慢性疾患とは異なり、保険者にとっても疾患の有無や病態の把握に困難はないはずという根拠に判事は同意したからである。

柔道整復師協会の基本的問題は、上記の施療適用条件に反する療養費請求が医療の陰で長年続き、学園産業にそのうまみに乗じられて福岡判決以降業界がどんどん肥大化してきたことである。年2,800億円の療養費の出費がある。そして、接骨院数が毎年20%増加するとすれば3年で1.7倍に、4年で2.1倍になるのである。この違法状態がますます陰からひなたにあらわれていくのが目に見えている。というか、後述するように、もしも国民の需要がこれ以上ふえないならば、一定のパイを争って業界外療術・違法請求を続けなくては生きていけない。どうにも存在価値の不明な危うい業界になっているのである。違法・業務外と知りつつ『腰痛－肩こり－節々の痛み』を看板に掲げてしまう接骨院が増えるのも当然であろう。

これまではベテランの柔道整復師は、住民の運動器症状の気軽な相談相手として地域に存在していた。運動器の症状は習慣的で、しかも命の不安を感じるほどには深刻とは思えないので、病院に行くのを面倒くさいと思う受療者で接骨院はこれまで繁栄していたし、医療かどうかはともかく、癒しの場であったことは否定できない。

それでは患者さんはどうなのか。外傷とは言い難い、習慣性の腰痛、肩こり、節々の痛みでも『保険が利くから』、『たった500円でマッサージをしてもらえるから』と接骨院に来ていた受療者は、療養費違法請求という罪で国民に対して同罪である。自分の病名が多発、頻繁外傷になっているのを知っていても、仰天する無知な受療者ばかりではないだろう。そして本人にとってたとえ安くて便利でも、だれかが代わりに療養費を負担させられているのである。

業界はもともと小規模で、医療の陰に隠れた存在であったから、療養適用の違反状況など全くあからさまにならなかった。しかし、福岡判決というパンドラのふたが開けられて、一気に膨れ始め、いまや何と医師数（年7,500名）に匹敵するほどの柔道整復師が、毎年、存在意味

の怪しい業界に送り込まれていこうとしているのである。

以上です。

○諸星 伊藤さん、どうもありがとうございました。

○本多 この勉強会は、この浜西先生のこの提案、これは日整の学会で提案されていたメモで、私のところに送ってこられました。各柔整師はこう評価されているということです。これから議論してもらいたいのは、この評価が正しいのか正しくないのかは業界が決めることであります。柔道整復師ご自身が決めることであります。今日はそういう意味で腰痛症を中心として先生方が日頃の治療、見立て、そういうものを議論して、浜西議論に対して加え、どこを同意し、どこを同意しないとご議論をされるのか、これがこの勉強会の主たるテーマであります。

したがって、各論からというか、そのものまで入っていきます。そういう意味でパネリストの先生方にも是非日頃の臨床経験を踏まえた議論を展開していただきたい。以上でございます。

○諸星 本多先生、ありがとうございました。

私がいわんとするところは全部本多先生が言ってしまったので、本来本日の勉強会は腰痛ですね、腰痛症について展開していきたいと思いますが。今日は第1回であって、今後腰痛症、頸椎症、または肩関節症、膝関節症、膝内症ですね、そういったものを展開していこうと思っておりますので、今後ともご協力を賜りたいと思います。

それではまず、腰痛症ですね、それについてここにお出でになりますパネリストの先生方にご意見を賜りたいと思います。

それとあと、私の真正面にいる先生方、もし質問等ございましたら、手を上げていただければこちらから指ささせていただきますので、よろしくお願いします。また、ご質問でなくご意見でも構いません。

それではまず、一般的に腰痛症というのは昔は機器だとか検査法だとかはっきりしてなかったので、大体腰の痛いものに関しては腰痛症という名前をつけていたんですけども、今はそういう検査法または検査機器が発達しているので、どこがどのように痛めているのかというのがわかるので、的確な傷病名をつけることができるようになっております。ただ、10%ぐらいはちょっとわかりませんよということを世間では言われておりますけれども。柔道整復師はその腰痛症に対して、または腰痛症じゃないよ、これは捻挫だよというようなこともあると思いますけれども、その辺で日頃からどのような病態のものを診ているかということですね。特に腰に絡んで。それについてちょっとご意見を賜りたいと思いますが。

まず最初に、小木曾先生、腰についてどのようなものを普段診ておられますか。

○小木曾 長野県的小木曾と申します。よろしくお願いします。

実は私も腰痛症ということで、3日前にファックスいただいて、腰痛症専門に今回は話すのかということちょっと戸惑ってしまいました。私の接骨院の患者層としては、腰痛が全体の患者さんの二、三割です。膝の周辺が1割。先週の患者さんの来院簿を見て自分でどのぐらいかなと思って数字を出しました。首、頸椎、これが2割。手指ですね、これが2割。足指ですね、これが2割。大体そのように分かれています。腰を専門にする柔道整復師の先生がいますが、どちらかというといろいろな患者さんが来て、腰についてこと細かく答えろと言われても、私は高度な手技療法はありません。普段診ている腰痛は、関節、筋肉の損傷の腰痛です。

○諸星 では、今見ると、腰、首、手指、足ですか、の患者さんが2割、2割、2割というふうになっていますけれども、腰の患者さんが来た場合、先生はどのような対応をしますか。テスト法だとか症状を見るとか、または最初は問診票を見ていろいろ問診とか視診とか触診とかやりますでしょう。その方法をちょっとご披露していただければと思いますが。

○小木曾 まず何をするかというと、まず患者さんが入って来ますね、その時のまず歩き方を見ます。普通に歩いてスースー来れるか。また、結構無理な重いものを持って仙腸関節あたりを捻り、靭帯を痛めてやっとなで来る方も中にはいます。ちなみに、そういういわゆる急性、亜急性問わず痛みの強いものに関しては、それほど最初は動作検査はしません、動けないのでね。無理に動かすことはよくないので。さっき言ったように、基本的にR I C E、この前もお話しさせていただいたんですが、R I C EのRはレストです、安静、Iはアイシング、Eはコンプレッション、Uはエレベーション、エレベーションはできないんですけれども、安静を基本にしたアイシング、安静のまま冷やして疼痛緩和のために微弱電流等の電気治療をします。そして、必要であれば腰部にコルセット等をまいたりして固定して、その場は帰します。痛みは三、四日ぐらいして落ち着いてくると、周りの筋肉が痛いとかそういうことも徐々に言ってくるので、そしたら周辺の筋肉に軽い柔道整復師の筋肉をほぐすような治療、これを少しずつ加えて、大体1週間から10日ぐらいで治癒できるような形で治療をしていくというのが私の接骨院の今のところのやり方です。

○諸星 ありがとうございます。

では、先生は初め安静にして、三、四日、それから、細かいところを見ていくと。テスト法というのはどういうふうにして。テストしないんですか。傷病名とかつかないんですか。

○小木曾 どの部分に圧痛があるか……

○諸星 先ほど仙腸関節。

○小木曾 そうですね、仙腸関節に圧痛があるか、椎間関節に圧痛があるか、もしくは脊柱起立筋肉に圧痛があるか、そういうまず筋肉が痛いか、関節が痛いか、その辺から区別して、しびれがあるようであれば腱の反射とかアキレス腱反射、膝蓋腱反射、そういうようなものをもって、いわゆる神経症状が出ていないかそういう確認をします。

○本多 今ね、患者さんが治療室に入ってきたときの姿勢というか歩行の状態を見ると言ったけれども、どういうところを気にするんですか、先生方。

○小木曾 どういうところ。

○本多 どういう姿勢というか。

○小木曾 普通に、ちょっと立ってみますけれども、平常に、それほど痛みが強くなければスースー歩いて来るわけです。

○本多 いや、そうじゃないんだ。僕の言ってるのは、前かがみで来るんでしょうか、背を張ってくる人、あるいは歩幅が小さく来る人、腰痛にはそういう現象が起こるわけです。だから、単に入ってきた人は健康な人と比べて状態が悪いということはよくわかるけれども、どういう状態で先生の診療室に入ってくるか。目視して、前かがみで来るのか、腰を折って前かがみで来るのか、腰を伸ばすようにして入ってくるのか、あるいは歩幅が非常に小さく入ってくるのか、こちら辺についての観察はされているかどうかを聞いています。

○小木曾 仙腸関節に関して答えさせていただきますけれども、仙腸関節を痛めた場合というのは仙腸関節部を押さえて、真っ直ぐのまま来ます。前屈しても痛い、後屈しても痛い、側屈しても痛いので、とにかく仙腸関節を手で押さえてくることが多いです。

○諸星 ありがとうございます。

では、その辺の入室状況ですが、今は仙腸関節を押さえて真っ直ぐな姿勢でお出でになるというふうに言ってますけれども、ほかにいろいろな入り方があると思うんですよ。その辺で、菅侯先生、どうですか。

○菅侯 それこそ本当に症状にもよると思うんですけれども、極端に言えば坐骨神経痛、ヘルニアの状態や何かで神経痛が強くて足につりがあれば曲がったままで来る人もいれば伸びたまま来る人もいます。その神経の当たってる状態によってその角度は一番本人が安静している状態、疼痛性側弯で斜めになっちゃってる人もいれば、もしくは脊柱管狭窄症や何かみたくて足の歩幅が小さくなっている人もいれば、もっと脊管の椎間の脳に近いほうで問題があれば足取りがおぼつかない人もいますし。

逆に言うと、そういうレベルの人が入ってきたときにはお話だけして、早く救急のほうに回すだとかというふうな、とにかく入って来たときから私たちは患者さんを見ているんじゃないのかなと思いますけれども。

○諸星 ありがとうございます。大変参考になります。

では、次よろしいですか。先生のところに、腰痛の方が来たときに、入室のときはそういうふうに判断しますけれども、先生の見られる範疇というのはどの程度までを見ていらっしゃいますか。

○菅俣 基本的には原因が本人が説明できる範囲で私は見させてもらっています。原因がはっきりと起きた瞬間痛くなってそのまま来たとか、布団を上げたとき痛くなったとか、そういうある程度原因があるのと、あとはスポーツをやって、終わったら曲がっちゃったとかそういう行動をしている中で何かあった、アクシデントが起きたであろうというのが推察できるようなとき。

さらに、そのとき所見で見させてもらって基本的に痛みと他覚的所見が説明できる範囲で見させてもらっています。これが私が理解する上でその訴えている痛みと他覚的所見が結びつかないときは、とりあえず懇意にしている整形の先生のほうに一旦検査していただいて、その後やっていけるものかどうかということを相談しています。

○諸星 ありがとうございます。では、ほとんど原因がはっきりしてないよというものに関してはもう専門医に送ってしまって診ないよということですよ。

○菅俣 はい。

○諸星 では、腰部捻挫という形で、ちょっと荒井先生のほうに質問させていただきますが。腰部捻挫の人が来たときに主にどのような対応をしておりますか。

○荒井 まずは初検ですが、急性か慢性かですよ。要するに急性というのは今まで健康だったのが、何かのきっかけで急に具合悪くなった。こういう患者さんは比較的わかりやすいですね。その前は健康だったし、原因もはっきりしている。ところが、慢性というのは徐々に徐々に具合が悪くなって一進一退を繰り返し、だんだん悪くなっていく。それから耐えられなくなってお見えになる患者さん、多いですよ。

先ほど諸星専務のほうから検査とか診断が進んだとお話になりましたが、私はいわゆる腰部捻挫という、ここに書いてあるのは症候群ですよ。はっきりとどこの靭帯・関節・神経を痛めたとかというのは正直わからないです。

ですから、私は初検のときには、はっきりとした診断は言いません。患者さんには、分離症

かもしれないしすべり症かもしれないし、ある程度のところのお話はしますが、はっきりとした診断はしないです。

じゃ、どこでわかるかという、治療しながら見えてきます。だんだん良くなるし、痛みの変化が起こってくる。それから、こういう原因だったのじゃないでしょうか、ということは患者さんにお話しします。それから、どうしても良くなる場合は、病院をお勧めします。内科的な問題だとか、柔整適用外など、患者保護の立場、患者優先の立場から、私のところではこういう治療しかできないけれども、一度整形へ行って診断を受けてきて下さい、もしくは内科的な可能性があったら内科の先生に診てもらおうようにはしております。

○本多 今菅侯さんがおっしゃったように、原因がはっきりしない、あるいは自分の治療では効果上がっていないということがわかってきたときに、内科でも専門のほうに回すという、説明書書いて医療情報というんでしょうかね、そういうものを書いて患者に渡して病院に行ったらっしやいという指示をされるのか、単にここでは見られないからほかのところへ行ってこいと、行きなさいと、こういう指示されるのか、その辺どうですか。

○菅侯 最初に初診に来て、さっき言ったように動き、運動痛、圧痛、あとは徒手検査ですね、そういうので自分のところに合わないときには、例えばこれは婦人科の疑いがある、もしくはこれは内科的な問題がある、そういう所見のときには紹介状を書かないことが多いです。まずそっちで見てもらってくださいと。うちのほうは保険の取扱上は所見だけしかもらいません。ある程度2週間なり様子を見て経過的に検査をしたほうが良いというときには紹介状を書いて行っていただいています。

○本多 荒井さんはどうですか。

○荒井 私は内科の先生に懇意にさせていただいている方がおりますので、患者さんには内科的問題がありそうな方にはそこで診てもらおうようにしています。また私は文京区で開業していますが、整形外科は近くにたくさんありますし、救命救急、高度特殊医療の、東大、順天堂、医科歯科、山ほど病院は多いですし、お年寄りはどこかの病院に通っていますので、そこで診てもらおうようにしております。たとえばリウマチが疑われる場合などは、口頭で血液検査やチェックをしてもらうように伝えます。特に文章として、お渡ししていません。

○諸星 では、パネリストの先生方で必ず文書を書くよと、書かないとちょっと心配なんだという先生いらっしやいますか。全然いそうもないですね。

では、河野先生、もし文書書くときは、否、書いたことありますか。

○河野 ありません。

○諸星 福岡先生は、ありますか。

○福岡 あります。

○諸星 あるんでしたら、今まで書かれた内容についてどのような内容のものをどのように書いたか、ちょっと説明していただきたいと思います。

○福岡 今の腰痛症に限って言えば、やはり急性期における腰部捻挫と端的に軟部組織、いわゆる筋肉、関節、筋肉が傷んでいると評価した患者に関しては、もう1日から10日ぐらいではほとんど回復できます。逆に、私のところでは先ほど先生方いろいろ腰痛患者さんの診断や治療法を述べられていましたけれども、数カ所の接骨院や外科、整形外科を転院されて、ロコミで紹介されて来る、こういうケースがあるんですね。そうしますと、やはり特殊なものです。これははたして柔道整復師が扱っていいのかと思われるぐらいの内容です。したがって、この患者については私のコメントは、当然治療を続けるに当たっては必要になりますので、ドクターに詳細を書きます。例えば真正の椎間板ヘルニア、軟骨が飛び出ているようなケースと思われるもの、当然これは徒手検査法でわかります。神経の麻痺があるとか筋肉は末梢が消失しているとか、そういったものを顕著に私の目で見、徒手検査をした内容を含めて。今までではなぜ治らなかったのかというところまで踏み込みたいんですけれども、これは当然ドクターの立場もありますので、有効性であった治療の内容を書きます。例えば腰痛症であると慢性期になると簡単に腰椎の牽引をしてしまいます。その腰痛の牽引によって逆に肥厚している筋肉、いわゆる弾力性の失った筋肉がダメージを与えられて、治すどころか悪化していたという事実をきちっと私が検査、また患者の病歴を通じて確認した場合は、そのような治療を今後しないと、私はそれは適切ではないと、ここではそうではなくて、自分の行った治療法はこういう治療ですよと。

ただし、なぜ病院に送るかということ、長期かかっていく、まだ施術が短期間、先ほど言った10日ぐらいで治る急性期でないものですから、同時にドクターと一緒にこの患者が選択した柔道整復師の治療が受けれるような形をとらなきゃならない、ということでそういうケースの場合は書きます。

そのほかは単純な圧迫骨折があったとか、椎体の圧迫骨折とか横突起の骨折が見られたとか、高齢者の場合に骨粗鬆症から来る脊椎管の狭窄がひどく見られたとか、そういう場合にMRIなりX線の所見をとっていただくように患者さんに説明をして送ります。そういったケースだと大概フィードバックされます。また戻ってきます。患者が柔整師の治療を求めていますから、ドクターたちは特に自分たちのところではなく、そこでリハビリという言い方をしますが、治

療を受けて結構ですよと。これが柔道整復師の保険適用の部分云々という部分ではいろいろご意見あると思うんですが、そういうケースで私はドクターに紹介する際に書いております。

○諸星 ありがとうございます。大変詳しく説明いただき、助かります。

ちょっとそこで、併診をなさっているというんですけれども、柔道整復師の場合は自賠責なんかもあるので併診なんかもするんですけれども。その先生のところで大体、1週間でも月でもいいですけれども、1月見ているうちに整形外科にどのぐらい、2週間に1回とか3週間に1回とか、そういう周期があるかと思うんですけれども、併診するときにはどのぐらいの周期で先生の場合は行っているのかということをお教えしてもらえますか。

○福岡 最近では相当ひどい患者さん、歩行困難で筋力低下した、下肢の麻痺に近い患者さんが見えました。この方の場合は、2カ所の整形外科に半年かかっていたけどどんどん悪くなって、当院を訪れました。約1カ月で疼痛がかなり緩和されて筋力が回復してきた。腰痛症で脊髄に近い部分の腰痛の場合は、必ず神経の痛みに伴って筋力が低下します。例えばよくあるんですけれども、スリッパなどをはいて歩いた場合に足が足背する力がないためにスッと抜けてしまう。そうすると歩いていてパタパタと歩く。当然その脊髄の神経圧迫されている側の狭窄されているほうの下肢は筋力は低下しております。

この場合に、1カ月である程度治療回復のめどが立ちましたので、まず1回目は1カ月たったときに行った大きな病院なんですけど、MRIまで撮って、向こう持ってきてくれました、こんな状態ですと。1回目1カ月、それからその後は3カ月後、都合この人は約1年かかって治療しました、結局のところ。今は元気で毎日1時間歩き、自転車も乗ってほとんど筋力の低下はないと。たまに作業が好きで庭いじりとかお花いじることが好きなので筋肉痛がありますよと、でも治療しなくても今は自分で運動したりストレッチをしていますということでした。

ですから、1カ月目、そして3カ月後、3回ぐらい2カ月～3カ月たった後に病院のほうで経過。そうすると、病院からは大変よろしいですねという評価で返ってきます。

○本多 併療の場合の医者と柔整師で役割分担はどうなっているんですか。今の福岡さんのご説明だと、あなたが治療している、医者が評価しているというふうに僕には聞こえるんですね、そういう枠組みでいいのかと聞きたいんだよね。

○福岡 結局患者は転院をしてきたときの処置、当然今まで傷病に関してどのような治療をされたのか私たち聞きます。これはどなたもそうだと思うんですが。まず薬物、痛みどめやそういったことがあります。それからブロック注射、脊椎もしくは仙椎の部分に馬尾のところに神経ブロックの注射をします。これらも効果がなかったということが現に患者さんご本人、ドク

ターたちもどうしていいかわからないというさじを投げたような状態のケースですから、私は治療しては経過を見てきてもらいなさいという意味で、この方の場合ですね。

だから、そこで向こうがもっといいというか適切な治療が整形としてあるのであればするんでしょうけれども。もう一つ今言い忘れてしましても、選択肢の中でもうこれ以上だめなら手術ですよということで私のいる浜松には医大があります。非常に大きな私立病院も有名な日本一の病院もありますけれども、その私立病院での評価、医大での評価、手術という方向にも向かっていたときに、患者が地元の整形外科を通じて私のほうに来たということでもありますので、悪化していけば手術をしなきゃならないということもこちら患者さんに説明しながら、ある程度、先ほど荒井先生がおっしゃっていましたが、効果があるという中でこの人の原因というかそれらが評価できるのかということもしながらドクターに観察をしていただくという意味では、本多先生おっしゃっているように、ご指摘のとおりだと思います。

○本多 柔整師と整形外科医あるいは内科医でもいいんですけども、それとの連携、患者の目から見た連携プレーというのはどういうのが一番望ましいのか、ケースによって違うと思うんですね。今福岡さんがおっしゃったケースというのはいわば医者がこれ以上医者としての治療をしても改善が見込まれない。目先を変えて徒手整復かなんかをきちっとまたやっていたらうまくいくかもしれないと、これは患者の期待ですよ。これは患者が言うんですよ。だから、整形外科にかかっていたけれども、徒手整復の専門家の柔整師のところに治療に行ったら、こういうケース。それから、両方うまく並行して治療を受けたいという患者のニーズもありますよね、ケースによって。

それからもう一つは、最後に福岡さんがおっしゃったように、オペをなるべく避けたい、患者さんの中で、ぎりぎりまでオペを避けたいということで、保存療法というのかな、非観血療法というかそういう療法を医療で選択して、もうこれ以上よくならんのだと、あとはオペしか根治治療しかないんだと、こういうところまでくる患者さんを整復師が扱うと。大体三つのケースが僕は概括的にはあると思うんですけども、どうだろうか、それでよろしいかな。

○福岡 はい。

○本多 そうすると、皆さんの場合にはその三つのケースによってやり方が違うんじゃないかと僕は思うんだよね、患者の目から見て。そこら辺の違いを教えていただくとありがたいんだけど。

○菅俣 やり方が違うというのはどう……

○本多 治療の方法がある。あるいは患者、柔道整復師と先生方、ドクターとか連携のプレー

の仕方が違うんじゃないかと思うんだけど。

○菅俣 例えば、今の例ですぐ一番最初に頭に浮かんだのが脊椎分離症なんです。特に小学生だとか中学生なんかでたくさん運動をガンガンやっている、それで腰が痛くなった。部活の先から運ばれてくる。そうしたときに、いろいろなケースを自分の頭の中で最悪なパターンを削除しながら診断をしていくと思うんですけども、そのときにどうしても削除できない、残ってしまうところがそこだと思うんですね。そのときにはやはり、私の場合、いろいろなご意見あると思うんですけども、とりあえずその最悪なパターンの説明はしっかりと理解していただきます。その場でまず患者さんが検査を望むかどうか。望むのであれば、うちの場合だと近くの市民病院か東海大学に懇意にしている脊椎の専門の先生がいるので、いつでもそっちを紹介しますということです。ただ、中にはそんなに早急に検査したくないという患者さんもいるんですね。そうすると、期限を決めて、じゃあ2週間様子を見て改善されないのであれば行ってくださいと。ただ、2週間は経過観察ということで責任持って見ますということで見せてもらいます。

○本多 その場合お医者さんに見てもらおうというのは、病態がどういうことになっているかということを見てもらおう。

○菅俣 見てもらおう。その脊椎分離症と一言で言っても、今度は1個割れているのか2個割れているのかによって今度これから先の運動の量、質、あとは治っていくかいかないのか、そういうところも評価できる。ただ、残念ながら柔道整復師はそこを視覚的に判断できないんです。疑いは持っていても判断できない。ただ、そういう状況下でも痛みを消すことはできる。安静にすることで比較的痛みは落ち着いてくるんですね。ただ、そのところでどうするか、そこでしっかりと疑いを晴らしておくことでこれから練習に復帰していく段階で不安要素を減らした状態から復帰できるのか、もしかしたら爆弾を抱えているんじゃないか、というところをどうするのか。それは私としては検査したほうがいいんじゃないかという説明はするけれども、最終的な判断はやはりご家族の方。だから、そういうところを紹介状にするときには、そこも全部書きます。

○荒井 病院に紹介することで、先ほど患者優先と申しましたが、これは一つ自分の身を守ることもあるんです。言葉は悪いですが、医師を絡めておくで自分がまず安心かなと。どのような展開になっても安心ですね。今、菅俣先生がおっしゃったみたいに、子供たちがよく腰が痛いと来る。そうすると、大体そういう子たちは今度の日曜日が試合だとか。その時に私は中学生だったら、あなたじゃあバスケットなど高校でもやるのと、大学行ってもやるつもりでいる

のと、まず聞きます。その時にこれからずっとバスケットやるんだったら残念だけど今回の試合はやめなさいと言いますし、あとはもうこれで高校へ行ったらやらないんだったら、痛みを取るなどの治療を施します。

○福岡 冒頭今日のこのディスカッションの前にいただいた近大の浜西先生のお言葉が、非常に現代の柔道整復師の本当のレベルを御存じなのかなと疑っちゃうんですけれども。要するに患者が柔道整復師、接骨院を選択する大きな選択肢は何かといえば、やはり患者を直接徒手整復や問診をし、非常にスキンシップの中で患者全体を見ていくということが信頼をいただいている一つだと思うんですね。

ですから、そのレベルは当然いろいろ平均値はなかなか出すのは難しいのですが、やはり、まず触診、なおかついろいろな姿勢や痛みを観察した中で、これ臨床検査と言いますけれども、今現代医学では臨床検査を見直そうという風潮が非常に高くなっております。それはなぜか。いわゆる無駄な検査や無駄な薬や、しかも患者さんにとって求められていないことが医療現場であるということを振り返ってもらいたいと。

では、何が無駄なのかということはずまず一つ明確になっているのは、痛みを抱えている人の痛みを消すことに対処療法がまず先決にドクターたちが行ってしまいがちなことなんですね。私たちは逆に言うと、その痛みの意味、痛みが発生したその原因と痛み方という部分を非常に詳細に間近に見た中で、先ほどもある、ひょっとしたらそれは脊椎の分離症なのかすべり症なのか、腰椎破裂症なのか、はたまた腫瘍が存在するのか。自分には見てない何か臨床上あっていないものがここに存在するとなれば、すぐにそれは、これは私たちは病院に紹介できますよね。

だから、その経験値とあわせて、患者さんがあそこに行くと、レントゲンだけ見て、あとは薬出されて終わり、ちょっと電気かけてもらって終わり。先生は見てくれたんですか、いや、見てもらっていません、毎回そうなんですよ、という、これがすべてのドクターたちではないと思いますけれども。少なくとも私たちが行おうとしている患者本位の施術のスタートというのは、患者さんを目の前にしてその痛みのいろいろな形がどのようなことから起きているのかということ、これしか逆に私たちは武器がないわけですよ。と思いますので、ちょっとつないでいただきたい、小木曾先生。

○小木曾 福岡先生から非常に腰痛の細かい部分についてお話しいただいて私も勉強になりますが、今日の勉強会の内容、柔道整復師の保険治療とは何かということから考えて、今すべり症も分離症も出てきたと思います。確かに中にはそういう患者さんもいらっしゃいますが、基本的に私たちが扱うのはこの前の柔整小委員会のおきも厚生労働省の方が言っていましたけれ

ども、骨折、脱臼、打撲、捻挫、挫傷とこれ決まってるわけなんですよ。今福岡先生が治療されているのはどの部分に当てはまるかとかそういうところも少し、保険治療とは何かという話なので、そこをちょっと考えながら話し合っていくといいんじゃないかと思います。

○本多　そこで、先生方は腰痛症の中でこれは捻挫であるという、その捻挫であるということはどういう基準で判定するんですか、鑑別といいますか、捻挫か捻挫でないという判別基準、何かお持ちですか。

○福岡　正直申し上げて、腰部捻挫というのはほとんど発生しないでしょう。私たちの負傷名が腰部の痛みに関しては腰部打撲と腰部捻挫しかありません。もうこれが私は無理に捻挫の定義を当てはめようとするならば、これを真正な外傷の捻挫なんていうのは本当に極めて少ないと思います。ですから、腰部捻挫の割合というのは私は極めて少ない。

逆に、これはざっと皆さんのところにもお渡ししているんですけども、オーバーユースという語源があるんですけども、オーバーユースインジュリー、これは反復して使うことによってケガをしましたよと認められているんですね、これは。医学用語です。柔道セラピーというWHOで認められた柔道セラピストは外傷を見るんですよ。ただ、これが腰部の中に発生した、その発生の仕方を考えるならば、やはり一部分の筋肉や関節に繰り返し負担がかかっていた中で、ある日脊椎の近位に炎症が発する、深部に痛みが発生してきて起きるとか、いろいろなやはり、今回総論という形ではなく各論に入っていたのでここを抜けてしまうと、やはりこれからいろいろな扱っている首にしても肩にしても捻挫という定義だけで考えてしまうと、いつどこで何をしたということがわかりにくい。だけれども、その障害はどういう形で発生したのかと考えた場合には、当然患者さんに説明もつくし、治療をそのためにしていくに当たって柔整の保険が適用外に今されようとしていますけれども、私はオーバーユースインジュリー、この同義語の中で反復されたもの、もしくはもう一つありますが、累積外傷、この反復と累積された外傷が実は特に腰痛になっていくものに私はなっていると思いますので、これは次の機会でもお話は出てくると思いますが。

○本多　一般的医学書によるとこういう説明をされているわけですよ。腰椎捻挫ということ、皆さんにもちょっとペーパーを配ったと思うんですけどもね。今福岡さんが言ってるのはもっと典型的なものを言ってるんですね。腰痛症と対照的にはっきりしたきっかけで急に発生する腰痛がありますと、こういうことなんです。これは一般の我々素人向けの資料でございます。重い箱を持ち上げようとした途端に腰に衝撃を感じて激痛が起きたという、こういういわゆるぎっくり腰とかキャリア腰とかそういうことであります。こういうのを腰痛捻挫という病名を

使っております。まずこれが基本の枠組み、多分、ここは争いがない。

そうすると問題は、どういう原因があつて、原因から捻挫というのを見るとその部位ですね、部位と原因で特定していくわけでしょう。関節のないところで捻挫はあり得ないんだから、関節のところにもそういう痛みがある。その痛みが起きた原因はこういう原因だと、そこははっきり、これはまずは押さえですね。

そして、それ以外、そのはっきりとした重いものを持ったとかそれ以外にも捻挫を招来するものがあるのかということを知りたいんですよ。それが今福岡さんのおっしゃるような累積的なもの、あるいは反復性のもの、反復と累積とどう違うか、これも説明をしないかんだろうと思うけれども、そういうものについてのそういう運動が繰り返される、あるいはそういう生活状態が行われた、そういう中で腰部のある関節部分が捻挫が起きた、こういう想定ができるかどうか。

どうぞ。

○小木曾 腰部に関してもそうですが、靭帯というのは体の関節を固定している、靭帯に関して反復性のもので障害が起きるか、これについてちょっと説明させていただきます。

話が少しずれます。私ボランティアで柔道の救護活動を日曜日等に行っています。そこで現場を見ていて、これが急性のものでこれが亜急性のものであるなど。亜急性のものというのはいわゆる反復性ですね。これを区別するとき、例えば柔道の試合、転んで受け身するのが普通なんです、試合になると受け身をするので負けてしまうので、手をつくわけ。手をつくると肘の内側の内側側副靭帯という靭帯を痛めるわけ。グキツとなる、これは急性のものになります。

今度亜急性というか反復性のものは何かというと、試合でいうと5試合から10試合、ずっと諸手の背負い投げをするわけ。1回じゃ痛くならないですけども、これ100回も200回も背負い投げしてくるとこの内側の靭帯が反復される刺激で徐々に傷んできて、急性、亜急性問わず、同じ靭帯の損傷になります。

針金を持ってきました。これは1回曲げても折れないんです。何回も何回もやっていると折れます。これがいわゆる亜急性の捻挫。これは柔道整復理論の学生のときに勉強する本に亜急性の定義が記載されています。反復性あるいは蓄積性のもの、これを亜急性というという定義ができておまして、これに基づいて私たち柔道整復師ですから柔道整復医療に基づいて考えます。本多先生が言われた反復するもの、これは亜急性の靭帯損傷と考えます。

○本多 そこで問題がある。反復性と累積性というのは、これは量の問題ですよ、質の問題

ではない。数学的に。そうすると、どの程度の反復性があった場合に外傷と同じような、急性と同じような症状が起こるか。これは人によって違うと思うんですよ。年齢によっても違うと思うんです、栄養状態によってもいろいろ違うとは思いますが、鍛え方もある。でも、大体枠組みというのはあるんじゃないかと私は思うんですがね。これは先生方の臨床経験上そこら辺の枠組み、というのは反復性という言葉を使っちゃった以上、どのぐらいの反復性があった場合に、あるいはこの程度の反復性があった場合には捻挫の疾病が起こる可能性があるんだというところを押さえられるかと。

○菅俣 今の例えば小木曾先生の話の補足するとすると、例えば背負い投げだと説明しにくいので、野球に置き換えます。例えば投球肩のときに、オーバースローでいく人もいればクオーターズローもいればアンダースローもいる。さらに、インナーマッスルの棘上筋の緩さ、鍛え方によっても100回耐えられる人もいれば10回しか耐えられない人もいる。そうすると、何回で反復なんだという定義というのは現実的には難しいと。

○本多 しかしですね、保険料金というのはある程度概観的なもの、要するに裏付けられたものでなければお金は支給しません。裏付けられないものについて公的資金は支給できませんよね。だから、どうしてもその裏付けを欲しがらるんですね。その裏付けをつくらなくちゃいけませんね。これをどういう形でつくっていくかということが、この保険医療に組み入れられるか組み入れられないかの基準になるんですな。そういう意識を多分今まで柔道整復師は持っていなかった。だからわけのわからないレセプトが出てくる。したがって、浜西先生のようなああいう痛烈な批判が出てきてしまうという部分があるんじゃないかと。

だから、反復性なんていうのは捻挫にならないんですよ、蓄積性では捻挫にならない、そういうことを否定する人はいないんですよ、多分。真摯な真面目な医者には。そうじゃなくて、先生方がその反復なり累積なりということの量的な客観的な基準を明示していないから、そこに批判の矢が刺されるんじゃないかと僕は思っているんですがね。どうでしょうか。

○小木曾 質問します。皆さん御存じのとおり、骨折でも疲労骨折というものが反復性、例えばゴルフのスイングを何百回、何千回やっていると肋骨の疲労骨折、こういうものもありますし、長距離走っていると、シンスプリントもあるし、脛骨の疲労骨折もありますが、私聞きたいんですが、それに対して何回で起きると言う数的なデータはあるのでしょうか。

○本多 骨折の場合はね、画像診断やその他でわかりやすいんですよ、捻挫はわかりにくいわけです。だから、把握しにくいんですよ。

○福岡 なぜオーバーユースインジュリーというのをあえて出したのかというと、実はオーバ

ーユースをしていく、スポーツでよくとらえられてしまうんですが、今の現代社会の中である環境というのは非常に変わっております。現代社会の環境は。それと、中高年の方々が柔道整復師を必要とする腰痛、これも実はオーバーユースしてきた因子がそこにあるんですね。中高年というのはやはりもろい、硬い、弱いと、体がですね。関節も柔軟性がなくなっているし、筋肉も弱くなってきている。そして、骨粗鬆症のような骨密度も弱くなってくる、そういう素因といいますけれども、ケガをいつでも起こしやすい、痛みを発生しやすい素因があると。ここに例えば草取りをいつもなら15分が1時間やったと。もしくは、急激に、今日は晴れたからお布団を干そうと階段の上り下りをたくさんしたと、中腰で掃除をしたというような量と質を言いますけれども、そういった日頃使われない動作やそういう作業があったのかどうなのか、どのぐらいやったんですかということも私たちはその四つの原因になる背景として考えます。○本多 と思うんですね、私はそう思います。だから、そこを施術録か何かにきちっと記載して、第三者の判断に耐えられるような説明ができていれば、それほど大きな問題にはならない。ところが、それができていないものだから。

昔こういうケースがありました。このJBの先日の先生方の治療の中でね、60に近い女性が腰痛症で来た。この人は非常に高いハイヒールをはいて外交員をやっていた。ご本人はずっと若いと思って、お化粧品もしてきれいだし若いと思っていただけでも、どんどん蓄積して行くんですね、腰に。ハイヒールというのは腰に与える影響というのは非常に大きいわけなので。それに、疲労性の捻挫が起きてきて、それで治療を受けた。どうしても保険者は納得しない。それはなぜかという、今言ったようなところの記述が十分に書かれていない。この人は保険外交員である。ハイヒールをはいて営業活動するのは何時間ぐらいやっていますかとか、毎週やっていますかとか、そういうのをきちっと書いておいてくれればね、いつごろから痛みが出ました、それを無理してやっているとだんだんおかしくなってくると。そのハイヒールの高さどのぐらいですか、ローヒール、ハイヒールといろいろありますから。そういうことまできちっと注意して施術書にお書きになったり、あるいはそれをきちっと見た上で判断、診断していればね、私は今言ったこのオーバーユースなんていうことは十分に通る可能性は高いわけです。そういう意識を持った治療が判別の中で必要だろうと私は思っていますので。それが年齢とか性別とか栄養状態とか体の体重の問題とかいろいろありますよ。そういうことを総合的判断が先生方の中でどの程度取り入れているかどうかということが問題だと思います。

私は皆さんのレセプトの中で非常に腰痛捻挫が多い、多発してるもんだからね、その中には捻挫ではないんじゃないかなと疑われる部分があるんで、捻挫でないものと捻挫とを識別でき

るぐらいの記述をきちっと診断の中で表現できるようにしておくことが大事だと。あたかもテクニックのようなことを言ってるようだけれども、そうじゃなくて、そういう目で治療をし、診断をしなきゃいけないということを言ってるわけです。

次にいきますがね、捻挫の次に代表的なのが挫傷です。挫傷と捻挫はどこが違うんですかね。腰部ですよ、今腰痛の中でのほかのところは言わない、教えてもらいたいんですが、どうか、だれか。

○小木曾 質問させていただいていいですか、今の件について。

○本多 どうぞ。

○小木曾 この前も諸星先生に質問しましたが、腰部捻挫は保険請求で一般的に知られていますが、腰部挫傷という言葉は余り使われないんですよね。実際脊柱起立筋とか周りに筋肉たくさんあるので、関節の損傷ではなく、筋肉を損傷すると、そういう症状も結構多くあると思いますが、そういう場合というのは多分皆さん多くが腰部捻挫で出していると思うんですが、腰部挫傷という言葉は使われない背景は何かあるわけですか。

○諸星 使われない背景はないです。足底部挫傷できたと同時に、そのときに筋の存する場所はすべて挫傷があるというふうにされているので、今は腰部挫傷も使われます。よろしいですか。

○荒井 荒井です。この間、腰部捻挫ということで、伊集院副会長がお話ししたとき、腰部捻挫って一体どこの関節が捻挫したのと、自分のスタッフに聞いたそうです。私は腰部捻挫というのは仙腸関節や椎間関節全部ひっくるめた、その一部機能が失われた状態と考えています。全体を腰部という概念で捉えています。関節そのものじゃなくて、それが歩くなど運動するときに、うまく機能して腰部という関節を構成していると捉えています。ただ、これが医学的に言う関節そのものところを、捉えていると思います。これが柔整と整形の考え方が違うのではないのでしょうか。

○小木曾 今私が質問させていただいたのは、関節だと捻挫になるんですけども、筋肉オンリーで痛めている場合は挫傷という言葉を使ったほうがより正確じゃないかと、そういうことです。

○本多 それはいいです。

○小木曾 腰部捻挫という言葉は多いですが、挫傷という言葉が余り使われていないですね、腰部は実際。どうですか、レセプトで。

○諸星 腰部挫傷使えるようになったのはまだ最近なので、使っている先生はいますけれども、

まだまだ。腰部に関しては腰部挫傷はオーケーですよ、腰部捻挫はオーケーなんです、あと腰椎捻挫とあるんですが、その3通りが主に現状です。いいですか。

○小木曾 ありがとうございます。

○本多 今荒井さんのおっしゃった関節を特定しなくていいのかという問題なんですよ。腰部捻挫といったときに、どの関節を支えている筋が捻挫症状を起こしているのか、炎症を起こしているのか、脱臼の不完全なものを捻挫と普通言われていますけれどもね。そういう意味ではある程度関節の包んでいるところの筋があるわけですが、その筋が何等かの症状で炎症を起こして異常体だろうと思うんですがね、捻挫の。そうすると、今荒井さんのおっしゃったように、そこは特定しなくて、およそ一般的というような表現を使ってしまう方がいいのかどうか。ちょっとその辺聞かせてください。

○荒井 もしそれであれば、括弧をつけてどこどこ部位というのも一つの方法だと思うんですが……

○本多 誤解してる。僕が料金請求のためにどういう表現を使うかじゃないんだよ。先生が診断をする上で部位を特定しなくていいのかと聞いている。

○荒井 それはカルテ上の問題だと思いますけれども、一応括弧で書いておくことは書いておきます。どこの部位を痛めているということは。

○福岡 私は腰部に捻挫は起き得ないという論者です、どちらかという。なぜか。これは関節というのはROM、レンジオブモーションといって肩であればキュウ状関節、いわゆる関節の構成するところで関節の動く範囲というのが正常値であるかどうかというのは対比必ずできます。例えば肩関節を脱臼した場合に拳上は不可能になりますね。正常時のほうが動きます。というように、障害を持ったら必ずその制限というのは捻挫であったとしてもその生理的な範囲を超えない部分で発生はするんですけれども、関節そのものがどのような動きをするかという、個々に第一腰椎と第二腰椎の間の可動域は前方屈曲後方側方、捻転、どれだけありますか、どの角度まで動くのが正常ですかというのは非常にあらわしにくいというのが一つ。

それからもう一つは、腰部というのは体幹の中でも骨盤と上肢・下肢、上半身と下半身をつないでいるもとになっていますので、筋肉が大きな筋肉が背部であれば起立筋という首からずっと続いた筋肉と、それから下部のほうでいえば腰椎の前弯についてる大腰筋というインナーマッスルが大腿骨についているわけですね。全然一つの関節を動かすために大きな筋肉が作用してしまっている。これが捻挫を起こすというのは非常に考えにくい。ただ、椎間関節の障害として起きてくるものは考えられる。

○本多 そうするとね、腰椎の捻挫というのはあるけれども、腰部捻挫というのはないと考えていいわけね。そこら辺どうですか。腰椎捻挫というのはあるけれども、腰部捻挫というのは学問的ではあるかもしれないけれども、臨床学的には非常にまれであるし、ほとんどないんだらうと、こういう判断らしいんですが。河野さん、どういうことですか。

○河野 大体皆さんおっしゃったとおりで、腰部の捻挫というのはほとんど軟部組織系かなというふうには思っているんです。ですから、先ほど言われたように、挫傷が一番ふさわしいかなど。捻挫をやるのであれば椎間か仙腸関節かというようなところかと思います。試してガッテンで整形外科と内科と精神科と全部集めた腰痛学会というのをつくっておりまして、そこで原因を分類したのがありましたので。そのときヘルニアというのが5%、圧迫骨折とかレントゲン分離症とかレントゲンで確認できるのが9%、がんとか腫瘍が6%、原因不明が85%。私らが扱っているのはその腰痛学会でいう原因不明の85%の部分を行っているんだらうということになるんです。その中で精神的なストレスで約30%ぐらいあるんじゃないかというふうに言われていまして。したがって検査道具がある医者が見てわからないものが、我々がどうやって関節を特定できるのかというようなことがあると思います。

挫傷にしても、この筋肉、この腱が挫傷を起こしているから治せるかと特定するのも非常に難しいし、それが特定できれば治し方というのは非常に簡単になってくるということもあるんですけれども、この場で言いますと、やはり腰部挫傷がふさわしいのかなというふうに思っています。

○本多 だんだん違いわかってきましたね。

どうぞ。

○福岡 実はレントゲンを発明したレントゲンは、後に長尺でレントゲンを撮影するんですね。どういうことかということ、腰椎も胸椎も頸椎も、いわゆる脊椎のフルスパインというんですけれども、これは立位でもってとりなさいと、立ったまま。立ったまま撮ることによって脊椎が圧迫を、上下の剪力というんですけれども、剪力によって関節部分にひずみや可動域が失われているところが鮮明にその変異としてあらわれるよ。だから、立った状態で撮るのが本来はいんです。それが通常腰椎をレントゲン撮ると、寝てしまって側臥位とか斜めとかこういう取り方をするんですね。本当なら関節はどちらに動きが異常が起きているとか一つの椎骨、椎間、一つということはありません、上下ユニットですから、腰椎の場合は。それが変位を起こしたらその部分が圧迫されたときに明確にその配列が変わってくるのが見えるんです。これは立位なんです。ほとんどの整形は立位では撮っていないのが現状なんです。

○本多 これも私がいからわからないから聞くんです。じゃあ、捻挫と今皆さんのご意見、河野先生も言ったけれども、福岡先生がおっしゃったように、腰部捻挫というのは理屈の上ではあるかもしれないけれども、臨床的には非常に稀有な症状だということで、一応これはこれとして前提にしておきましょうかね、議論する場合も。

そうすると、先ほどじゃあそれは捻挫、挫傷で見たらどうですかというんですけれども、見たらどうですかというのは意味がよくわからないのは、だから挫傷というジャンルの中に入れてしまえということなのか、じゃあ挫傷とは何ぞやということの話になるわけです。挫傷とはどういう症状を指すんですかね。ちょっとこれを教えてもらわないと、外枠がわからない。

○荒井 荒井です。学校の教育の中で私たちは骨折と脱臼の整復というのは非常に長い時間かけて勉強します。これは国家資格がそのためにありますので。だけれども腰部捻挫というかそういう軟部組織、軟損のそういう治療法は全くと言っていいくらい、授業でやらないです。早津先生がいらっしゃるので、学校教育で今、授業に取り入れられているのかお聞きしたいのですが。

要するにそうすると定義もないし治療法もない。だから骨折、脱臼というのはたぶんこの接骨院へ行っても同じ治療をすと思いますが、今ここに並んでいるパネリストの先生方、腰部捻挫の治療に関しても、話ただけでも腰部捻挫の概念が違います。治療法も違うと思えます。そういう統一された定義みたいなものが学校教育の中でなされていないので、解釈の仕方がまちまちなのではないのでしょうか。早津先生、どうですか、今そういう腰部捻挫とか挫傷の定義について、治療法も含めて教育はなさっているのでしょうか。

○早津 ちょっと整理して話しますけれども、我々は外傷の専門家と称しています。そうすると、柔整のアプローチと整形のアプローチがあります。学校のほうも整形は必須科目で1年間、必ず学習することになっているわけです。今、うちの学校でも現役の整形の先生が1年間教えているんですけれども。私たまたま今日は整形の教科書を持ってきているんですけれども。

柔整の理論の教科書とだぶってるんですよ。腰痛に関してね。私も両方見たんですけれども。柔整理論の教科書では、腰痛に関して記述は非常に少ないです。だから今日は整形の教科書しか持ってこなかったんです、事前にもらったこの諸星先生の次第の中の傷病名は整形のほうに載ってるもんですから。だから、柔整科目でちょっとしか教えてなくても、整形がカバーしてる部分があるんですね。それが第1点ですね。

じゃあ、挫傷と捻挫の定義というのは、実は載ってます。簡単に載ってます。もう一つは、軟症について。今ちょっと腰痛から離れますけれども、ここ数年ものすごく軟損に対する教科

書のページ数がふえています。授業や、国試の問題、以前だったら脱臼、骨折がメインだったんですけれども。軟損というのは端っこだったんですけれども、最近の接骨院では骨折、脱臼が少なく、やはりスポーツ現場を含めて軟損が多いということで教科書委員会を何回か開いて、改訂が行われました。軟損を担当する先生嫌がるんですよ。かなり量がふえていて、恐らく先生方が学ばれたころに比べると細かい傷病も入ってきてるんですね。ただし、腰痛に関する記述に関しては整形の教科書に多く書いてあります。

今挫傷の話が出たんですけれども、我々療養費の場合挫傷というのは肉離れですよ。だけれども、英語の訳も含めて、挫傷というのは、一部の整形の中では、強く打撲し、挫滅により挫傷ということで、打撲の一種になっているという場合があります。違った解釈があるんですね。

○本多 もう一回言って。

○早瀬 通常は挫傷というと、我々の療養費では括弧肉離れなんですね。ですから、関節じゃなくて、背部とか四肢ですよということで使える部位が決まっているわけです。だけれども、整形のいろいろな本を見ると、挫傷の定義で、打撲により挫滅したものと書いてあるものもあります。挫の滅の挫でね。

○本多 挫創。

○早津 いいえ、挫傷という言い方するんですけれども。例えば打撲のひどい挫傷の場合、骨化性筋炎に気をつけなさいという表現が出てきたりとか。だから肉離れと打撲が挫傷ということでちょっと違っているみたいなんですね。

だから、そこはちょっとこの議論の中で線引きしないと、ある整形の本なんかは打撲のひどいのを挫傷と言っている場合がありますよ。

○本多 打撲のひどいのが。

○早津 ええ、挫傷と言ってみたりですね。ところが、療養費のほうでは肉離れイコール挫傷ということで、こういう筋肉のところですよという言い方があって。整形の教科書ですら、先ほど本多先生がおっしゃったとおり、我々腰痛に関しては非常にあいまいになっているんですけれども、腰痛症と腰椎捻挫に関してはこれこれを抜かした以外を総称しますよという言い方にしかかってないんですよ。だから、逆に言ったら、整形の教科書で、どこの関節を捻挫したなんていうことは全然ね。じゃあ何と鑑別するかというと、腫瘍、炎症などの器質的病変や腰椎椎間板ヘルニアと腰部脊柱管狭窄症など神経症状を伴う疾患を除外した腰痛を主症状とする病態の総称、こんな表現しか書いてなくて。これ腰痛症に関してですね、腰痛は椎間関節、筋

膜、靭帯、付着部など、関節構成要素に原因が特定できれば腰椎椎間板症、筋、筋膜性腰痛などにより分類されていると。それ以上わからないのであれば腰痛症。

もう一つ、腰椎捻挫についても、さっき先生にもご紹介いただいたんですけども、腰部に加わった非生理的ストレス、ですから重いものを持ったとかそういうことですよね。腰痛を急性発症した状態を指すとは書いてなくて、ただ骨折、椎間板損傷などが除外される必要があり、馬尾、神経根障害を伴わないとは書いてありません。

○福岡 すみません、私がちょっとペーパーつくったのは本当はパネラーだけで回そうと思ったんですが、皆さんの手元に回っているんですが。外傷のいわゆる定義ということで、2ページのほうに私なりに端的に述べたものをちょっと見ていただいて。これがいいのかどうなのか、皆さんに言っていただければと思うんですが。

関節に外力が加わり、靭帯、関節包といった関節支持構造に損傷を受けるも、関節面の相互作用関係が保たれている場合を捻挫という。これはこれでよろしいでしょうか。

○本多 これは脱臼との比較になってるんでしょう。

○福岡 関節における障害の一つ。

○本多 だからね、それは脱臼と捻挫との区別のときに使える用語じゃないですか、説明じゃないですか。

○福岡 その下に、挫傷は直接または間接的に損傷を外傷部に外力が加わり、関節以外の軟部組織が障害を受けたものをいう。ですから、関節の外側にある軟骨組織というふうなたてわけたんですけども、これは間違ってますか。これで。

アメリカではマッスルストレインというんです。私もスポーツ患者、フットボールの選手とかアメリカで見てきたんですけども、ドクターも説明していました。これどうしましたか、どういうインジョリングの種類を言ったらマッスルストレインだと。そのままとると外傷じゃなくて筋を伸ばしたようなイメージで説明をされていたんですけどもね。

○本多 だから、それはある意味肉離れの現象を指すんでしょうけれども、その挫傷はね、ある意味ではね。それは外力によるものなんですよ。外力によらないのに肉離れあり得ないでしょう。

○福岡 あり得ないです。

○本多 そうすると、基本的にどうなの。

○早津 そのとおりだと思いますけれども、外力によるものだと思いますけれども、最近骨折が来ますよね。転院させるんですね。また戻ってくると診断お医者さんから来るのに、骨挫傷

となるんですよ。骨挫傷というのは今までの挫傷と全然違いまして、柔整師には全くわからない、MIRでしかわからない海綿質なんですよ。骨の中の海綿質に亀裂が入ってるのが骨挫傷、外力によるですね。

○本多 それは骨折に伴って起きた筋肉の……

○早津 骨折は見えないんです、外から。

○本多 見えないけれども、それは原因は骨折から起きた筋肉の挫傷だということですか。

○早津 そうということです、筋というか海綿質。骨です。

○本多 海綿質か。

○小木曾 そうすると、それはシンスプリントと同じような骨膜の剥離。

○早津 骨の中です。

○小木曾 骨膜からちょっと入った……

○早津 もっと中。

○本多 そうするとですよ、柔整師が扱うことの可能な挫傷というのとやはり外傷、外部の圧力、外からの力というか物理的な力によって内筋、軟部組織に亀裂を生じさせるとかそういう現象を挫傷と呼んでほぼ間違いないですね。どうですか。外側の物理的な力によって内部組織に当たる特に筋ですよ、筋に挫傷というか亀裂が生じた、そういう現象を指していいんだね。

○菅俣 物理的な力というのはいわゆる外からの力と、あと内在筋力によるストレスというのがマッスルストレインのときには起きるので、その表現が難しいところなんですけれども。

○本多 だから今あえて物理的な力というのは、そういうことは言っていない、物理的な力によって起きた場合、そういういわば筋の損傷というのかな、そういうことでいいの。

○菅俣 我々療養費の分野と多分だぶるんですけれども、打撲と挫傷と出せるわけですよ。そうすると、例えば今先生のおっしゃった筋肉に対しても直接こうくるのは打撲なんですよ。これは軟損でいう直達外力と介達外力という言い方をすると、直達外力というのは直接ですよ、介達というのは患部に直接じゃなくて伸ばしたときということで。打撲は直達外力。

あとは間接的ですから、引っ張られた、さっきのストレインですよ、引っ張られたことによって急に痛くなったというのはいわゆる肉離れ、それは療養費で挫傷と言いますよと。

○本多 今の整理すると、私は素人だからね、素人にわかりやすいように。まず挫傷というのは物理的な力によって筋肉に何らかの損傷が起きた現象、関節とは関係ない。それはいいですね。その物理的な力というのは、今直達というか直接その衝撃を受けた、その部位がその場所の筋肉が挫傷した、傷んだ、損傷した、そういうのが打撲ですか。そうと限定していいんです

ね。打撲の場合ね。

そして、急に引っ張られたとき、あるいは急に上を上げられたとかそういうような打撲以外の現象で起きたやはり物理的力だよな、それによって起きた筋肉の損傷はすべて挫傷ということになる。

○小木曾 柔道整復理論としてはそうです。今言った整形外科は打撲のひどいのが挫傷という呼び方をするので、その辺がちょっとややこしくなります。

○福岡 ただし、今腰部に限って言えば、いわゆる通常のこういう関節の動きというのは必ず拮抗する、一つの筋肉が縮んで片方が伸びると、この拮抗といいます。こういう動きがリレーションして関節が動いています。しかし、体幹である腰部の場合は前屈や中腰というときには、前屈する筋肉が働くと同時に解放していかなきゃだめ、いわゆる筋肉を伸ばしていかなきゃならない筋肉のブレーキになるんですね。先ほど菅俣先生もおっしゃっていた、筋肉の内側、インサイドのマッスル、それから縮もうとする働きとそれを徐々に開放していかなきゃいけない筋肉がブレーキがかかった場合に、いわゆる緊張した状態でぐっと曲げたときに内圧がかかってしまったり筋筋膜が炎症を起こすようないわゆるダメージがくる。これも腰痛症の非常に特定の発生原因になっています。

○本多 その腰痛症は皆さんの名づけでは、それは捻挫じゃないでしょう、それは挫傷というんですか、そういう現象は挫傷と呼ぶんですか。

○福岡 腰部捻挫で出していますけれども。

○本多 出すかどうかは別として。

○小木曾 厳密に言えば、関節外の損傷で挫傷ですね。

○五十嵐 ちょっと勉強不足かもしれないんですけども、私も今日ここに来て勉強になったと思うのは、整形ですら、腰部に関してですね、各関節に関しては恐らく福岡先生のこの定義でいいと思うんですけども、腰部に関してはそんな細かくはわからないんじゃないかな、また重要視してなくて、まあ痛みどめですから、どこ何だろうとある程度は腰痛症とか腰痛捻挫という名前をつけちゃって、それよりも足しびれ出るとか脊柱管とかそっちのほうを重篤に考えてるんだなということが、もしかしたら違うかもしれないけれども、今ここに来て勉強になったなと。ましてや柔整師がそれ以上のことを、腰部の中のどこの関節かなんていう話はちょっと現実にはどうなのかなという気がね。だから、まとめて腰部捻挫というふうになっちゃっていると。

○荻原 荻原と申します。JBに入った当時は、保険請求になっちゃうんですけども、その

ときまでは第3腰椎関節捻挫とか第5腰椎関節捻挫で名前をつけて出していたんですね。いつの間にか腰部捻挫で通用するようになってしまったんですね。だからといって第3腰椎の捻挫しているんだか第5腰椎を捻挫しているのか正直言ってわからなかったんですけども、だから腰部捻挫で通用する、そんなことを書く必要がないと。腰部捻挫で提出しろと。だから、非常に楽になったんですね。

あと一つ、ぎっくり腰も腰部捻挫で当然出していますが、ぎっくり腰になる原因として、もちろん重いものを持ったり何とかというのはあるんですけども、その前にもう慢性的なヘルニアがあるとか狭窄症があるとか、それで少し痛みがあったんですけども、治療はしてないと、でもずっと痛みがあると。でも、その中でたまたま後ろ振り返ったら腰をひねって痛みが出て歩けなくなっちゃうとか。だから、腰部捻挫の中にも先ほどから言っているように種類があるといったらおかしいですけども、ヘルニアがあるためとか、狭窄症があるためとか、そういう中で捻挫の中でも分類できると思います。

○本多 どうしてそうなったか。

○萩原 はい、実際自分がそうなんですけれども。

○本多 私はね、経験したんですよ。自分の事務所で仕事をしていて、たった1つの軽い書類なんですよ、書類の記録を応接間のところへ持って行って、そこで読もうと思ってポンと投げたら、その瞬間にグッときて、もう下に倒れて。それで全然動けなくなっちゃった。動いたらビリッと痛みが走るし。それで、JBの接骨院に電話したら、その女性が歩いて来られますかと。びっくりしたんですけども。

要するに何の症状も何の外圧もないんですよ。その倒れるまでは非常に元気で机の前に座って記録を読んで、たまたま同じ場所で読んだら飽きちゃうから気持ちを転換する意味で記録を別の場所で読んだほうが気分転換になると思ってやったら、そこでなっちゃったんですね。そういうようなのはあるんです。だから、全く外力でなくてぎっくり腰みたいなのが起こるんですね。

○萩原 いわゆるでも外力の。

○本多 それは何ですか。

○萩原 でも、きっとそれは、先生がその前に痛みが出る前に整形へ行ってレントゲン撮っていたら、きっと軽いヘルニアがあるとか、と言われていていると思います。

○本多 なるほど。今はこうやって元気。

○萩原 それは柔整治療で。

○本多 大体少しうっすらわかってきましたよ、私のほうでも。そこでお聞きしたいんですけども、捻挫と挫傷と打撲で治療方法は違うかと聞きたい。それをぜひ。今度は典型的にですよ、典型的に教えてほしいんですよ。捻挫はこういう治療法をやるか、あるいは挫傷はこういう方法、打撲はこういう方法でやりますと、その違いがあったら教えてもらいたい。

○河野 打撲の場合は負傷部位がはっきりしていますので、まず安静にして冷やしてというふうな、固定してと。

○本多 安静に冷やすんですか。

○河野 ええ、大体そういうパターンですよ。挫傷の場合は、どの筋肉が筋断裂を起こしているのか靭帯断裂を起こしているのかと、こういうことは実際わからない。動かしてみて痛いからそうであろうと。全体を見た場合に、椎骨の曲りなり骨盤の曲がりなどを見ながら可動検査と、動作テストとか筋力テストをしていきますと、この辺の筋肉が損傷しているんじゃないか、影響を受けているんじゃないかというふうに推測をするわけですね、私の場合は。それで、腰部挫傷といいますけれども、骨盤と股関節、それと腰椎との筋肉のつながりが主ですから、その可動性がどこが制限されているかというのを見て、それを開放してあげると痛みが改善する場合がありますね。

○本多 それが挫傷。

○河野 それが大体挫傷という考え方です。私の場合ですけども。

○本多 打撲は。

○河野 打撲はもう原因がはっきり……

○本多 捻挫。

○河野 捻挫はその中の腰椎の何番の変位が特に影響していると、筋力の損傷といいますか筋力低下を起こしているとかいうことを見て、これは腰椎何番の捻挫ではないかというふうな考え方はしますけれども、保険申請の場合は全体ひっくるめて腰部捻挫というふうにして。

○本多 治療法は。

○河野 治療方法は、その曲がっているところと骨盤のところの調整ですね。

○本多 徒手。

○河野 徒手調整です。

○本多 それで終わり。

○河野 それであとは固定しますけれども、大体それを何回かやっていると動けるようにはなってくるはずですよ。

○本多 固定は挫傷とか打撲はしないんですか、捻挫にだけ。

○河野 それで動きができないとかいうことであれば固定はします。

○本多 捻挫でも。

○河野 打撲でも。

○本多 捻挫は全然固定する。

○河野 そうですね。

○荒井 一番最初は捻挫、打撲、挫傷にしても急性か慢性かですね、入り口は。まず急性であれば冷やすことと安静と固定ですね。これは共通していることと思います。慢性的なものであれば問診で日常生活動作だとかその方の姿勢・癖だとかで治療法も変わってくると思います。

○菅俣 保険請求上は自分的には打撲と捻挫しか書いてない、今まで挫傷という言葉は使ってなかったんですけども、治療上では確実に変えているところがありまして。最初に話したように、しっかりと原因と症状が合うものしか私は触らないので、それで合うものであれば、関節面に痛みがあるのか、筋肉のほうに痛みがあるのか、関節以外のところに痛みがあるのか、あと打撲は全然別問題の話ですけども。

そうやって分けたときに何が違うかという、まず、来た患者さんの除痛をねらうためにまず冷やすというのをどれもやるんですが。アイシングの後に、もしくは同時並行で電気治療するわけですけども、そのときにねらう場所が違います。入れ方、電気の打ち方、あと周波数、使う電気、その辺は確実に違ってきます。

○本多 捻挫と。

○菅俣 捻挫と挫傷は。同じ腰と一言で腰と言っても入れる場所がまず違いますよね。

○本多 電気をかける場所が。

○菅俣 かける場所は。それとあと、その後の固定の方法にしても、その筋肉もしくはそのこの筋肉のところにかかるべくストレスを補ってあげる、もしくは筋肉の働きを補完してあげるようなテーピングを中心とした固定なのか、もしくは関節の可動域を確実に固定する目的としてコルセットのほうを重要視していく固定なのか、そういう最初の診断に基づいて多少やり方は変わってくると思います。

○本多 捻挫の場合には関節に何らかの影響を与えないように固定して、可動を固定化することによってさらなる炎症が起きないようにしたいという趣旨で固定はわかるけれども、挫傷の固定というのはどういうことを考えるんですか。

○菅俣 例えば大きく分けて、これまた二つぐらいに分けてやるんですけども。いわゆる肉

離れに近い状態のものであれば、肉離れに近い多角的な検査、肉離れに近い状況のものであればその捻挫に近い固定になります。動かさせないように。もしくは、単純にどちらかという肉離れまではっていない、急性のツッパリ感だとかそういうレベルの痛みであれば、その筋肉を補ってあげるような、私がやるのはキネシオテーピングだとかそういうところで筋肉の動きを補助してあげるような固定の方法。

○福岡 腰部に捻挫はないと言い続けながら、実は一つだけ、今打撲と挫傷に関する先生方の処置、お考え、これはもうほとんど同じなんですけど、実は脊椎の関節には亜脱臼という表現が100年前から欧米ではされているんですね。これをサブラクゼーション。これはどういうことかということ、今先生もおっしゃっていただいた捻挫の治療には関節の固定という観念が当然あります。それは患部の軟部組織の炎症を抑える、関節の可動域を制限することによって修復させる、これ考え方なんですけど。腰椎や脊椎の場合は先ほど言いましたユニット、上下間の関節まで関節のそこにストレスがかかってねじれがかかってくると、その正常な配列から若干逸脱する。皆さんの手元にも書いてきましたけれども、関節面の一部が接触を保っているんですね。だから、脱臼ではない。だけれども、亜脱臼という表現をしているんですけれども、亜脱臼することによってその軟部組織も含めて神経、血管、リンパ管という腰椎では非常に重要な脊椎の椎間孔、孔があります、脊椎各上下間に。この椎間孔を圧迫してしまうと、その近位で非常に激痛になるんですね。だから、表面の筋肉が挫傷はされていないのにもかかわらず、脊椎が変位をしたことによって動けなくなります。昔で言うと戸板で運ばれてきます。多分本多先生がギクッといったときには、大きな筋肉の障害はなかったと思います。そういった場合には逆に保存療法としての徒手整復。通常は関節捻挫の場合は大きな整復というのはいらないんですけれども、椎間関節が亜脱臼を起こしている場合はその神経圧迫を速やかに取り除いてあげることによってその方はパッと立ち上がって歩いて帰れます。こういうことは長年見てきました。これが腰痛を起こしている腰椎の場合、今のような亜脱臼を起こした場合はちょっと処置が違います。

○小木曾 本当に基本的なことになってしまうんですが、以前、教育委員会から地元の市町村で応急処置の講義を依頼されて、私講義しました。そのとき話したのは、世界基準ですけども、骨折、脱臼、打撲、捻挫、肉離れ問わず今痛めたものに関しての基本はR I C Eといったおりに固定であり、アイシングであり、圧迫であり、エレベーション、高举であると、これが基本ですから、骨折、脱臼、打撲、捻挫、挫傷、これはすべて同じです。

○福岡 脱臼は整復しないというのは。

○小木曾 整復します。ただ、それは専門家が整復する話であって、私が行ったのはスポーツ指導員の方に指導したわけなので整復はできないと思います。整復できないにしても、まずRICEが基本です。RICEの状態です。病院なり接骨院なり搬送して下さい。私たちはもちろん整復します。教育委員会で運動指導員のような方に説明させていただいたときのアドバイスなので、そのときに整復という事は言いませんでした。

○本多 ちょっと聞きたいのは、今の症状の程度によって違うかもしれないけれども、素人が聞くんだから笑っちゃいけないよね。捻挫と打撲と挫傷で治癒期間は相当差があるのか、治る期間は差があるのか。人によって違うかもしれないけれども、あるのか、類型的に。どうですか。

○五十嵐 非常に高度なディスカッションなので、私のような古い従前の整復師にはついていけないと思うんですが。当然外傷には皮膚の表面から深部に至る、皮膚の表面、傷のないね。それから、その下にある中間層、あと深部層というふうに組織というのがありますが、どこら辺をどのようにダメージを受けているかの判断を行って、それらを我々は徒手整復する。これは我々は常識ですな。

今いわゆる挫傷だ打撲だ、いろいろ議論はありますが、そういったものに対してどのような処置をするのかという話だったんですが、私は古い柔整師なので常に基本にこだわります。といいますのは、徒手整復というのは必ず中枢に対して末梢を合わせると。仮に打撲症でありますと確かに局所が腫れています。その局所に腫れがある。どちらの方向からどういう力がかかったのか、それは徒手的に皮膚の上から触ってみます。こちらに押したときに痛いですか上に上げたときに痛いですか、下げたときに痛いですか、回転で痛いですか。そうすると、おおよそ中の傷がわかります。ただ単純に、アイシングして圧迫して、はい、終わりでやっちゃったのでは、中で組織の変形癒合が、要するに整復して経過を見るということ。我々の仕事というのは軟部組織に至るまで整復するというのが基本です。

中枢に対して末梢を合わせる。ですから、筋の断裂後も、やはり腱の断裂後、中枢に末梢を合わせる、これが私の基本であります。

○小木曾 今の期間的な問題。

○本多 類型的に期間的な違いがあるのかということですよ。

○五十嵐 それではちょっと私も。皮膚ですと大体、仮に今外科的な処置をしたとき、傷がちょっと深い、縫いました、恐らく抜糸は1週間ですよ。しかしながら、関節の可動するところ、これは抜糸しましても傷がまたはがれるということがありますので、そこら辺はテー

プで補強するとか、例えばお腹なんかの手術の場合は筋膜や筋肉まで傷がいきますので、2週間ぐらいの間に、全抜糸まで2週間ぐらいかかる。あとは腹帯でもって抑えるとかね。

ですから、皮膚深層で大体1週間ぐらい、その下のいわゆる腱であるとかそこら辺は2週間である程度癒合する。例えば腱が切れました、腱の断裂したところを縫合しました。ぼちぼち温浴で軽い運動をしましょうねというのが大体2週間ぐらいです。ですから、私は急性期、亜急性期、それから安定期、それで症状固定期もしくは治癒、そういうふうに分けてみます。

軟部組織の場合は皮膚の場合で1週間ぐらい。筋、腱の場合で2週間ぐらいと。そこからだんだんと強度が増して行って、2週間目から28週間ぐらいである程度日常生活がある程度とれるようになります。そこからますます組織というのは強固に回復してまいりますから、ですから28日あたりからやはり長い人では半年ぐらいというふうに考えております。

○本多 大体皆さん今の五十嵐会長のお話聞いてどうですか、そういう理解で。

○福岡 もうちょっと具体的に言っているんですか。

○本多 どうぞ。

○福岡 打撲であれば内出血があります。3日も内出血し続けることはありません。鼻血を見てもらってもわかるように。ただ、粘膜じゃないので中の血管の損傷度によりますが、大概腫れというのは2日ぐらいでおさまってきます。私たちが例えば打撲でも圧迫をして吸収を早めるために圧迫をする時期というのが、この1日、2日は腫れが出てくると患者さんに説明します。

○本多 吸収を圧迫すると、何を。

○福岡 内出血、出血したものが体に吸収される。それが出血して腫れが出る間というのが2日、3日というのは腫れてきます。3日以降になってくると3、4、5、1週間ぐらいで吸収されながら落ち着いてきます。この辺でいわゆる内出血斑というのが青くなったものが見えてくる。たんこぶであれば頭ぶつけたのに目の下にクマができるように、内出血が下がってきます。これが1週間から10日で大体、例えばよく弁慶の泣きどころなんかをボンと腫れた状態から内出血が下がってくるのは1週間ぐらいたつと指のほうまで下がってくる。もうこうなってくると細胞はどんどん修復作用が働いていると見て間違いない。だから、5日から1週間ぐらいで打撲というのは快方に通常は向かっていきます。

挫傷の場合は先ほど会長がおっしゃっているように、深層部の筋の断裂であるとか含めると、非常に期間がまちまちです、ケガによって。よく多いのがハムストリングといって大腿二頭筋という後ろの筋肉をボンと、走ったりするとピシッといきます。もしくはヒラメ筋、アキレス

腱の上のほうは、これは大体2週間から3週間は筋肉、細胞が盛り上がってきて、大体触診してもポコッとへっこんでますから、二、三週間はまず要するだろうと思います。

捻挫に関しては、これは靭帯という関節をつなぎとめているこの靭帯が損傷した場合は2カ月かかってしまう場合もあります。簡単なもので1週間というふうに考えます。

○本多 捻挫の場合、靭帯損傷は必ず伴うんですか。靭帯損傷がない場合というのはあり得ない。

○福岡 ありません。関節包も伸びなかったり、靭帯も伸びなかったりすれば。

○本多 その辺の識別はわかるんですか。

○福岡 わかります。

○本多 わかるんですね。徒手整復でわかるんですね。

○福岡 徒手検査でわかります。はい。

○荒井 治療期間は一般的ですが、打撲が一番早いんじゃないかな、次に挫傷、次に捻挫だと思います。なぜかといいますと、まず打撲は患者さんが来ると診てすぐにわかります。患者さんは「先生おれていませんか？」と聞かれます。いや折れていない大丈夫ですという患者さんは安心します。発生起点ははっきりしていますし、ご自分の過去の打撲経験から、痛みが消えてくればもう来院しません。打撲とはっきりわかったものは。次に挫傷と思います。これは体幹とか腕でもそうですが筋肉を傷めたことなので、安静にしやすいです。やはり捻挫というのは常日頃使う関節部になるので、特に足関節などは体重が乗るし、日常生活で関節固定していても使わざるを得ないので治療期間が長いと思います。

○五十嵐 捻挫といいますと捻転挫傷、ひねって痛めるとかそういう力、それは関節の周りの軟部組織なんです。関節包の中、例えば関節の面と面がぶつかり合って表面のガラス体が傷つくとか、あとは急激な圧がかかるとによってねじって圧をかけることによって関節包内で関節活液が片一方に動いていくということによって、中の内圧が変わることによって関節包内を痛めるといったような捻挫も結構あるんですよ。

ですから、そういったものがいわゆる治りにくいというものじゃないかな、ということで。経験上の話ですが。

○早津 質問があって、療養費のほうで、例えば頸部捻挫と背部挫傷やっていると。同時負傷がまずい、どちらか早く治療してくれという場合に、保険部長の諸星先生も来ておりますので、なるべくなら挫傷を先に治して捻挫は残しておいてくれという言い方があったんですね。ということは今の話じゃないけれども、挫傷のほうの方が早いという感覚で、捻挫は後にしてくれみた

いな言い方になっているんですが、その辺はどうでしょう。そういう指導を受けたような気がして。今でも同時負傷じゃない限りは挫傷のほうを先ですか。

○諸星 では、同時負傷について。以前は同時負傷は、たとえばレセプト100枚あって何十枚も同時負傷、これは異常です、問題です。おかしいんじゃないか、あり得ないです。少しだったら構わないよというふうに言われています。確かに言われたとおり、捻挫よりも挫傷のほうで早く治るのは一般的です。大体3週間ですよ、挫傷の場合はね。

それと、打撲の場合は程度によって、筋の中に硬結、筋硬結できるので、これはえらくかかるときがあるので、打撲が早く治るとか遅く治るとか、この辺はちょっと僕は難しいと思います。

○本多 ちょっと今ね、同時負傷というのはどういうこと。同時負傷して転んで、私が聞きたいのは同時負傷というのがあるんでしょう。

○諸星 あります。

○本多 それは部位も同じなんですか。

○諸星 首、肩、腰ばかりという人がいますね、部位というのは。

○本多 いや、僕が聞きたいのは、腰が挫傷であって捻挫で来られた、そういうことあるの。

○諸星 意味が良くわかりませんが、捻挫でレセプトは出します。

○本多 はい、わかりました。そう。休憩する前に一つね。ある整形外科医はこう言うんですよ。柔道整復師の扱っている外傷性捻挫とか打撲とか挫傷は放っておけば自然に治癒するものなんだと。放っておけば。だから、皆さんの治療はいらないんだと、こういうことをおっしゃる方がおられるんです。これに対して皆さんのほうからのご意見を。放っておいても自然に治癒するんだと、こういう言い方をされる方がおられるんですよ。私は医者じゃないからわかりませんよ。それについてのお話を聞かせてください。

○小木曾 それについては私も明らかに違うと思います。整形外科の本にも私がさっき言ったR I C Eの説明があります。基本的にアイシングして、固定して、高举しなさいと。ただ、素人が果たしてどこまで確実にできるかという場合、どこを固定したらいいかわからないですね。どれだけ圧迫したらいいかわからないわけですね。治る期間がどのぐらいかかるのか、それもわからない。そういうときに接骨院に来て、あなたの捻挫はここをこうひねると痛いわけだから、それがこうならないようにこの肢位で固定しなさいよと、そういうアドバイスをしてアイシングをして炎症を抑えるような治療をしたりして治癒していくわけですから、放っておけば治るということはないです。かえって放っておいてそのまま足首の捻挫は歩き続けると靭帯が

少し緩んで治ってしまうわけです。そうすると、後遺症として関節が緩くなってまた何回も何回も繰り返して捻挫を起こすわけでありますから、それは違います。以上です。

○本多 僕が言ったわけじゃないんだよ。

○福岡 そういう説を言った方は痛い思いをしたことないんですね。残念ながら患者さんの側に立ったことではないようです。というのは、やはり学校で教えられていないんですね、腰痛を徒手によって治療するとか、残念ながら整形外科医になっても教えてないんです。レントゲンの見方とかそういったことはあっても。例えばレントゲンに写るものがすべてであるならば全部異常ないという形で窓口で湿布持って帰って、それから最近は業者がうまいもんですから物理理学療法のいろいろなものを打って電療やってますよ。でも、電療も、先ほどおっしゃっていた方いましたけれども、どこに当ててどのような効果を生むというようなことは彼らわかりませんので、マニュアルを見て看護師がやっています。これ実態ですね、多くは。そんな方が治ればいいやなんて、冗談じゃない。その方、私かつてたくさん整形の先生ばかり治療に来る時期がありまして、なぜかというのは、ひどい整形の先生の腰痛が治ったらあそこいよみたいなことで本当にお見えになったんです。勉強会もやりました。これは非常に真摯に向き合っている整形外科のドクターたちで、この人たちはやはり腰痛のいろいろな原因を、そこには産婦人科医も来てました。歯科医も来てました。骨盤とか腰痛と顎関節の問題があるよとか、やはり出産時の骨盤の開きによって影響してきますので、非常に真面目に。ですから、これはあえて言わせてもらいますが、腰痛症は必ず徒手検査ができる、そういったエビデンスを持ったところで見てもらわないと怖いです。

○本多 今ね、治療法について聞きました。固定とか冷やす、あつためるというのはないんですか。その辺ちょっと教えてよ。僕は全体の治療の過程がわからないのよ。ちょっとそれを教えてください。初期はこういうことをやって、中期はこういうことをやって、ちょっとさつき会長がおっしゃったように、幾つかランクがあるんでしょう。ちょっとそれを教えてください。

○菅俣 違う意見が出るかもしれませんが、わかりやすくとかイメージしやすくお話をさせていただきますと。ケガをした、痛みが出た直後、わかりやすくイメージすれば、中で炎症がボンボン燃えている状態。燃えている状態のときはとにかく冷やす。燃えてきたのが落ち着いてきて、周りを今度は元気にさせるときには血流をよくさせるためによく温める。それである程度可動域がとれてくれば、今度はその周りの環境を整えるためにトレーニングで筋肉をどンドン使わせるというのが順番じゃないかと思います。

○本多 そこでね、冷やしてから温めるというその治療の方針の変更ですね、変更というか移

行ですね、これは何か基準があるんですか。こういう症状が消えた場合にはやるんだとか。

○菅侯 これは本当に先生によって違うと思うんですけども、これはあくまで私の話として聞いていただければ。炎症といったときの症状というのは腫脹、発赤、疼痛。ですから、動きがある程度いけるな、最初来たときは本当に動けない状況の人がそういうアイシングが必要になるような状況なので、痛みがある程度落ち着いてきたり動きがある程度とれてきた、そのある程度というのはその先生自身の線があると思うんですけども、その辺だと思います。

(休 憩)

○諸星 それでは、また新たに腰部に関して、腰痛症に関して進めていきたいと思います。

ほとんど腰部捻挫でレセプトなんかは出しているかと思いますが、腰が痛いよと言って来て、実際分離症なんかは鑑別しにくいのが現実だと思うんですよ。レントゲンを撮れば、スコッチテリアの首輪を斜位で撮れば、首に線が出るからわかるかと思うんですけども、でもすべっていれば触診でわかりますね。でも、分離しているだけではわからないと思うんですね。その辺で先生方はいかに対応しているのかというのを、河野先生、ちょっとひとつお願いします。

○河野 鑑別が非常に難しく、通常の治療をしてほとんど痛みが変わらない場合、3日、4日して変わらない場合、一応疑ってみて、叩打法とか、局突起を押してみ、たたいてみてその痛みがどういうふうに放散するかとかそういうのを見て、回してみるからというようなところですね、そういうところで鑑別するしかないかなと思いますが。

○本多 そんなにはっきりわかるもんじゃない、病態がね。いつもはっきり数学みたいに1+1は2になるのなんていうのは苦労しない。なかなかわからないというときに先生方はどういうように患者さんに向き合っているのかと。究極は探してくれますよ。どうですか。菅侯先生ははっきりしてるんですよ、はっきり哲学持ってるんですね。わからないのはやらないと。ご自身がわからないものは私はやらんと言ってる。それでこれも一つの柔整師の生き方だけれども、必ずしもそう割り切れない部分もないわけじゃないと思うんですね。そこをお聞きしているんですね。

河野先生、いろいろやって特定しようと努力しますよ、結果わからなかった場合は先生はどういう対応されますか。

○河野 考えられる可能性というのをまずいきますよね。分離症、すべり症とかそういう場合は治療しても次の日にすぐ痛みが出てくるというのがまず普通と違うところですよ。なかなか治らない。3日、4日しても変化してこない、全然痛みが軽減してこない場合、ぶり返して

くる場合とか、そういうときはまず疑ってみて、固定をする、そして一応レントゲンを見てみるとか、そういうふうなことで対応しています。

○本多 ほかに誰か、どうですか。

○福岡 今の説明のことで。

○本多 いいですよ。短く。

○福岡 今の河野先生のご説明は、触診とか診断ですよ、それはどういう体位で、患者さんの姿勢ですね、どういう形で診断され、例えば叩打にしても触診にしても。

○河野 座位です。まず、動きがひどいときとかはまず寝せたりはしないですよ。かえって負担が大きいですからね。

○福岡 ありがとうございます。

○本多 ほかに誰か。というのは、何を僕はいわんとしているかということ、はっきりすべり症だとか狭窄症だとかというもう皆さんプロが見てわかるのはあるでしょう。ところがよくわからないと、要するに病名がつけられないという、先生方のレベルで病名がつけられない、そういう腰痛が来るでしょう。その場合に先生方はどう対応されるんですかということを知っているんですね。誰か、どうですか。荒井さんはどうですか。

○荒井 先ほども申しましたけれども、やはり二つ三つ、患者さんにはそうじゃないかということでお話することと、その後の治療経過を見ますね。その治療法であっているかということ、右肩上がりによくなっていけば結局治って、どの部位だったのか、またわからない場合もありますが、それが一進一退であったりすると、ちょっとこれはまずいかなと。そう思う患者さんは、内科とか整形で診断を受けてもらいます。

○本多 そのときに、転院までの間、あるいは自分のところでは治療しないよ、一応見たけれども、どう見てもとらえにくいという面がありますよね。こういう場合の先生方のレセプトの請求はどう書くんですか。

○荒井 それはもう腰部検査ですね、問診とそれしか柔整師の判断材料はないです。先ほどお聞きしましたが、腰部挫傷というものもあるようなことを…

○本多 だから、わけがわからない。本当の捻挫とわからないから捻挫にしたという、ごみ箱みたいなもんだよ。ごみ箱なんだよ。ごみ箱が多くなってくるともうわけわからなくなっちゃう。だから、ここが非常に重要なことだと私は思っているんですよ。わからないものはわからないと書いたほうがいいんですよ。わからないのはなまじっか病名をつけるから第三者が見ると本当の病名とうその病名が判別できないから、すべてがうそだという、そういう短絡的な判

断をさせられてしまうんですよ。そこをきちっとこれからの改革ではうたっていないと、先生方の存在はないということになる。

○諸星 すみません、IS先生、保険使わないで実費でやってますよね。それで、先生の場合はそういう患者さんが判別つきにくい患者さん必ず大勢いると思うんですよ。いかがしているのか、ちょっと教えていただければありがたいんですけども。

○IS どうも、ISです。私もいろいろ先生方の今のお話を聞いて、私も基本は同じ考えです。例えば腰痛だったら、我々もできる徒手的な検査的なこととか、疼痛誘発的なテストとか、それはもちろん私もやります。神経学的なテストもできる範囲でいろいろフデ使ってみたり、面倒くさいというか、一つ患者さんを説得させるにはそういうこともいろいろやっていくわけです。

それも大体半分ぐらいはおよそこの病名とこの病名と、整形外科的な病名で言えばこういう病名が出てくるわけですね。患者さんにそれをもしかしたら幾つか考えられる傷病名を言って、そうすると患者さんは私のところに来る人というのは大体整形外科に最初行きます。MRI、いわゆるレントゲンはもちろんそうですけれども。検査が異常なし、湿布と薬物療法でコントロールして、様子見て、とりあえず椎間板ヘルニアとかそういうのではない。そうすると、患者さん事務的に扱われちゃうから、そこで行き場がなくなるので。そうすると、今度我々のところへ来ます。整骨院とか行くんです。そうすると、整骨院は電気マッサージだけで、とりあえず頑張っただけなんですけれども、やはりよくなりません。今度はそうすると整体院へ行ってみたりカイロプラクティック行ってみたり鍼と、結局そういう人が私どもへ来るんです。

そうすると、恐らくある程度やることやってもよくなりません人たちが必ずいるということなんです。私も柔道整復師だから、本来なら健康保険扱って皆先生方と同じことをやってきているわけなんですけれども、じゃあこの痛みは一番僕らの、僕もそうなんですけれども、骨折、脱臼でずっとやりがいを持ってやってきた一人なので、どうしても患部だけ、腰部なら腰部だけの患者さんの一番痛い主訴だけを聞いていると、ちょっとピットホールに落とし穴があるんですよ。要するに女性であったら、30代、40代、50代、そのホルモンステージがあるじゃないですか。そうすると、そのその年齢と同時にストレスというものがいろいろな家庭内なり職場なりあるわけです。そうすると、いろいろ聞いていると不定愁訴がいっぱいあるんですよ。腰だけじゃなくて、いや、先生、実は、先生のところは接骨院、私は今は違いますよ、接骨院やっていたときは保険でやっていたときは、先生のところは接骨院だから腰とか腰部捻挫とかぎっくり腰とかそういうのだけかと思ってましたと言われたんです。先生、いろいろ聞いてく

れると、じゃあ私もいいですかというから、どうぞと。いや、冷え症もある、生理痛もある、肩こりもある、いろいろあるんですけども、一番痛いのはまず腰だから、肩こりだから先生のところへ来ましたと。だから、保険でその部分だけやってもらえればとりあえず患者さんとしては、うちらに対する要求というリクエストはいいということですけども。治す側とすると、腰だけ治療していたら本当によくなるものばかりなのかというと、どうも違うということが僕の7年間保険外でやってきて感じております。

そうすると、今日のテーマは腰なので、あくまでもこれは参考なんですけど、どうも腰以外にもアプローチをいろいろ考えていかないと、いろいろないわゆる自律神経というのを否定する、肯定的な意見と否定的な意見があるんですけども、私は交感神経と副交感神経のそういった日常でのいろいろなことによって、どうも交感神経過緊張ぎみ、いわゆる最近の患者さんを見ていると戦闘モードの人が多くて、スイッチがオフになっていない人が常に仕事の延長線上で家庭内にも入っているみたいな人がやたら多いので、そうすると腰の痛みが強くなっちゃうんですよ。やはり、やることやってもよくなりませんか、本来痛くないはずの痛みが痛いと感じたり、そういうことがわかってきたんです。

そこで、私の場合はカイロプラクティックというものにちょっと興味があったので、そっこのほうで柔道整復、接骨業務以外に、接骨医学以外にカイロプラクティックの部分をちょっと勉強していくと、神経が大事だということが、神経の治療がカイロプラクティックの一つの基本なので。そうすると、背骨を全体で見ていったほうがいいんじゃないかとか、最終的には上部頸椎を私は今興味持っているんですけども。

そういうふうになると、保険でやらないほうがいい人もいるんじゃないかなという、この人の場合は保険でやらないほうがいいんじゃないかということがだんだんウェイト的に、保険と保険外でやってたときに。そうなったときに、保険ではだめな人のほうがふえてきちゃったもんだから、私はもうこれをきっかけに健康保険を扱うのはやめて保険外でやろうという、そういった柔道整復師が一人ぐらいいてもいいんじゃないかという一つのきっかけというか、それで今に至っているということです。

以上です。すみません、話長くなって。

○河野 今交感神経の話出ましたけれども、私も精神的なものとか、交感神経緊張症が腰に影響しているというのが随分あるんじゃないかというふうに考えているわけです。特に頭の中の前頭葉の中の緊張度合とか大脳の運動神経をコントロールするところとか、その辺の硬さとか動きを見ていると、腰と非常に関係しているのが多いんですね。テレビでも脳の側坐核が緊張

して興奮しているから慢性的な痛みがとれないんだというようなことをやっているのもありましたけれども。

確かに柔整の分野からはちょっと離れてしまうんですけども、腰痛を本当に何とかしてみたいと思うと、その辺のアプローチがやはり欠かせないかなというのがあります。

○本多 もう1点質問していきますからね。今ISさんの話にもあったように、今日の話は腰痛を主にやってる。腰痛は必ずしも腰部というかその周辺から出てくるものだけではない。ほかからも痛みの因子というか原因というのがあるという話が出ました。そこで聞きたいんですよ。先生方は腰痛の治療するときに、ほかのどの部位を主に、主にですよ、どの部位について治療を行うか。腰が痛いよと来られた患者さんに対して、もちろん腰部というか腰の周りの治療はするでしょうけれども、それ以外の場所を施術されますか。

○福岡 今IS先生いろいろお話をされた中で、実は自賠責を扱くと、交通事故の患者さんがむち打ちという、これはいわゆる衝突時に頸部と頭が前後することによって頸椎を損傷することなんですけれども。初めは患者さんは頸椎の異常を訴えています。しかし、日にちがたつに従って腰痛が発生するんですね。担当のサイトウさんもいらっしゃるので、お医者さんに行くと、例えば診断されたときには頸部捻挫1週間と書かれていました。これがずっと通るんですけども、当院にその後1週間後治らないので来ましたという患者さんの症状を見てみると、まあ1カ所2カ所ではない症状なんですね。私はかつて頸部捻挫のとき、腰部捻挫も足しました。それを腰部捻挫、これは交通事故によるものだと言ったら、医者には言われてないからと言ったので、その専門の担当の方をお話をしました。実は首を捻挫をすると、首という関節の中に脊髄が通っています。この脊髄神経を囲んでいる膜が硬膜という膜が腰についているんですね。首の上のほうと腰についているんです。これが衝撃で引っ張られる。したがって、二次的な損傷として腰部の痛みや障害というのは起きる、これはもう医学的にも証明されているんですけども、どうしてもケガを首だけに限定した場合に、腰痛が出たら、これを因果関係は認められないということがいまだに日本の場合はあるようですよ。でも、これはきちっと、今何を申し上げたいかという、腰痛症でも頸部を損傷することによって、障害することによって十分に腰痛を発生する起因になるということをまずお話ししたいと思います。

○本多 河野さん、統計とってますが、統計説明して。

○河野 部位別の治療データということで、データ収集をちょっと始めていまして、その中で関連部位という項目があるんですけども。関連部位ですね、それがどこに関連して請求しているのか、どこで治療しているのかというところですね。それでいきますと、背部と腰部の組

合せが13.8%、頸部と腰部、右肩と腰部、腰部と股関節右と左、大体そういうところが多いですね。腰部と背部、今言われたような頸部と腰部というのもあると。あとは、臀部周りですね、その辺を治療しているのが関連治療として多く出ているというようなデータが出ております。

○本多 福岡さんの言うように、主訴が頸部にあつて、その関連の痛みとして腰部というのも多いにあり得ることはあるかもしれません。医者じゃありませんからわかりませんが。そういう場合と、腰部のほうに疾病があつて、それがほかの関連痛でほかのところに行くのと、これもあり得るんですね。JBでは腰部の治療に、ほかもやってますけれども、腰部の治療について関連痛でどこまでの治療をやるのかというデータをとってるんですね。このデータは半分は保険請求のためにできたもの、部位を特定してるところもあるんじゃないかと思うから、正確にこれが本当にという意味ですよ、痛みがあつたり症状が出てるかどうかわかりませんが、よくわかりませんが、今のデータを見ますとね、腰部のところの疾病に対して、少なくとも2部位か3部位の部位を治療されているんだけど、その辺に関連して何かご意見があつたら教えてください。

菅侯さん、その辺何かご意見ありますか。こういう統計を見て。

○菅侯 これ統計のときにも協力している部分もあるんですが。保険請求のレセプトに出している数字と実際治療をしている場所というのは必ずしも当てはまらない部分があつたりなんかして。自分なんかは当然腰の状況が悪くなってくれば生活していく上、もしくは自分の身を守るための不自然な姿勢で生活していくために臀筋部分に張りが出てきたり、ハムストリングが硬くなってきたり、そういうところにも当然治療としてはアクセスするんですが、請求には乗せてないんですね。

先ほど言った分離症や何かの場合は多くの場合、すみません、足オタクなので、足のオーバーネーションが大きな原因になっている部分が多いので、それは東海大のスポーツ整形の先生とお話をしながら、分離症の人の場合は中敷つくつてということで東海大のほうからも話が来るので、それはもう完全に自費の世界ですけれども、足のほうの治療をしながら腰にアクセスしていくことはしています。

○本多 そちら辺は河野先生は統計をとってる側としてどうですか、ご自身の経験は。

○河野 今データとして実際と治療は違うんだという話がありまして、データ、数字の不思議さというのがあるんですけども。ただ、腰部捻挫の平均通院日数というのは5.7日なんですよ。先ほど事務局の人が3カ月以上、6カ月以上が多くて返戻が多いんだと、それこそこの通院日数が5.7日なんていうのはおかしい、実際はどうなんだろうというようなことがありまし

て。やはり一、二回行ってここだめだからほかのところへ行っちゃったというのもこれが短いほうの要因で、長いのは何カ月もとかいうのもありますから、その辺の保険請求のデータとちょっと考え方が違うのかなというところもあります。

○本多 フロントのほうで今のデータを見ながら感想でもいいから、余り時間はないんですが、どなたでもいいですよ。

○MZ 僕JBの会員じゃないのですけれども、ここまでデータを出していただけるJBのふところの深さにびっくりしているんです。一番請求が長くなったりというので、先ほど福岡先生が最初の症例でおっしゃっていた、1年間、2年間整形で治らなくてうちに来て整形と1年間かかって連絡とりながら治りましたと、あれ保険者どうなんだろうとか、いろいろ不思議な点はかなり疑問に思っている点はかなりあって。この請求の部位に関しても先ほど言った、背部と腰部であれば関連で痛みは出てくると思うんですけれども、やはり骨盤の動きから考えると、ハムストリングスを緩めて、大腿主筋を緩めてやっていかないと治療がなかなか治らないので、そちらを見ているんですけれども、やはり部位は腰部とか背部ぐらいでとまるという形をとっているんですけれども。

ちょっとほかの話を知ると、かなり強引にとっているというのがあるので、その辺改善していかないと今後保険治療というのは厳しくて、保険者さんに理解いただけないんじゃないかなというふうにいつも思っています。

○本多 先生ご自身は治療したときに、腰部の治療のときに、ほかの部位を、主にどの部位を治療されますか。

○MZ 請求でなくてですかね。

○本多 実際の治療では。

○MZ 実際の治療では、腰部であれば背部、腰部、臀部、大腿部ですね。

○本多 大体3部位ぐらいの治療をされている。

○MZ それでも出すのは大体2部位ぐらいしか出してないです。そこで大腿部もというのは僕は請求のところとは違うと思っているので、背部、腰部ぐらいでとまっていますね。

○本多 それはやはり医学的関連というか、関連があると。

○MZ はい、保険者さんが認める、こっちが正当に説明できるというところに対して治療しているところが請求していい部位じゃなくて、やはり傷んでいる部位、負傷部位を請求しているので、だから治療は大腿部までやります。腰部の治療するときにほかの部位も関連痛で治療されますか。その今データ出てます、データ見てどういう感想を持っていますか。

○AM 先ほど福岡先生の話聞いて、よく勉強されているすごい先生だなと思って感心していたんですけども。自分も臨床に入って今10年なんですけど、その前からカイロプラクティック勉強して、鍼勉強して、今柔整でやっているんですけども、現代医学、今我々がやっている治療も正しいのかどうなのかということ現代医学的な目で判断しようとするから問題なんだと思っていろいろ聞いていたんですけども。人間には姿勢反射というのがあります。腰を痛めても足をちょっとくじいたからといって、例えば距骨がちょっとずれてるとかそういうことに対して体というのは非常に敏感に反応するので、首の痛み、手の痛みの原因が距骨だったとか仙骨だったとか、そういうことというのはよくあるんですよ。

だから、実際に治療して、これとこれは関連しているだろうと思われるものに関しては腰部と、例えば足関節をとったりだとか、下腿部挫傷をとったりということはあります。ただ、それを現代医学的な目で見たときに、それは挫傷なのかどうなのかとさっきみたいな話になってくると、それを挫傷として適切なのか捻挫として適切なのかといたら、その根本的な理論の大本、ベースにあるものがカイロプラクティックも鍼灸の経絡理論にしても、現代医学と全く違うので。じゃあお医者さんが言う正当性云々ということが、お医者さんがすべて正しいんだとしたら、じゃあ病院に行った患者さんはみんなポンポン治っているのか、それを挫傷だ捻挫だ、腰椎何番の右の関節突起がどうのとか、そういう話だけですべてが片付くんだとしたら、病院に行った患者さんがみんな治っているという話ですよ。

我々が実際にお医者さんよりも治療効果を上げて患者さんに喜ばれているというのは事実だと思うんです。それを正当に保険請求するためにはどうしたらいいのかということが物事の本質だと思うんですよ。お医者さんの価値観で物事を判断しなきゃいけない今の状態というのはおかしいと思っているんです。

柔道整復師というのは正当に国で認めた国家資格ですよ。柔道整復師のやっている内容を、あんなものは医者じゃないと言って否定するということは、それ自体、じゃあ国は何のために国家資格を認めたんだということになると思うんです。

ちょっと話それましたけれども、私は腰が痛くても大体関連する部位は、関連するんだしたら首もとります。以上です。

○本多 あのね、ちょっとお聞きしたいんですけども、主訴は腰だとしましょう、仮にだよ。仮に主訴が腰だとしまして、それで先生はほかのところ、背部とか臀部とかほかのところも治療する。これは関連してるか関連してないかは何で判定するんですか。どういう方法で判定されますか。

○AM じゃあ、もし逆にお聞きしますけれども、もし距骨に対してある刺激を、すごく軽い刺激ですけれども、もし距骨に対してあるすごく軽い刺激を与えたときに、患者さんが腰の痛みを訴えなくなったとしたら、それは間違いなく関連しているということですよ。

○本多 はい。そういうように関連性についてある程度の徒手判別というかな、そういうことをおやりになって関連性を判定すると理解していいんですか。

○AM 我々は検査方法が徒手検査しかありません。先ほどの骨折、脱臼、打撲、捻挫の話にしても、柔整師にそんな診断能力があるのかということが先ほど言われていましたけれども、柔整師にはレントゲンすら使うことが許されていません。実際に臨床的に見るときにはやはり徒手検査しかないのです。いよいよ自分たちの判断で怪しいなというものは病院にはもちろん送りますけれども、リスクのない刺激を患者さんに与えて患者さんの体がどう反応するのかというはある意味現代医学的な検査器具よりもすぐれていると自分は思っています。

○本多 今のお話の中でご意見つけ加えたり、あるいはいや違うんじゃないかとかいう考えの方おられますか。どうぞ。

○IS 多分基本的なものは僕も今のそちらの先生と同じです。手段は違いますが。私は今腰部にせよ頸椎、頸部にせよ、関連痛は僕の場合はトリガーポイントを探します。ですから、じゃあトリガーポイントというのは何で起きるのかということですね。基本的に私はそのベースは筋筋膜性であると、疼痛症候群であると。これが現代医学的にいうと、筋筋膜性腰痛症というのがありますけれども、これは例えば先ほど出ましたけれども、ぎっくり腰の前兆というのとは必ず、本人はわからなくても筋筋膜性の前兆を私はずっと経験値でわかるわけですよ。そのベースでぎっくり腰をしやすいとか椎間関節が例えば亜脱臼、サブラクセーションということも。要するにサブラクセーションも最近考え方が変わってきていて、以前は外傷が原因でサブラクセーションが起きるという概念でずっと100年以上歴史がきてたんですけども、最近も私もそうなんですけれども、カイロプラクティックの一部のドクターがストレスでも骨は動くという。筋肉に要するにストレスかかると、一番弱い臓器は胃だと思います。それで、腎膀胱ももちろん弱いと思いますね。これは経絡的にいったりとか、ツボでいうと。上部頸椎も恐らく何かしらサブラクセーションが起きているんじゃないかと私は思っていて、その原因が、わからないんですけれども、なぜか左に多いんですけれどもね、脳溝のところとかツボのところにはトリガーが出るんですよ、あらわれるんです。そこは当然傍脊筋が緊張しています。右と左を触診しても明らかに患者さんの違いがわかるんですけれども。そのトリガーポイントに刺激を入れたりすると、共鳴振動というものを私の場合はやるんですけれども、そう

すると、腰痛が消えちゃうんです。

実際本当に筋筋膜性で、一つは筋筋膜性の原因は外傷が原因で二次的な要因でなる場合と、恐らく体調、内臓の経絡、内臓反射というか、内臓のそういった経絡が原因で内臓機能が落ちたときに、または気候の変動とか、そういうことで恐らく助長因子というのは腰痛が起きやすい状況というのは筋筋膜にあらわれるんじゃないかなというとらえ方で今います。

○本多 関連痛というのは、今大勢の先生からお話があったように、きちっととらえられてレセプトが上がってくるんだと多分問題がなかろうと思うんですね。ところが、そうでなく、漫然と部位の数をふやすという趣旨でやってるかどうかわかりませんが、そこら辺がね、保険の審査のときにどうなっているんだらうと、この二つの部位がちゃんと関連しているのかどうかということ、非常にわかりにくい、そういうことをきちっとこれから説明していかないと、なかなかこの理解は難しんじゃないかというふうには思います。

さて、大分時間がたちましたね。今私が何を質問し、どんなことをねらって言っているかということをお話をして終わりにしたいと思うんですが。

今私どもの改革の一つが、明らかな外傷、要するに外から物理的な力を受けて骨折したとか脱臼したとか捻挫したとか、このことについては余り問題がない。明々白々だから、つかみやすい。問題がないということではなくて余り問題がないと僕は言ってるわけですね。

ところが、そうでない腰部の痛みというのがある。医者は非常に医者や医学の世界で要領いいですね。全く原因がわからないのを腰痛症と呼んでるんですよ。先生方にはそれが読めないんです。これは言葉の問題ですよ。皆さんはそこは腰部捻挫と呼んでるんですよ。整形外科医が腰痛症と呼んで、これは原因がわからない、わからないけれども、腰が痛いというのを全部腰痛症と。だから、病名でも何でもなし、そんなものは、と医者も言ってるんです。でも、そこを保険請求して腰痛症と保険請求する。先生方については、腰痛症という用語を使えないとすれば何を言うかといえば、捻挫を使うしかないんです。捻挫というのは本来は病名なんですよ。ある病気であるから、そのまま使っちゃうから言葉がはっきりしてるなんてわけわからない話になってしまってる今のようなくあいの悪い話が出てきているというのが1点ある。

そこで、ここら辺を今度の改革案できちっと提言していきたい。それには先生方の日頃の臨床的な知恵を今の、今録音録っていますから、これをきちっと上げて保険者のほうに話をしたいということです。そうしないと、どうもブラックボックスみたいに、見えない、わからないというところでやっておるから、逆に悪用する柔整師もふえるんです。真面目な柔整師がばかを見ると、こういうようなことが起こったり。あるいは整形外科医から変な誤解を受けて、柔

整師の存在というものを小さく評価されてしまっているとか、ここを直したい。

それから、関連痛についてももう少しきちっとしたものをつくってみたいということで、部位制限というのは本来おかしいのであって、関連痛を説明できれば何部位でもいいわけなんですよ、それは説明できない部位数をふやすというような悪意、悪い現象が起きているので、やむを得ず保険者のほうは部位数を減らしてきたと、こういうことになってるんだらうと思うんですね。そこら辺は議論が逆さまだと思うんですね。

それで、実は今保険者といろいろぐるぐる回っているいろいろな話をさせてもらっているんですが、私も直に保険者の方々にお会いしております。個別に会談したりグループで会談いたしておりますけれども。その中で、償還払い制度に切り替えようじゃないかというご意見が非常に圧倒的に多くなってきています。もう療養費受療委任払いはやめたほうがいいと、柔整師の場合は。この償還払いで患者さんがお金払って患者さんから領収書と申請出してくればお払いしますよと、こういう方向でやろうという、本来の姿に戻ろうじゃないかというのが非常に保険者の中には圧倒的にふえているのが現実でありますね。

私はそれを反対しているんですよね。なぜ反対するかというのは、先生方の生活費が云々とか、患者さんの費用負担が云々じゃないんです。もちろんそれもある。保険医療とは何かということをもう一回考えてみるときに、治療というのは本来は医療の世界、先生方も医療、その中に入るんですけれども、医療の世界の中で自立的に医の論理とか医の原理とか、あるいは医の倫理とかそういうような内部的な規律によって医療というのはつくられているわけですよ。法律が、国が医療はこうだあだということをつくってはもう医療の自殺だと言われているわけですね。医療というのは自主的な医療の中の世界でつくり上げていく論理だ。それは有利性とか原理原則とか論理とかいろいろあるでしょう。

だけれども、そうはいつでもそれだけではどうもぐあいが悪いということで、保険医療というのがお金を出す代わりにここまではお金を払いますよという形で、そういう方法で医療を規制していくんです。だから、この間最高裁がこう言ってましたね、混合医療はだめです。これは行政による医療のコントロールがなくなるからです。これが怖いからです。まだまだ医療の論理だけでまかなえる、白紙にするわけにはいかないというレベルであります。そうしろという意見もあります。

じゃあ、柔道整復師の治療について、もし療養費受療委任払いだったら、これは自由診療という意味ですよ、やったら、どこで支払われるんですか。受療委任払いならば、そこに歯止めがかかる可能性がある。払わない、払うと。そういう意味で私はこの制度を残しておかないと、

とんでもない治療を国民が受けてしまう。実験的な思いつきの恣意的な治療を受けてしまう、その結果大変なことが起こる。

だから、そういう意味で療養費受療委任払いはこれが必要な制度なんだと、ぜひこれは残しておいてほしいんだと、こういうお話をして。そういうと保険者はなるほどな、少しわかるような気がするということで話が終わっていきます。今までそういう議論というのは柔整師会でやったことはだれもない。

ということでございますので、こういう勉強会を繰り返すことで、私は今二つやりたいんですよ。今言ったのは、保険、行政の力を見たって医療をどういうふうに方向づけるかというこの部分と、先生方内部で柔道整復師がやってきたこと、今まで先輩がやってきたこと、あるいは今現に皆さんがやっていること、そういうことを少し表に出して、先生方がやっている治療というのがこういう原理と原則のこういう倫理の上でこういう形でやっておられるんだと、こういうお話をこれから、今日は腰部をやりましたけれども、次回は近いうちには頸部でやったり、いろいろなところを部位を、先生方一番やるところを幾つかピックアップして勉強会を繰り返していきたいと思います。

私は柔道整復師の治療は伝統医療とは思っていない。これは経験医療。経験を積み重ねることによって出てきた原理なんです。そこをきちんと分けてもらわないと、これからの医者と西洋医学を持っている人たちの会話が非常にしにくくなる。

今AM氏が何かおっしゃったように、医者が持つところに使っている方言を、これ専門用語は方言ですからね、専門用語というのは方言ですから、その世界その人たちのグループでしか通用しない言葉ですよ。そうでしょう。それを柔道整復師の世界と同じように使っちゃうから混乱を招く。じゃあ柔道整復師がその他の世界ではどういう言葉を使うかということ、実は言葉がないんですよ。概念がないんですよ。概念がないから僕は経験医学だと言ってるんです。この経験医学で、しかしこれが、このきちんとつくり上げると言葉が出てくるんです。言葉が先にあるんじゃなしに事実が先にあるんですから、ずっと積み重ねていくと出てくるんですね。

この腰痛症なんてほとんど腰部じゃありません、これも言葉がないもんだから腰痛症と言わざるを得ないんですよね。

だから、そういうことで今私どもはこういう勉強会を何回か繰り返すことによって、柔道整復師が実際にやっている治療、実態を表に出してみる、そして世の批判を受けるということをやってみたい。これが一方ではこの改革の基礎になる。今発表されましたけれども、実際の柔

整師がやっているレセプトの請求の部位がどうなっているか、これも表に出すことによって我々検証をしていく必要があるということで、今部位数とか治療期間とかやっています。これはインチキもあるかもしれませんが。それでも出さなきゃ何も議論が進まない、というようなことで勉強会をやりました。

ぜひもう一度、今度は別の部位でやりますので、ご参加をお願いしたいと思います。

司会のほうにお返しします。

○諸星 本多先生、どうもありがとうございました。

2時から今5時になりましたけれども、3時間長い間おつき合いいただきまして、まことにありがとうございました。大変貴重なご意見をいただき、本当に感謝申し上げます。

ここに出席していただいた先生方、スタッフの方々、また事務局の方々、あとパネリストの方々、本多先生、どうもありがとうございました。

これにて今日は勉強会を終わらせていただきたいと思います。

どうもありがとうございました。失礼します。（拍手）

午後 5時00分 閉会