

## 第2回勉強会

(柔道整復師の保険治療とは何か)

平成24年4月15日(日)

於：柔道整復師センター

午後 2時05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。

本日は、皆様におかれましては、ご多忙中にもかかわらず本勉強会にご参加をいただき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、簡単に幾つか諸注意をご連絡させていただきます。

本日の第2回勉強会は、ただいまより17時まで、約3時間を予定しております。中間で一度休憩をとる予定でございます。休憩のタイミングにつきましては、討論の状況にもよりますので、司会進行の本多先生のほうにお任せをいたします。

本日の勉強会には、速記士を入れてございますので、発言の際は必ず所属団体名、氏名を言ってからご発言をお願いいたします。

なお、この速記録は、後日JB日本接骨師会のホームページを借用しまして一般に公開をする予定でございます。どうしても自分の名前を公開したくない方は、最初の発言の際にその旨をおっしゃっていただければ速記録上、実名を出さないことにお約束を申し上げます。

それでは、ただいまより、第2回勉強会を開催いたします。

本日のテーマは、頸部、肩部に関する診断治療に関することとなります。

ここからは、司会進行を弁護士の本多先生をお願いをすることにいたします。

先生よろしくをお願いいたします。

○本多 初めて参加される方もおられるので、どういうわけでこの勉強会を開催し、どういうことをねらっているのかということ若干ご説明を申し上げます。

私どもは、柔道整復師の療養費受領委任払いについての基準を、現在のような基準ではなく、もう少し使い勝手のいい基準、現実にあう基準を設定したらいかがでしょうかと、こういう提案を関係者に申し上げております。

その中で、特に現在までタブー視されていたグレーゾーンと今俗に言われている明らかな外傷とは認められないような疾病や負傷に対しての治療がどうもあいまいになっていて、それがひいては柔道整復師の先生方の治療にゆがんだ形で反映してしまう。あるいは、保険者からの理由のない不当な疑問というか、問題提起をされてしまう。患者さんのほうも余り十分理解しないで受診をしてしまう。こういうようなどちらの角度から見ても余りよろしくない不健康な状態が長年続いてきている。ここをきちんとやっておかないと、これからの柔道整復師の将来はなかなか難しくなってくるということでございますので、そこら辺をどう業界人として精査

していくかということが必要である。本来なら、私じゃなくて柔道整復師の先生が司会になってやるのが本来でございますけれども、今日諸星さんのほうがちょっと家庭の事情でこちらに来られなくなってしまったので、ピンチヒッターとして僕がやることになりました。また、私がやることでどういう意味があるかということ、私は常に患者になる側でございます、患者の目線で先生方の治療についてあれこれと疑問を持つものもあります。そういう点も提示しながら先生方に自分の仕事についての基準というか、目安というか、そういうものをここでディスカッションしてもらいたいのではないかと。したがって、さっき八島さんがおっしゃったように、速記録に残すということはどういうことを意味するかということ、この会議、この勉強会を保険者にも、あるいは患者さんにも、あるいは整形外科医にも読んでもらうということ、見て、聞いてもらうと、そういうねらいがありますので公開をします。したがって、そういうことを注意しながらご発言のほどをお願いしたいと、こういうふうに思っております。

前回は、腰部を中心にした、腰部の疾病に対する先生方の取り組み方についてご議論をいただきました。勉強させてもらいました。今日は、柔道整復師の取り扱う部位としては比較的多い、腰部に次いで多いんじゃないかといわれている頸部、肩部、そこら辺のところを勉強していきたいと、こう思っております。そして、その出発点は、最初は外傷性の明らかなもの、そういうものではどういう治療をされるんですか、どういうようなことをやっておられますか、どういう診断方法をとられますかという、そういうお話を聞かせてもらって、そして、原因外傷性があることが明らかなでないもの、こういうものについては、その外傷性が明らかなものと違った治療をしているのか、同じような治療をしているのか、もし同じような治療をしている場合どういうときにポイントが、ポイントの違いはあるのか、あるいは違う治療ならばどういう違いがあるのか、また治癒に向かったの活動でございますから、その治癒に対する速度、速度と距離ですね。外傷性の明らかなものに対する治癒度は早いとか、そうでないものについては治癒度が遅いとか、いろいろな議論が出てくるだろうと思うんです。そういう経験を踏まえて、ひとつご議論をいただきたいと、こういうふうに思っておるわけでございます。

そして、あらかじめ、五十嵐先生、あるいは荒井先生、山田先生等々、ほかの先生、河野先生、諸星先生、その他の方からレジュメが出ております。こういうレジュメを参考にしながらお話を進めていったほうが理解が早いかなと思っております。

では始めたいと思っておりますがよろしゅうございますか、ご用意のほうは。

それぞれ、各先生方から、特にパネリストをお願いした先生方からは、いろいろ来ておりますので、総意を議論しながらやっていきたいと思っております。

さて、そこで、まず最初に、部で決めましたね。部というのは漠然として頸部、あるいは肩とかというふうに、部で決めていますので、あるいは皆さんの考えている医学的な特定とは若干違うのかもしれませんが、その辺は素人がやったというふうに考えて、緩やかに考えてもらって結構でございます。だんだん詰めていけばいいと思います。

そこで、一番の議論になっているところの頸部のところちょっと話を聞かせてもらおうと、こういうことになろうかと思います。

まず、頸部の外傷というか、日本語をちょっと整理しておきますね。明らかに外傷性のあるものというのは、誰が見てもこれ外傷としての認定ができるものと、明らかに外傷とは認められないと、日本語としては難しいんですよ。明らかに外傷としては認められない、外傷か外傷でないかよくわからないというのは明らかに外傷として認められないものに入ります。わかりますね。日本用語はね。明らかに外傷として認められないものと、明らかに外傷としては認められない、明らかな外傷としては認められないもの。「明らかな」が入ります。こういうふうに範疇を分けたほうがいいと思うんですけども。

そこで明らかに外傷だということが認定できる頸部の負傷について、ちょっとお話を聞きたいと思うんですが、まずどうですかね、荒井さんのほうから明らかな外傷というか、そういうところをちょっとお話してください。どうぞ。

○荒井 まず分けるとしたら、明らかな外傷ですよ。ということは今までが健康であって、ある瞬間から急に具合が悪くなるというのがまず一般的に明らかな外傷と思います。一番多いのが、そういう中では寝違いなんていうのがそうだと思います。同じく頸部でいえば、何か後ろの物を取ろうとか、何かした瞬間にふと首が痛くなるとか、そのようにして筋肉を痛めたりとかですね。あとは、明らかでないものといえば、よくOLにあります、頸肩腕症といって、反復性の事務作業だとかによる痛みですよ。あとは、昔よくありましたが、工事現場の現場監督さんがずっと上を向いていて首を痛めるとか、そういう反復性のものとか、あとは何でしょうね、この間来たのは、小学校の先生でしたけれども、背の低い先生で、黒板に字を書くのにずっと上を見るんです。それでやっぱり首を痛めるとか、そのような反復性のものというのは明らかではないですよ、いつの時点から痛くなったとか。ご本人の自覚がないわけです。

○本多 それでは、まずその中で明らかな外傷というのが、今言った要するにケガ、通俗的にはケガというんでしょうか、寝違いというのはそのケガに入るんですか、どうですか。今、荒井さんのほうから寝違いを明らかな外傷ということでの原因の一つとして定義づけていますが、どうですか。

相原さんどうですか。

○相原 寝違い、外傷に入ると思います。

○本多 寝違いというのはどういう原因で起こるんですかね。よく寝違いする人がいますよね。

私もそういう一人なんだけれども。どういう場合に、どういう状態なんですかね。

○相原 1つは、首を不自然な格好のまま寝てしまった場合とか、そういった場合、長時間その格好をしていることによって起こるといこと。あるいは疲労がたまっていて筋肉に不労物質がたまりやすいときなどは、またその姿勢によって筋肉がスパズマを起してかたくなってしまいますから、それによって運動障害が起こったりもします。

○本多 患者は、寝違いなのかどうかわからないんじゃないですか。朝起きたらちょっと首が回らなくなっちゃったって、借金だらけで回らなくなっちゃったというふうに思っているかもしれないよ、冗談だけれども。

朝起きたときに首が回らないということだけでしょう。それが寝違いであるかどうかというのはわからないんじゃない、寝違いではなくて、違う、寝ているときに何かぶつけてなっちゃったという場合もあるでしょう。そこら辺どう区別するんですか、そこら辺は。

○相原 基本的には、寝て起きた際に運動障害を伴うような痛みがあった場合は寝違いとみなします。

○本多 起きて、すぐ首が回らないとか、こういう現象が起きた場合には、寝違いとして推定するんですか。

ほかに何か推定する要因はありますか。今のは運動制限が起きたことを自覚したのが起きた直後であると、こういうことで限定していますけれども。

山田先生どうですか。

○山田 寝違いは、私は、国際医療大学のほうで総論を7年間教えてきました。それで、いわゆる寝違いというものに関しては、亜急性の外傷ということではっきりと説明されています。頸部捻挫として扱いは扱っていますが、急性疼痛、肩甲骨等の運動が制限された状態、長時間不自然な姿勢をとったり、寒冷にさらされたり、疲労したり、そういうときに首をひねったり、肩を動かしたりしたときに起こる一過性の筋の損傷と。椎間関節で起こる場合もあります。ですから、その辺で考えますと、頸椎で起こる関節の寝違いもあれば、筋肉のほうで起こる損傷もあります。

それと、亜急性の損傷というのは、自分が自覚しないまま繰り返し起こったstrainですね、摩擦の蓄積によって突然起こりますし、寝ている場合にも、そういう外傷は起こると、これは

はっきり明記されています。

○本多 どうもよくわからないのが、先ほど明らかな外傷とは認められない例として、荒井先生が工事現場で高いところをずっと見ていた、10分、20分見ていて首がおかしくなっちゃうと。これも寝ているときと同じ状態じゃないですか。寝ているときも同じ姿勢でずっと寝ていたために首が回らなくなった、これは寝違いだとすれば。昼間だったら、これは外傷には当たらない、ケガには当たらないといいながら、寝ているとそれが外傷の中に入っちゃうんですか。この辺どう理解したらいいんですかね。

五十嵐先生。

○五十嵐 寝違いですね。先ほど相原先生が、不自然な姿勢によっても発症するとおっしゃいましたが、本来構造というのは、その部品、部品を動かすときに相反するような役割があるんですが、ところが、不自然な姿勢というのは、枕が高かったり、低かったり、またはちょっとほかのものが介在していて不自然な姿勢で寝ちゃったり。そうすると、局所の深部の筋肉組織に圧迫が加わって、血行障害を起こし、そこのむくみ、それが起きるんじゃないかと。したがって、その痛い部分をさわってみますとごりごりしたものがあります。そういったような基本的な条件があって、そこでいきなり首を回しましょと、むくんだ筋肉と正常な筋肉との間に収縮格差が生じて、そこで軽い肉離れのようなのが起きるんじゃないかということで、筋挫傷、私は、寝違いは急性のものであると思っています。

○本多 ここでよくわからないんですよね。今、山田先生は亜急性、急性に準ずるようなものだという事ですよ。五十嵐先生は、これはやっぱり急性ではないか。もっと根本でいえば、じゃ現場監督がずっと、あるいは背の低い先生がずっと上のほうを見て30分も講義していたと、15分も講義したと、そして同じ姿勢で、反復して、それで頸部が硬直してしまったと、痛みが出たと。寝違いとどこが違うんですかね。

○河野 寝ていて起きたときに痛くなったというのは現象時点というか、痛くなったきっかけがわからないわけですね。

○本多 そこですよ。

○河野 今言われたように、上をずっと見続けていて、それで首がもし痛くなったときは、見続けて痛いよりも見続けた後に何らかの動きがあって、それをきっかけにしてああ痛いんだなというのがわかる。痛みのきっかけがわかるかどうかで急性か亜急性かと。

○本多 そこかな。

○河野 いうことじゃないかなと思うんですけどもどうでしょう。

○本多 そうか。だってさ、朝起きて、僕の経験から、朝起きて、ちょっと横を見ようと思ったら、えっと走るでしょう、痛みが、これは首が回らないというのが寝違い、我々素人が、これ寝違いちゃったのかなと、こう思うじゃないですか。だから、上を向いていたけれども、今度下をおろして、ちょっとおいと言ったら、痛い痛い、現象はびったり同じじゃないですか、河野先生。まずいですか。

○河野 そう言われたらそうかもしれませんけれども、動きがずっと認識できるかどうかというところですかね。朝起きたときに何か知らないけれども痛いなどというのと。何らかの動作をして次のときに移ろうとして痛くなったので、きっかけがあるかどうかとか。

○本多 あのね、山田先生のとらえ方と、今、私が議論していて若干ずれがあるんで、後から山田先生からもご指摘があると思うんだけど、今、私が言っているのは、明らかな外傷か、明らかな外傷としては認められないかというのは、どうも患者の認識じゃないかと僕は思っている、患者の。ケガをしたというのは事象がわからないわけですよ。現場に行くわけじゃないんだから。あなた何で痛くなったんですか、つるはしを落としちゃったから、金づちを落としちゃったからって、と言うから、ああ外傷だなというだけであって、そうすると、医学的に治療して、山田先生が治療されてみて、ああこれは急性か、亜急性かというのは、疲労とか痛みとかという中の痛みの程度とか原因で把握するものなのか、患者さんとしてはよくわからないけれども、朝起きたら首が回らなくて痛くてしょうがないんだと、あんたどんな枕をして、ああそんな枕している、どんな姿勢で寝ている、こういう姿勢で寝ている。大体総合して、ああこれは寝るときに同じような姿勢で寝ておったんじゃないか、だからこれは寝違いだから、これは外傷だと、こう見る。じゃ同じことは現場監督の監督さん、背の低い監督さんがずっと上を見ていて、それでしばらく見ていて、工事現場が終わったからこっちを見たら急に痛みが走ったと、ここには現象とは何の変わりはないんじゃないかと。かくいう外傷の認定でそんなものじゃないかということじゃないかと僕は思うんだけど、福岡さん、それはだめでしょうか、判断としては。

○福岡 荒井先生がおっしゃった寝違いが外傷であるという今回のテーマの冒頭にある明らかな外傷、そこには発生起点というのが明確にあって、先ほど荒井先生おっしゃっているように、正常であれば痛みを感じない、障害として何らその方には問題がない。でもある動作、あることが加わったことによってケガとなる。こう考えると、寝違いというのは余りにも広いストレス性の構造的なストレスであるとか、年齢であるとか、そして痛みが発生するメカニズムに至る段階としていろいろなことが考えられるので、私は、急性的な外傷からちょっと除外した形

でお話しをしていただいたほうがよろしいかなとは思っています。

○本多 どうぞ。

○伊藤 JBの事務局の伊藤と申します。今ちょっとお話し聞いていて、私も寝違えて患者さん側の立場としてなったことがあるんですけども、今ちょっと自分ではびっくりしているんですけども、私は、寝ているうちに自分が首をひねったんだとずっと思っていたんですね、寝違いというのは。寝ているうちに何かの拍子に、それで寝ているうちにひねっちゃって、首が朝起きたら痛いのかなってずっと思っていたんですけども、そういうものではないんでしょうか。

○本多 どうぞ。

○福岡 寝違いが出た以上は、これは少しお話しをしなければならぬということで整理すると、やはり、寝ている間にもし起きるとするならば、よく朝起きて頭が重いとか、背中が痛いとか、体の不快感を感じる方がいらっしゃいます。それはすべてにおいてではない。ひょっとしたらその前の日に長時間夜下を向いてパソコン等をやっていたのか、テレビを変な格好で見ていたのかという一つの発生する原因となるものが、一晩本来ならば柔軟性を得、血流が戻り、緊張状態が緩和された中で朝を迎えるのが私たちの健康的な回復する力なんですけれども、それが寝ている間にもずっとストレス状態にあると、先ほどもお話しがあったように、筋肉等が緊張していて、瞬間にちょっと頭を上げたとか、普通ならばブレーキにならない筋肉がブレーキがかかってしまって、首等の関節の近い神経に炎症が発生してしまうということがよくあります。ですから、朝寝違いというのは起きやすいというのは、そういう寝ている状態に、ストレス状態にもうなっていることがよくあります。

もう一つ言うと、精神的な非常に借金で首が回らないというよう話、実際そうなんです。だけれども、脳神経第12番目の副神経というのが脳のストレスとして、胸鎖乳突筋肉とか、首や僧帽筋に直接的に緊張を起こす。ですから、心配ごとで足が吊っちゃうということは余りないんです。首が回らなくなってくるというのは、そういうストレス性のものがあるので、これはちょっと広いテーマになるので、扱いは皆さんいろいろ考えていただきたいと思います。

○本多 そうすると、ここちょっと整理しましょうか。

明らかな外傷性か、明らかな外傷としては認定できない負傷と、この寝違いというのは、たまたま荒井さんが例を挙げたんで、私として大変いい例を挙げてくれたと実は喜んで、今後のテーマにぶつけたんですけども。皆さんの中で、ここで議論していたらもう終わっちゃいますからね、すぐに5時になっちゃいますからね。この辺で議論はとめるつもりでいるんですけ



れども、先生方だけに聞きたいんだけど、やはり外傷だと考えられる方、外傷ではないと、これはやっぱり外傷としてみるべきではないと思う人。

(挙手する者あり)

○河野 亜急性だと思います。

○本多 亜急性だと思う。

○福岡 先ほどの明らかな外傷であるかという、そうではないと。

○本多 だから、私が最初から言ったでしょう。明らかな外傷と認められるものを我々は今ここで外傷と呼びました。日本語の用語をここで整理しようとしていることは、私は意識的にやっていますから。だから、それを頭に入れてください。

そして、明らかな外傷としては認められない負傷と、2つに分けますから。その意味で明らかな外傷として考えてよろしいと思う方もう一度手を挙げてください。

(挙手する者あり)

○本多 いやそうじゃなくて明らかな外傷としては認められない現象なんだと、こう見られる方は。

(挙手する者あり)

○本多 結構おられます。はいわかりました。

○荒井 ちょっと私の先程の発言も、説明不足だったですけれども、明らかな外傷というのは、まず患者さんが寝違えたと言ってくるんです。だから、患者さんと施術者はお互いに認識して、それで明らかな外傷になるけれども、今、さっき黒板に書くとか、現場監督というのは、本人はわからないですよ。どうして痛いかわからなくて、問診のときにいろいろと伺ってそこが原因じゃないかということなんです。

○本多 そこなんです。そこを聞きたいんです。

齊藤さんどうですか。

○齊藤 保険者さんには、寝違いというのは原因ではないですよとされているときもあるんです。寝違えというのをケガとしての原因としては認めないと、ひねった、転んだ、ひっくり返ったというのは違うんだということで、外傷としては認めませんよという保険者さんもあるので、その点をはっきりして知りたいなと思うんですけれども。

○本多 では、山田先生のご意見を。

○山田 私のレジユメを皆さんに配られるとは思っていなかったのですが、ちょっとミスプリントもありますが、読んでいただいたら理解していただけたと思います。どうしても、今おっしゃ

っている外傷、明らかな外傷と、明らかでない外傷という分け方をされて、そこに急性と亜急性を結びつけてもらうと、もう本末転倒してしまうんですね。急性または亜急性の外傷が我々の範疇なんです。それで、患者さんが覚えているか覚えていないかということが外傷とすること。また、急性、亜急性と判断するものではないと私は考えます。そのことは、学校協会の柔道整復学理論編、今これをみんな履修して国家試験を受けるわけで、そのことは明確にここに書かれていますし、それ以外の今ここでお話ししているような患者さんの訴えを主にするのはこれは当然問診の中で、それを精査して我々は傷病をつけていくわけですが、亜急性と急性の区別をまずはっきりとしていただきたいと思います。

急性というのは、突然あらわれるものというところに関しては亜急性も同じなんです。関節の可動域を越えて瞬時に損傷したものを急性といい、これがいわゆる明らかな外傷です。関節の可動域内で繰り返し起こった外傷性損傷が亜急性です。どちらも外傷には変わりなくて、そこには外傷じゃないという余地はないと思います。ですから、そこを理解していただいた上で患者さんが覚えている覚えていないというのは、亜急性の場合、関節内で反復した動きなので、1回の損傷として傷がいつまでたっても覚えていないということなんです。

○本多 山田先生、少し患者の目からご質問させていただきます。

今、現場監督がずっと高いビルを眺めていてどうなったかなとあと約30分か40分眺めていたとしましょう。それで首が痛くなっちゃった。これは我々はよく経験することなんです。同じことは、私は若いときに論文を書きながらずっと下を向いて論文を書きながら体が硬直してくるときと同じなんです。それで、今、先生がおっしゃった可動域の範囲を越えちゃうんですよ、ずっとやって。じわじわ。突然越える。ある一時期を境にぱっと越えるんじゃないんです。長い間ずっと継続することによって可動域の範囲を越えてしまうことってあり得るでしょう。あり得ませんか。

○山田 あり得ません。

○本多 そうですか、ここが違うんだな。この辺はどうですか、菅俣さん。

○菅俣 ないと思います。

○本多 ないと思う。

○菅俣 はい。ただ、その部分で、ちょっとここになるとまた自分の考えですけれども、例えば、上を向いていて、ああ痛くなりました、戻しました。そのとき、後の症状として、いわゆる寝違い損傷と私がそうしているのは、必ず可動域制限が出てきたり、どちらの方向の筋肉がもう動かないよと、もうそういう状況はあるというものであれば、いわゆる寝違いに近い損

傷であろうと私は説明しています。動かした瞬間にその筋肉が傷ついたでしょうみたいな形で。だからそういうふうに考えれば、寝違いにおいても同じようなポジションでずっと寝ていて、次に動いた瞬間に何か問題が起きたんじゃないかというふうに患者さんには説明しながら、外傷として見ていますけれども。

○本多 それはここなんですよ。今、山田先生が一つの明確な基準を出された、学問的にはだよ。可動域を中心にして、可動域を越えたか越えないかということで判定する。これ医学的には非常にわかりやすい。医学的、医理論的には。しかし、臨床学的には非常にわかりにくい。ここの使い分けをきちんとしないとわけがわからない話になる。学問的には、理論的には非常にわかりやすい理屈が、臨床学的には非常に当てはめが難しいというのは、これは法律上でもいっぱいあるわけです。理屈ではよくわかっているけれども、現実の認定ではなかなか難しいというのがある。だから保険者の中で寝違いなんていうのは、これは可動域の範囲内だから、業務範囲外だということを言っている。そこで説明をしている。すると皆さんはどう説明をするのか、これを外傷という人は。外傷だと思う人は、どう説明をするか、理論的には。可動域の範囲外と見るのか見ないのかというのは、そうするともうこれは用語の問題になってしまう可能性がある。何をもって、どういう場合に可動域の範囲を越えるたといえるのかという問題なんです。可動域の範囲を越えたものを外傷とするという定義は、どういう基準で範囲を越えたと言えるのか言えないのかということです。そこをちょっと聞きたいんですね。

○福岡 特に、寝違いの場合は、やはり通常私たちが使う外傷との大きな違いというのは、非常に痛みが伴う運動の制限、これが顕著にあらわれています。

例えば、単純に転倒して首を捻挫したと、頭をかばうために外力が働いて、首関節及びその周辺の筋肉が引っ張られてしまっていて炎症したと、いわゆる軽いむち打ち状態になった。これは急性的に転んだ際にということを言えます。この場合だと、程度によって痛みの再生をします。先ほど先生がおっしゃったような、医学的根拠と臨床的な検査、これエビデンスというんですけれども、どういう動作でもって筋肉に負担がかかっているとか、関節の動きが制限されているとか、または、関節の近い部分の靭帯まで損傷が及んでいるとか、これらは徒手検査でわかるんです、ある程度。ただし、先ほどから言われているこの寝違いというのは、その可動域すら見ることができない、非常に軽減された、先ほども伊藤さんもありましたけれども、私たち患者さんを診ると、これは急性的な痛みですけれども、急性な外傷ではないために、顕著に検査をして、具体的なところ、どの部分がどういう損傷を起しているということが実証するのは難しいです。したがって、急性と扱う場合の扱い方が違うと私は言っておるわけですが、理解

できます。

○本多 一部理解できて一部理解できないところから、もう少し突っ込んでいこうか。

どうぞ。

○伊集院 先ほどの本多先生のお言葉の中で、工事現場の監督、それから荒井先生の中で学校の先生の話、上を向いてという、その上を向くというのは自分のする動作です。自分のする動作というのは可動域を越えることはないんです。だから、先生のご認識の中では、それが可動域を越えた痛みというふうに私には聞こえたんですけども、工事現場の監督にしろ、学校の教師にしろ、ずっと向き続けることは、可動域の中で行われている動作で、同じ動作をずっと続けた、反復か継続かは別として、例えば、うちに来るレスリングの子がいます。レスリングの子は、肩を着きたくないからブリッジという形を一生懸命します。相手の選手はブリッジを崩そうとして首に物すごい負荷をかけてくる。そのときに、同じように首を痛めてくるんですが、これは可動域を越えたときに痛みを訴えてくる、これが急性の外傷と思います。

○本多 今、2つありましたね。可動域を越えたかどうかというのは、自分の自己運動でやる場合には可動域は越えない。外の力が加わって負荷がかかったときに可動域を越えるんだと、こういうことがあるんだと。だから、可動域を越えたかどうかの判定基準は、自力でなくて外の力によってもたらした場合でというのが一つ目安として出てきました。もう一回、福岡先生、関節のところ、可動域というのは関節のことを言っていますから、基本的には、関節を保護している筋肉の損傷というか、それを見れば可動域を越えてしまった原因なのか、可動域内の原因なのか判定できるんだと、これは、より医学的ですよ。

伊集院先生がおっしゃったのは、いわばどっちかという外側から見えていますよね。外部から見えていますね。外の力がどのぐらい加わったかとあるんじゃないか。

福岡先生は、問診、視診、触診の中で判定して、それを見きわめると、こういうことを今2つ、この場合は、よくわかった。その後のほうはちょっとわからないところがあるので、これは、私の専門外だから、ここで聞くと私がわからなくなっちゃうから聞かないことにして。

もう一つ、続いて。

○菅俣 本多先生にちょっと整理しておいてほしいのは、ケガが起きるのは可動域を越えたときだという考え方は置いておいてもらわないと。例えば極端な話で言いますと、全然方向が外れますけれども、アキレス腱が切れるときというのは可動域内なんです。つまり、首の寝違いという観念を考えたときに、関節の中の損傷なのか、周りを支えている筋肉だとか、そういう腱だとかのほうの痛みなのかによって、その可動域を越える越えないは余り関係ありません。

越えたものもあるかもしれないけれども、越えてなくても起きるものは起きる。そういうふう  
に考えないと、この話はちょっと方向がずれて行っちゃうような感じがします。

○本多 ちょっと待ってね。可動域を越えていない部分はどうするんですか、で損傷が起きた  
場合はどう見るんですか。

○菅侯 さっき言ったように、その筋肉に損傷が起きていれば、決まった方向への運動性がな  
くなっていくわけです。動かせなくなるわけです。

○本多 明らかな外傷として判定していいんですかって聞いているの。

○菅侯 そこまでは何でもなかったのに、そこから変わったのであれば、私は外傷だとしてい  
ます。

○本多 今の話を、私はあえて山田先生が教科書的な議論をされました。変な意味で言ってい  
るわけではないので誤解しないでくださいね。概念的な意味で言っています。それは可動域で  
判定すると、これは非常にわかりやすいけれども、臨床的には判定しにくいですね。判定を一  
歩下げると、伊集院さんの説明と福岡さんの説明で言ったように、それはあくまでも可動域を  
テーマにした設定だ、今、菅侯先生は、いやそれだけで外傷性かどうかを判定するのは具合が  
悪い。それだけと言っているのは可動域を越えたか越えないかだけで判定するのは、だけで判  
定するなよ、そういう越えた越えないで判定は必要だけれども、それ以外の場合でも外傷性  
として認定できる場合があるんだと。アキレス腱なんかの場合もそうなんだと。あれは可動域の  
範囲内なんだと、こういうことを言っておられるんですが、これで山田先生どう考えますか。

○山田 お答えいたします。

関節の可動域内で繰り返されたのは亜急性です。突然起こります。突然起こったから急性な  
んではありません。

それと、アキレス腱の断裂等、これは関節を見ると可動域内です。だけれども、明らかに筋  
肉が切れると、損傷する。筋の組織が損傷するだけの力が加わったということがはっきりして  
います。

それと外力は、力だけ、力というのは動きだけじゃなくて、実は熱も光もすべて外力なん  
です。だけれども我々が扱っているのは、そういう外力を除いたものであって、筋肉の持ってい  
る強さ以上の力がかかったので切れるわけで、もうそれは明らかに外力で、ただその発  
生起点が背景が脆弱であったりということはあるかもしれないですが、その辺はもうただ分類の区別  
の間違いだけだと思います。

○本多 今、可動域の範囲というのは関節の損傷ですよ。どっちかというと捻挫概念です。

捻挫ということもいろいろ難しいんだけど。皆さんも使っている捻挫が、非常に難しいんだけど、今、もう一つ菅侯先生から出たのは、そうではなくて、関節以外の部位で筋肉の損傷というのは起こるじゃないかと、その場合も外力によって起こる場合もあるじゃないかと。これは捻挫というんですか皆さんの用語で、それとも挫傷というんでしょうか、あるいは打撲というんでしょうかね。

○山田 挫傷か肉離れです。

○本多 挫傷で呼ぶんですかね。

そうすると、今、ここで整理しましょうか。

今、議論は、僕が一番最初の出足に、捻挫とか頸部の負傷というだけで捻挫とか挫傷とか何も言ってなかったから、普通は関節を中心に話すくらい山田先生の説明はよくわかった。

そこで、今度は山田先生はもう一つ違う問題を出しましたね。外力というのは、有形力の行使だけではない。有形力というのは形で見えるだろうと。暴行なんかそうですよね。ところが、最近、薬を飲まして下痢をさせる。これ有形力の行使じゃないんですよ。そういう薬を飲ませて下痢を起こさせる。これ傷害罪、暴行を伴っておりません、有形力の行使じゃないから。そうすると、今、山田先生が、光とか音とか、よくわかりませんが、そういう有形力の行使でない無形の行使によって筋の損傷が起こる場合があり得るんだと、そういう場合も挫傷として評価していいのかどうか。柔道整復師の治療としてはそれを取り入れるかどうかという問題が一個残るんですが、どうでしょうか。

○山田 外傷というのは、ほかの外力、エネルギーは、光でもあり、放射能でもあり、全部あるわけです。熱であれば火傷なわけで、我々はそういう外力、熱で起こると火傷です、放射能も火傷です。直達外力で起これば、これは瞬時に起これば打撲であり、ずっと起こされればこれは本当は挫滅挫傷、contusionの部類に入ります。ただ、挫傷はcontusionの場合もあれば、strainの場合もありますので、それは、その言葉の意味の内容だけだと思います。

○本多 僕が言っているのはそうじゃなくて、外力というのは普通我々が常識的に考えるのは有形力の行使なんですよね。人から殴られたとか、圧力をかけられたとか、これは有形力の行使という概念で呼んでいるんですけれども、それ以外に、ほかのエネルギーで、火傷も今挙げましたけれども、火傷以外の筋肉の損傷を帰したという現象が起きると、これは外傷ではないんですかと聞いているんです。ないと理解していいんですか。

○山田 それは外傷です。

○本多 そこはいいんですか。そこは皆さんの専門家同士で共通の認識でいいんですか。

聞きますが、そうすると柔道整復師が扱える外傷というのは、どう皆さんは限定されるのでしょうか。

○福岡 その部分を話しする前に、やはり首という、テーマが頸部の場合は私たちが考える、例えば手首だとか、肘だとか、膝とか、一つの関節における構造的な役割、これは曲げたり、伸ばしたり、ねじったりというのが片側で行われています。右であるとか左であるとか。頸部の場合は左右、体の中心の中で右と左に働きが及んでいる。ということは、例えば先ほどもありましたけれども、一つの動きを越えた中でケガが起こりますかということ、そうではないというお話がありました。じゃそれを具体的にいうと、例えば右腕で重いものを持ち上げていたときと考えると、そのときに右側の筋肉、首から肩にかけての筋肉は同時に緊張している状態です。そして、そのときに、もし後ろから声をかけられて「はい」って振り向いたときに、振り向くために緩まなければならないものが持ち上げたような動作をしていたら、きっと、そこには通常範囲では起きない関節へのストレスとして起きてくる首の捻挫、外傷も筋肉の strain が起きてくる、というのが首であるということを考えて、まずこれからいかないと、通常に可動域を越えてしまったらから捻挫が発生したとか、挫傷を起した、いうだけではない、そうすると、やはり片側の、例えば構造的なバランスが頭の位置を常に左側に倒さなきゃならないような筋の斜頸というのがもう存在しているだけでその人にかかってくる発生するケガや、それが頻繁に起きてくる反復される痛みなんかの原因によくなるという、それが首の構造的な一つの役割であるというふうに認識をしていきたいと思います。その辺どうでしょう。

○本多 ちょっと話がずれるんです。今は大事な話だから、ちょっと置いときます。必ず後から議論するから、これは。

今、私が言いたいのは、有形力の行使を外力というのが大体一般的に理解できたんだが、それ以外、山田先生のご説明にヒントを得て話しをしているんだけど、それ以外、いわゆる有形力の行使ではないにもかかわらず筋の損傷、あるいは運動制限が起こるという場合があると。福岡先生の場合と若干違うんですよ。これはまた別な範疇だから、別な範疇で議論するとして。その場合に柔道整復師が扱えるか扱えないかの判断基準を示してほしいんです。

どうぞ。

○山田 まず、損傷が起こって、それが治癒した後、治癒するというのは、炎症も引き、それに傷も修復され、だけれどもなおかつある一定方向の運動、もしくは復方向の運動に関して、痛みが残存するもの。これは火傷を起してケロイドになって動きがとまった関節にも見られます。火傷は外力であります、我々が扱う捻挫等の外力で起きた機能障害ではありません。だ

けれども、それによって、半固定された関節においては、関節機能障害というのが残る場合があります。ある程度、我々が普段やっている後療、いわゆる骨折後療は、骨が癒合してから、その固定した隣接関節に機能障害が起こるものを改善する後療です。これと同じことで、ある程度かなりの部分で改善できるということがありますので、いわゆる捻挫や、そういう物理的力のかかった外力以外の外傷の後遺症、後に残ったもの。もしくは、病気によって変形等をした関節の骨のそこにある機能障害というのは、骨折で行う後療の範疇でやれるもののがかなりあるとは思いますが。関節機能障害は、一般的な傷や炎症症状による機能の障害とは異なり、炎症の無い関節に起こる、一定の関節運動に起こる、痛みと運動障害の事です。ただの機能障害と関節機能障害は区別されます。

○本多 だんだんわかってきたね、見えてきたね。

必ずしも、有形力の行使、すなわち外力によるものの損傷以外にも、後療という筋肉の行使状況というものを緩和していくというような治療、そういう治療もあり得ると。それを外力によらないで起きた筋肉の行使だから、これは一切柔道整復師で扱いきれないだと割り切ってしまうか、いやそれは外力による筋肉の硬直じゃないんだけど、ほかの病的な原因で起きた硬直なんだけど、治療の手法としては同じなんだから、これはやれるんじゃないかという議論、そこら辺のところは、もう少し、今、山田先生のお話を参考に、もう少し議論してみたいんだけど。山田先生以外の方から誰かお話しを。反論でもいいし補足でもいいし、教えてくれませんか。

○福岡 ちょっと伺いたいんですが、これは外力になるのかどうか。痛みの起因として、1つは熱ということを考えてみて、乳がんを切除します。乳がんのオペで、乳がんの手術をするとリンパ節を液化リンパ、非常にこれは首に近い位置ですから、頸部が炎症をしやすく、寝違いをそれこそ起しやすい、痛みを発生しやすい。これも外力として考えますか。

○山田 いえ、それは全く外力ではありません。

○福岡 熱ですよ。

○山田 私が言っている熱は外からの熱ですから、自発している熱ではありません。

○荒井 今の熱というのは非常にいい解釈ですよ。腱鞘炎なんかもひとつ使い過ぎで、腱がこすれることによる熱エネルギーが蓄積して、炎症なんていうのを起こすんじゃないか、というのはひとつ解釈の仕方によってはとれますよね。どうでしょうか、それは。

○山田 熱というよりもそれは摩擦だと思います。摩擦であれば、いわゆるエネルギーですから、物理的に説明するのであれば、適切なのは摩擦。摩擦で熱は出ますが、直接的なものは摩



擦。摩擦というのが、英語にかえるとstrainです。strainの蓄積が亜急性の外傷です。

○本多 誰か、ここの辺が少し見えてきたところだけでも。

うちのホープの小林（勉）先生はどうですか。

○小林（勉） さっきの火傷の硬直の話しなんですけれども、確かに柔整の手技としては大変効果があると思いますけれども、保険としては、発生機序とかそういうのを考えると、やっぱりはっきりしないと。

○山田 先ほど火傷を例に挙げたのは、外傷以外、火傷は外傷なので、ちょっと、そうしたら、病気で起こった、病気いろいろな病気ありますよね。病気の後に関節が硬直したものとかは、これは私の言っている関節機能障害の範疇ではないわけです。火傷の場合は、その硬直に関しては、関節の機能障害と考えてもいいわけで。

それとあと、熱、炎症があるものは関節機能障害ではありません。ただの炎症等による機能障害という意味です。炎症があるものは、何らかの感染なり、外力なり、起こった損傷の過程ですから、はれていたり、熱があつたりするものに関してのことを今私は言っているのではありません。

○本多 今、我々、保険扱いできるかどうかを議論しているんじゃないんです。柔道整復師の手術としてどこまでの有効性があるかを議論している。それが保険医療として適切かどうかはまた別の議論。政策議論です。いいですか、間違っちゃいけませんよ。これは、小林（勉）さんだけじゃない、皆さんは柔道整復師の先生、医者も、医療としての効果測定と、法政策的に公の資金で治療させた方がいいかどうかとは全く次元が別なんです。わかりますね。

例えば、歯医者さんもそうです。歯医者さんの治療の場合でも、入れ歯とかやりますね。これは歯医者さんで見れば大いに治療としてやるべきだと。しかし保険給付としては認めないということでしょう。昔ずっとあつたんです。治療の効果はずっと上がってきた。だから、もう皆さんは保険になれ親しんじゃって、保険治療イコール自分の治療と思ひ込んじゃっている。これは大きな間違いです。いいですね。今、我々が議論しているのは、柔道整復師が持っている徒手治療というものが本当に効果のあるものなのかないものなのか、その判定基準に外力性というのはどう影響してくるのか、ということを議論しているんです。今、明らかな外力によるものの筋肉の損傷について柔道整復師の治療は有効だというのが今までの定説だったけれども、それ以外の、今、先生がおっしゃったような、病気とか、そういうところで筋肉の硬直を帰した、それに対しての治療については後療ですよ、骨折後療と同じだけれども。それは効力があるんですかどうかを聞いているんです。

○河野 外力の話ですけれども、温度とか熱とかで脳障害を起した場合とか、脳が急に寒くて血圧が上がって、血管が切れたと。そうすると、それも温度による外力というふうにはならないのでしょうか。

○山田 それはなりません。あくまでも、体の外からのものです、外力は。体の外からの受けたエネルギーのことです。

○福岡 逆に、急性の頸部捻挫の中に、クーラー、または外気の冷たい気温。車を運転して窓をあけておくとずっと当たっています。そうすると、そこに筋肉の緊張を招いたり、クーラーで冷えた、これも外力として負傷原因の1つに挙げますか。

○山田 お答えします。それも外力にはなりません。

○福岡 熱ですよ。

○山田 熱の場合は、熱の外力が生態に及ぼす影響は、熱いと火傷、冷たいと凍傷です。ですから、クーラーで冷やされたということ、それは外力じゃなくて環境的な問題で、条件なんです。それと、外から受けたエネルギーと申しましたが、外から、急性、亜急性のことにに関して、そこを直接結びつけないでください。亜急性の場合は、自分で動かしていて、関節可動域内です。今は捻挫の話をしていますが、繰り返されて、摩擦、もしくは傷がいて、急激に症状が起こるのが亜急性です。捻挫の定義は、骨と骨の相互関係が完全に断たれ、それが元へ戻ったもの。いわゆる可動域から越えて、一旦コンタクトがなくなって戻ったものが捻挫ですから。それから、まず、そこは定義なんで、定義は変えることはできませんので、捻挫はそういうこととを考えてください。

○本多 今、大変難しいものを出していますよ。有形力の行使というのはわかるんですよ、見えるから。有形というのは形がある行使ですから、殴る、たたく、ける、わかるでしょう。しょっちゅうやられているんですよ、皆さん、私に。言葉の暴力、これは無形力ですね。見えないうちから。そうでしょう。今、言っている熱もそうです。無形力です。光もそうです。河野先生も福岡先生も、議論ありました。一つがクーラーのものがありません。そういうのは、山田先生は外力とは言わないんだという。じゃ外力と外力と言わないのはどこが違うんですか。そこをきちんと決めておかないと論者によって違ってきます。どこが違うんですか。

○山田 外力は物理的エネルギーです。

○本多 物理的エネルギーという言葉なんです、これは無形力でもいいんですね。

○山田 そうです。

○本多 そうすると、今言った、クーラーもいいじゃないですかとなっちゃうんですよ。そこ

を分ける。

○山田 理論を、外力がおよぼす影響ということはちゃんと明記されていて、約8項目から10項目ありますので、それを参考にさせていただきますか。

○本多 違うんだよな、山田さん、ここは。

○阿部 外傷の件で、自分の経験では、中学校のときに野球部だったんですけれども、夏プールの練習があって、飛び込んだら、底に頭を打ちちゃったんです、前頭部を。それでがんとやったときに、プールから出たときにはもう首が動かなくなって、外力が加わったから完全に頸部捻挫だなど。

あとは、柔道整復の学校で、寝わざの練習をしたりして、学校帰りには、もう首が動かなくなっちゃったとかは、外傷的な頸部捻挫だと思うんですけれども、関節って、手を10分とか、20分握っていたらペアにできなくなったりするんですよ。正座なんかも、30分も40分もしたらよいしょと立つときに痛い痛いとなりますよね。それとか、腰も前も上げていて、30分も作業をしていたらよいしょと立つときに痛い痛いに戻れなくなりますよね。僕が考える寝違いというのは、よくソファとか、高いクッションとか、変な格好で寝ちゃうとか、あとは肩側の筋肉をその前の日に使い過ぎとかで寝ちゃってたら、寝ている動作の形で筋がかたまっちゃっていて、多分その時点までは痛くないと思うんです。ああ朝だと思って起き上がったら多分自分の自己筋力で立ち上がって、支えた時点で多分痛くなると思うんです。例えば、こう寝ちゃっていたら、こっち側に行けなくなるとか。それで外力というのはそこには加わってないんですけれども、自己筋力とか、重力がかかると痛みが出ると思うんですけれども、多分寝違えた人も、痛いけれども自分が楽な姿勢でもう一回寝てくださいというと、落ち着いて寝ていられると思うんです。だって、筋は損傷しているというよりは支えているから痛くなっていると思うんですけれども、どうなんでしょうか。

○本多 私が、今、山田先生の考え方にちょっとやや違和感を感じていたのはこういうことです。今、福岡さんの出しているクーラーの冷えによって腰の冷えでも、肩の冷えでもいいんですけれども、痛みが走るとか、出てきた、発生したと。これは、外力じゃありませんとおっしゃった。じゃ何ですかと聞きたいんです。

○菅俣 熱が外力という観念で考えるならば、それが直接人間に対して影響を及ぼす。だからそれが火傷だったり凍傷というのは、だから、それがあったから、結果直接的に変化が起きている。ただ、クーラーの風だとかいうのは、一時的に筋肉に当てて血流は下がっているかもしれないけれども、人間の許容範囲内のものであって、関節でいえば可動域の範囲であって、そ

れが直接的に外傷となっているわけではなく、それで血流が下がっているために、次の動作、動かしたときに、まさにさっきの話で、筋損傷、もしくは周りの軟部組織に損傷が起きたのではないかなと思いますけれども。

○本多 それならよくわかる。それなら非常によくわかる。

○福岡 そうしますと、一番初めのこの寝違えが外傷であるか、そうでないのかというところを、どうですか山田先生、亜急性とおっしゃいましたけれども、その痛みを起こす起因や要因というのはさまざまあると。さまざまにあるんですよ。でも寝違えがもし外傷として定義づけていくのであれば、いつどこでどのようなことといった場合に、じゃ2時間前だったのか、昨日だったのか、今、入浴中に転倒しそうになって首をねじった、これが寝違えとは言わないでしょう。その違いが明らかな発生起点というものが見られないのが往々にして寝違えと言われる、総称される症状の痛みを発生している原因がいろいろとあると。だから亜急性だという定義もこれは難しい。痛みそのものを亜急性とすることを、先ほどの外傷かどうかということが、ここでもう一度その部分を明確にしていかないと、発生起点があるのかどうなのかと。私たちが痛みがあるものは事実なんですよ。ということをもう一度ちょっとどうでしょうか。

○本多 ちょっと難しいところがあるので、司会者がついていけないところがあるんですよ。素朴な発想では、菅侯さんの発想よくわかる。要するに、外力というか、外力によって起きた損傷と、外力で起きた損傷が次の損傷を生んだ。損傷が外力とどうつながってくるかによって、これは外力によるものか、外力によらないものかというのは決めてくると。直接的に、ある外力によって、ある結果が生じているという場合には、これは外力になると思うんです。因果関係がはっきりしていますから。その損傷のほかに、次の損傷が起きてしまった。これは外力といえるかという、外力と因果関係は薄いですよ。

○菅侯 損傷というより影響です。

○本多 だから、そこら辺がどうも保険者が政策的に、保険医療という政策的に判断するとき、ここはちょっと保険としては給付できませんよといわんとする理屈づけになりはせんかという気がしているんですけどもね、私はね。だから、外力によるというのは、恐らく外からかかってくるエネルギーが、我々はそうして息しているわけで、そのエネルギーの中でこのエネルギーによってこういうことが起こるのは、経験的に一般的なんだという場合には、割とつかまりやすいんですよ、現象がね。でもなかなかこれは特異現象でつかまえにくい場合もある。この場合を外傷と呼ぶかというとなかなか呼ばない。呼べない。一般的じゃないから。ということになるのかなという感じは若干して、そこで多分認識の争いが出てくるんじゃないかとい

う気は若干今聞いていてわかってきましたね。

さて、話は先に進みます。さっき、福岡さんがもう一個問題を出しました。何の問題だったっけ、福岡さん。

○福岡 首の構造的な形態を考えると、左右とか、いろいろな……

○本多 そうそう、重いものを持っていたとしましょうね。それで、誰かに後ろから声をかけられた。振り向くときに、重いものは普通は置いて振り向けば何でもないのに、重いものを持ったまま一定の運動制限がさせられている状態で逆の方向に傾くと、体を動かしたと。その結果損傷が起きた。捻挫までは行かないでしょうな、可動域の範囲内なんだから、伊集院さんの説明をすれば。自分で動かしていたわけだから。ここでも、しかし筋肉の損傷が起きた。これは一体外傷なんですかね。

○山田 レジューメにも出しているんですけども外傷です。それは明らかに外傷で、可動域の部分でも、可動域を越えるというのは、これちょっと腰椎の資料を、頸椎も腰椎も余り変わらないので腰椎の資料を出しますが、普通可動域があつて、その次に可動性があつて、その可動性までは大体2ミリぐらいです。2～3度です。頸椎でも。それが5度以上を強いられると、これはもう完全に関節、靭帯は損傷します。ですから、恐らく可動域を越えたと。その重さでそこまで行って、戻っているだけなんで、損傷したら必ず炎症が出ますので。

○本多 その場合外傷というのは……

○山田 外傷です。

○本多 外力とはどこを……

○山田 外力は反対側に持った重さと、自分の力がトータルしたものが外力になります。

○本多 そうすると、若干伊集院さんの概念を修正しなきゃいかんのかな、伊集院さんはどうなの。

○荒井 普通に日常生活動作していると筋肉というのは30%ぐらいしか筋繊維は動いてないです。70%は楽をしている。そういうときって大体30%の筋肉が70%のほうの筋繊維の一部を痛めることがあります。頸部捻挫も、多分挫傷なんていうのもそうだと思います。ふいとした拍子の痛みというのは、自分で痛みを起しているのであつて、特に外力というような表現はできないんじゃないかなと私は思います。

○本多 伊集院さん、あなたのご意見を修正しないといけないか、修正しなくて頑張るか。

○伊集院 そうですね、今の福岡先生の荷物を持って後ろから声をかけられてというのはよくありがちなケースですが、じゃどれが外力なのと聞かれたら、自分としては、ちょっと説明が

難しいなと思います。今の山田先生のお話によると、それを荷物を支える力と、それから振り返る自分の筋の引っ張る力が一つの筋肉に相反して働いたために、強くそこが筋繊維を負傷したんだろうという説明でよろしいですか。

○本多 こうしてみますと、外力かどうかというのは相対的じゃないですか。必ずしも決定的なもんじゃないんじゃないかという感じはしますよね。

○伊集院 ありますよね。

○本多 でね、ここからが問題なんですよ。そもそも柔道整復師の扱う対象として外力ということはよく出てきます。これは保険医療をやっている関係で出てくるのか、伝統的な概念として出てくるのか、ちょっと僕には勉強してないからわかりませんが、外傷性の疾病でなくちゃできないという、そういう言葉を使いますよね。それは一体何を意味しているんだろうか。誰か、その辺について少しご意見ありませんか。感想でもいいし、はいどうぞ。

○福岡 首の痛みの場合は、例えば過去に外傷を受けた、先ほどもレスリングのお話もありましたが、柔道であるとか、やはりむち打ち症のような外力が加わって外傷を受けた頸部、頸椎、これが完全な治癒の状態ではないと、もし、いわゆる普通では正常な範囲の動きや動作、環境は保てるんですが、少しのストレスによって、非常に弱い、例えば頸椎ですと、一つ一つの関節の間のユニットのところの関節包であるとか、靭帯が緩んだ場合、よく首を曲げるとぼきぼきと音をさせる人がいますけれども、これをもしたとすると、そのときにはすっきりしますが周りの筋肉はだんだんはれてしまいます。肥厚してしまいます。これがだんだん続けていって、筋肉の弾力性が失われるような、もしそういう素因がその人にあると簡単なことでまた再発が起きてきます。そうすると、外力が通常では痛みを発生しない範囲の外力として考えられるんですが、もし頸椎がそのように脆弱というか、関節の障害をもう既に持っているとする、やはり痛みとして、急性的にあらわれるケースが多いと思うんですがいかがでしょうか。

○本多 どうぞ山田先生。

○山田 おっしゃるとおりだと思います。それは急性です。

○本多 そこで、もう一つ、わかりにくい、我々素人でわかりにくいのが急性と亜急性という言葉を使いますね。この言葉を整理しておく必要があるんで、山田先生のレジメをちょっと拝見させてもらったんですけれども、これちょっと読んでみますので、山田先生がお書きになった1ページのほうの真ん中あたりに、a. 損傷時の力というのがありまして、そのところ急性と亜急性の分類ができるというふうに説明されて、急性のほうは大体私もわかりやすいんで飛ばしまして、2番目の亜急性というのがあります。亜急性というのは、蓄積性、あるいは反

復性という言葉で言いかえておりますけれども、反復、あるいは持続される力によって、はっきりした原因が自覚できないにもかかわらず損傷が発生すると、このような概念を使っておられるんですがね。これ山田先生のお使いになった概念だそうなのですが、皆さんもこの概念で大体いいんでしょうか。教えてもらいたいんですが。

岩崎先生どうですか。概念としてはこういう概念でよろしいでしょうか。

○岩崎 そう思います。亜急性というのは、アメリカの医師の先生に言わせると、柔道整復師としては通用するというか、保険の適用という概念というか、そういう歴史からするといいんですけども、医師の間では、この亜急性ということは非常に慎重なんです、形成外科医は特に。

それはちょっとさておいて、私も学校教育をちょっと5年間やってきましたが、基本的にこの定義で僕もいいと思うんです。特に高齢者に多い関節の変形というか、そういう患者さんは、ささいな外力でそういう反復的な外力や繰り返しのそういったもので、非常に捻挫や靭帯、普通の方、成人の人に比べれば損傷も多いので、整形外科の先生は、その辺はなかなかちょっと理解していただけないと思いますけれども、柔道整復師としては、そういうことで、当然この亜急性、こういう分類でないと、やっぱりだめなんじゃないかというか、思います。

○本多 僕が、なぜ、岩崎先生にこれでいいですかと確認したのか、岩崎先生は保険を使っておられないですね。

○岩崎 はい。

○本多 保険の毒を受けていない。ですから、あえて言えば、だから、あなたは違った認識を持っていますかなと思って今話を聞こうと思ったんですけども、どうなんですか。

○岩崎 私は、今、正直言って急性だろうが亜急性であろうが、私には今保険でやっていない関係で、正直皆さんほどはそういう意味で神経質と言っちゃ変ですけども。むしろ何でこうなって、痛くなって、要するに痛くなった過程というか、何でこの人はこんなに痛みが回復の仕方は患者さんによって違いますし、そういう背景が違いますので、生活のそういった様式も違い。その辺で見ていくので、保険に照らし合わせたような考え方をちょっと今正直していません。

○本多 私も、いろいろな本を読ませてもらって、医学書にはほとんど亜急性なんて余り使っていないよね、ほとんど使ってない。私は医学者じゃないから、そんな皆様ほど専門書を読んでいるわけじゃないと。なぜこのこういう概念が生まれてきたんだろうかと、山田先生、なぜこの概念が生まれてきたんですか。

○山田 何ですか。亜急性ですか。

○本多 亜急性という概念が。

○山田 これは、直達外力、介達外力というふうに、外力を分類していくと、急性と亜急性に分けるということになります。整形外科が急性とかいう言葉を亜急性をなぜ使っていないかという、外力の分類じゃなくて期間の分類でしか急性とか、急性に対しては慢性と、だからあれは慢性期ということで、また分類が違いますので、亜急性は反復継続されて、そうやって起こってくる。実際、どうでしょう、皆さん患者さんがそうやって来ているじゃないですか。現実、それが生活している上で起こって、それでそこがケガになるかどうかというのは、通常は元へ戻せば、先ほどのお話と一緒に、グーをしていてずっとして、次に開くとき痛いですが。だけれども、これは瞬時に回復します。だけれども、これが回復し得ない状態というのは、損傷が起きて、腫れてという、損傷が起きたときに回復しない、そういう人だけが我々のところに来ているわけです。ですから、そこまではっきりしていたら、そんなに難しい区別ではないと思いますが。

○本多 私が言っているのは、概念というのは必要であります。実用学というのは、必要であるから言葉ができるんですよね。でないとならないから、コミュニケーションができないから。だから、概念学というのは分析をするために言葉をいっばいつくりますけれども、実用学というのは、あることを説明するために概念が生まれてくるわけですから、そうすると、亜急性というのは何のためにこんな概念が生まれてきたか。確かに、医学書なんかでは周期というんですか、どの周期にどんなことが起きるかという時系列的な理解が多いんです。この亜急性とか何とかというのは、いわば原因について言っているわけですね。だから、今、山田先生がいみじくもおっしゃったように、使っている概念、場面が違う。僕が言っている違うということじゃなくて、なぜそういう言葉を使わなければいけないんですかということを知りたいんです。なぜ……

○荒井 亜急性という問題は、やはり学術的な部分と療養費問題がちょうどよく絡み合っているんじゃないかと考えますが。先ほど私腱鞘炎のことで熱と言ったのは、温度の熱じゃなくてエネルギーですよね。要するに、山田先生もストレインとおっしゃいましたけれども、やはり使い過ぎというのは、腱鞘炎でも、そこにエネルギーがたまって、少し1日休んだとしても、それが、普通の人には修復されるでしょうけれども、例えば更年期だとか、ホルモンのちょっとバランスの悪い方だと、それが修復されずにまた次の日にエネルギーがたまっている。また次の日に同じようにエネルギーがたまって、痛みとして発生してくるという、そういう概念で私は理解していますが。



○本多 そうすると、やはりこの亜急性という概念は、保険請求に深くつながった、決定的関係があると僕は断定できるほど文献を読んでいませんからわかりませんが、少なくとも、多かれ少なかれ関連のあった概念かなと、そのために、明らかに外傷でないと、保険政策上扱いはさせませんよという政策があったとしますよ、ポリシーがあったとしますよね。しかし、現実には、もう少し緩やかに必要なものが出てきた、そうするとそれを治療するためにそれを認めたときには急性に近い、急性ではないけれども急性に近いものまでいいじゃないかという、そういう表現で亜急性という概念が出てきたのではないかなって、私は直感的に思っていたんで、岩崎先生に、保険に属されてない先生にちょっと聞いてみようという、こういう誘惑にかられたわけでごさいます、どうぞ。

○福岡 亜急性の概念、なかったというよりも、やはり私たち三十数年診てきていまして、ケガを認定するための保険扱いにとらわれず、やはり反復性の結果として痛みが発生したり、機能障害が出てきたりする、これは、職業であったりとか、労災、非常に扱いが難しいと。これ区別したいんですね。ケガというのは、明らかにどこか出て転んだとか、もう明確です。でも、実際には、生活環境の中で、常にそういう負担がかかっている、これを亜急性といえるかどうかという意味では難しいんですが、その原因を追求していけば、かなりの割合で生活習慣によってストレスがかかってくる。

歯医者さんいらっしゃいます。昔は歯医者さんは立って治療していたんです。非常に当時は腰痛が多かったです。今から30年前ひどい腰痛が、歯医者さんは。なぜか、あんなかたいところにずっと長時間立って、その状態の中で中腰になって患者をのぞき込むわけです。環境を変えました。柔道整復師も、首が悪かったり肩が悪い先生たくさんいます。下を向いてずっと患者さんを診るからです。でも、これは亜急性ですか、と言われると、どちらかという職業的なもので起きてくる。

ということで、ケガにはならないんだけど、今、環境が当時と違っているということと、傷み方が余りにそういう現在のストレスというものは講じてきているということが背景にあるではないか。

○伊集院 私は、鍼灸のほうもやっております、先ほどの阿部先生の言われたようなことですね、同じ姿勢をずっと続けて姿勢を変えたときの痛み、そういうものをずっと慢性と自分の中では認識しておりました。だから、患者さんに説明するときにも、何とか柔道整復の範囲で、保険の範囲でと言われるときには、そこを何とか慢性じゃなくていかに急性にしなきゃということを考えていました。動作開始時痛という言葉で言うと思うんですが、同じ姿勢をずっと続

けて、その中では循環障害が起きているんだよ。だから急に動かす、次の新しい動作をするときに痛みが出るんだよ、これはもう慢性なんだよという感じで教わってきたので、今日は亜急性のことを今山田先生から細かく聞いて、私は、今日来てよかったと思っています。その後、岩崎先生から説明を受けて、やっぱり柔整師が保険を適用するために慢性と言えないから、こういうふうにしたのかなという説明を聞くと、やっぱりそうしかないと思うんですね。

○荻原 私は、患者さんを診るとき、首の寝違いとか、来たときに、慢性などと思ったことはないですね。その方の早く言えば、昨日まで全然首が痛みなくて普通に動かしていたのに、けさ起きたら痛くなっていたというのはやっぱり急性だと思うんですよ。腰なんかでもそうなんですね。それを考えると、今まで、やっぱり首の筋肉がかたかったとか、その患者さんが気づかないうちに腰の筋肉がかたい、首の筋肉がかたくなっていた、それで少しのストレスとか動きで痛みが生じたようなものはすべて急性だと説明してきました。

○岩崎 ちょっと私も今ずっと歴史を自分で考えていたんですけども、確かに昭和50年代のころは骨折、外傷は僕らは本当に取り扱いが多くて、もう急性というものはほとんど、新鮮外傷というのにもうなれていたわけです。それで、たまにぎっくり腰は別として、腱鞘炎だとか、アキレス腱周囲炎だとか、そういうのが来ると、もう慢性というイメージで僕らは研修していたし、教育を受けていたんですけども、昭和62年に挫傷が、骨折、脱臼、捻挫、打撲から、確か60年ごろでしたか挫傷が入りましたよね。あそこで、概念がちょっとある先生、東京柔整のスガハラユウショウという先生が、今は亡くなった先生がいるんですけども、あの先生に私はかわいがられた一人なんですけれども、その先生もいろいろご活躍されたんですけども、あのときに筋腱軟部組織の損傷、いわゆる関節包外のものも捻挫なり挫傷という、いわゆる挫傷のところを肉離れとするのか、いわゆるsprainとstrainに分けた時期があったんです。捻挫でも、sprainとstrainが下手すればあり得ると。それで挫傷はどっちかというstrainという。そこで、学校の教える教育の先生も何だかよく我々学術でもいろいろ先生方でも意見がばらつきが、その辺からすごく出てしまって、それで、かといって健康保険上では急性があったほうが確かにいいわけなんです。その辺で、ただ整形外科の先生や形成外科の先生とか、あと保険者は、亜急性というのが柔整師では通用するかもしれないけれども、あの方々には何か慢性を無理に亜急性と言っているんじゃないかという、そういうような悪い、僕らがちゃんと説明できればそれがいいんですけども、いまだにそういうのを概念で見ないんです、イメージで。

○本多 おっしゃるとおりですね。だから、山田先生が教科書的に引用された反復、あるいは

持続する力によってという表現は、非常に言葉としてよくわかるんだけど、臨床学的にはわかりにくいんですよね。これは、多分日本語の一番難しいところなんですよ。

今、荻原さんがおっしゃったように、私は、今日まで元気な人が明日腰痛で、あるいは肩が痛くて来たと、これは私は急性ととらえますよという理解、これも非常にわかりやすい理解なんです。患者から見ればね。ここで問題になるのは、亜急性だとか、こういう言葉を使われると、多くの柔道整復師の先生、特に若い柔道整復師の先生はもう原因を追求しないんです。言葉で遊んじゃうんです。言葉を使っちゃうわけですよ。亜急性の何々ですという、もう問題は解決したような顔をして、患者さんにも説明をするし保険者にも、だからできるんだと言っちゃえば。要はそうじゃないんですよ。もっと原因をきちんと探求しないといけないのに、言葉だけで概念が先行しちゃって、保険請求できればいいんだからこの言葉を使ってしまったというのと、今度は、厳しくなってくると、柔道整復師の使っている言葉はよくわからないうち、何かできないものをできるようにしてしまっているというふうに誤解を受けてしまうんですよ。

そうして、それを特定してくれたほうがはるかにわかりやすいんだ、こういうことを私は保険者にも言っているんですが、そうすることによって、治療の方針も決まってくるはずなんだ。反復、継続した力によって、というようなことだと、もう何でも反復、継続になっちゃう、力がどんなところでも力で言う必要ないわけですよ。どの程度反復したらいいのか、どの程度継続したらいいのか言う必要ないわけですよ。そうなってくると、この概念は余りにひどすぎて、使い勝手が非常に悪いということになってしまう。

概念というのは、ある言葉を使うことによってイメージがわからないといけません。それが概念なんです。ああこの人はこういうことを言いたいためにこういう言葉を使っているねと、おトイレという概念を使ったときに、我々はおトイレをイメージできますよね。言葉というのはそういうものです。ある言葉からイメージをつかまえないといけない。これは亜急性というのはイメージがつかみにくいんです。ということがあって、この言葉はいかがなものだろうかと思って取り上げてみたわけでありまして。

さあ、余りこの話ばかりしていると具合が悪いので、今度は、頸部の痛みのおきに、痛みには捻挫が出ました。挫傷が出ました。打撲もあるでしょう、きっとね。治療方法は違うんでしょうか。ここもちょっと聞きたい。部位は頸部にしましょう。頸部捻挫と頸部挫傷というんですか、というところがあるんですよ。捻挫以外のものと考えましょうかね。治療方法に違いがありますか。どうか教えてください。

誰か、はいどうぞ。

○山田 柔道整復の傷病名は横へ置いておいて話をしたいと思います。

○本多 結構です。

○山田 そのほうがわかりやすいと思います。

頸部捻挫の場合は、私が考えている頸部捻挫には椎間関節のfacet・dysfunction障害(椎間関節の異常な動き)です。ですから、椎間関節で痛みが出る、関節での痛みなんていうのは、滑液関節しかありません。ですから頸部においては椎間関節を頸部捻挫として扱うもので、椎間関節の椎間関節包がはれているかどうかという触診をしていくと。それによると、レジメにも出ていますが、各関節の角度があります。椎間関節ですから、何番のどっち側がどうなっているということははっきりしますので、それに対して発生する関節のromを見て、それが合致したらもう間違いないなと。というのは、炎症がない限り椎間関節というのはほとんど触診されませんので、触知できませんし、しにくいんで、それはすぐ明確です。

今度、椎間関節を、そうならば、そこを冷やすなり、とりあえず腫れを引かすことをやる必要があるんで、まずはそこからです。腫れが引いてからは、また治療が変わります。

あと、筋肉のほうで起こったものに関しては、これは、strainとって、筋肉の損傷が起こると、損傷が起こったところが腫れて熱を持ちますから、それに付随する関節はそうはなりませんので、関節機能障害は起こっても、そこにはそういう腫れや腫張は起こりませんので、関節には。それはもう筋肉のほうのこととして。ただ、その後、腫れが引いた後の関節機能障害は、その筋肉が着いている関節、筋肉は必ず関節について関節を動かしますから、その機能を改善する治療ということになります。その場合は、筋肉も関節もアプローチします。

○本多 今、大体、まずこれは挫傷も同じですね。

○山田 はい。

○本多 挫傷も捻挫も筋肉、関節、場所が違うだけで、その場合の炎症というんですか、腫れというんですか。

○山田 炎症です。

○本多 炎症を抑えるために冷やしていくんだと、こういう治療なんだということ、これは大体共通項でいいですか。どのくらいの期間冷やすんですか。程度によるでしょうけれども。こういう場合このくらいだという何か類型的なお話しできますか。

○山田 いろいろな文献にも載っていることがあって、時間的なことで3日とか、2日とか言われていますが、現実的には筋の挫傷の場合、浅層であれば二、三日でいいと思いますが、深層であればやっぱり1週間ぐらいかかるものもあると思います。ただ研究上は、2日ぐらいで

いいと、24時間ぐらいでいいと言われますが、関節になりますと、皮膚から3センチぐらい下がりますと、炎症が実際引いて、腰部椎間関節包が収縮するまでに通常早くとも2週間から20日、約1カ月は必要だと思います。

それで、その半分の期間は、炎症がとまるまで、炎症がとまるサインは痛みが突然半分まで下がりますので、そこまでは冷却期間だと思うので、1週間から2週間ではないでしょうか。

○本多 大体今の山田先生のご説明で皆さんのほうのご異論ありませんか。深いところ、浅いところをもって程度の差があるということもどうですか。

○福岡 冷却をもししないで炎症を取り除く方法はあります。

すなわち、外傷となっている損傷部がマイナス電極を発生してきます。傷というのは体の中のプラスです。体にプラスとマイナスの電気があるとすれば、ケガをしたところはプラスになります。ここにマイナスの電気を流してやることによって促進させるんです、治癒力を。これは微弱電流というのがあります。これは昔はなかった、だから電療といっても、昔の電療というのは、ある程度ケガをしてすぐには使えなかった。ある程度、今お話し、山田先生が言われているように、筋肉を硬縮したとか、後療として改善するために使いましたけれども、はれている損傷部、熱を持っているものには適正されるような電療はなかったです。今はあるんです。こういう微弱電流だけじゃありません。ですから、そうすると、私たちは、ケガをして、すぐに止血というようなことはできませんけれども、内出血をとめた後に、炎症を抑える電療がスタートできるという考え方は今私は持っていますけれども、これはどうでしょうか。

○本多 ご意見ありますか。どうぞ。

○山田 それは理解しております。物理的に炎症はプラスイオンとマイナスイオンで考えますので、プラスのところマイナスを当てると中和すると。炎症を下げるということは中和ですから、それは理解しております。

○本多 その場合に、選択がないの。

○山田 選択は、それは私はその機械によってやっているわけじゃないので、その機械を持っていませんので。別に……

○本多 僕が聞いているのは、医学的に、例えば内出血をしているときには微弱電流をかけちゃいけませんね。

○福岡 かけられます。

○本多 かけられるの。そうすると、微弱電流にすべきか、冷却時冷やし続けるべきかという、判断基準はどこで……

○山田 冷却です。

○本多 冷却。

○山田 はい。微弱電流は保険では通らないです。

○本多 同じ機能だけれども、並列でいいんですか。

○山田 並列が同じものとして。

○本多 同じものと。使用過程です。

○山田 それはもう理解していただける人がまだ少ないです。

○本多 でも、医療事故を起こすところの場合に、我々がなぜこの治療をしたんですか、こういう治療をしたんですか。こういう治療をしたんですか、治療方法には3つも4つもありますね。ここを選んだ理由は何ですかというのは、法定でよく我々聞くんですよね。それが適切かどうか、現在の医療水準にかえて、臨床医療水準にかけて適切かどうかというのを裁判所が判断していくという、そういうしぐさを弁護士もやるんですけどもね。そのときに、例えばこの人には微弱電流でやればよかったのに冷やしちゃったと、効果が随分違う。何かそういうのはないんですか。

○福岡 ですから、山田先生が20日なりという日にちが相当関節のはれが引くまでにかかりますよというお話があったものですから、それはただ単に冷却をすとか、患部を安静させる、その治癒の過程のことをおっしゃっているんでしょうけれども、促進するための治療としては微弱等を当てると半分以上。

○本多 それは効果が早くなる。

○福岡 そういことです。

○本多 わかりました。副作用はないんですね。

○福岡 ないですね。

○本多 僕ね、冷却してよくやっているのは、冷却し過ぎて凍傷になっちゃったという、そういうケースが裁判例で出てくるケースがあるんですけども。その辺との関係ではどうなんですか。

○山田 それはもう凍傷を起こさすこともだめですし、長くやり過ぎると浮腫も起こりますし、それは通常素人ですよ、そういうことをやっちゃうと。技術的な問題で、論外です。

○本多 そういうケースが多いんですよ。出てくるんですよ。

論外の人には最後に来るんです。

○河野 治療の方法としては、山田先生が言われたのがオーソドックスだと思っているんです

けれども、先ほど福岡先生が言われました微弱電流の話をちょっとつけ足し、私の場合でつけ足しますと、熱で火傷して皮膚がただれて、白いところが出てきている、赤いところが出てきているとかいうときに、これ微弱電流といわない以上に超微弱電流を流してあげると、10分ぐらいで痛みがとれてしまうんです。ただれているんだけど痛みがとれるという、非常に促進効果はあるんです。でも、一般的に認められているかという認められていない。そういうのは確かあると思います。

○福岡 火傷の場合ね。火傷はね。

○河野 うん。痛みも……

○菅俣 今の会話の中に出てきた微弱電流のことですけれども、いわゆる医療事故のときに使う標準的医療の中には多分入ってないです。まだ、ごく一部というよりも、そういうお勉強をしている先生たちは積極的に使うけれども、誰でもが使っているものではないし、誰でもがやる柔道整復師がやっている治療の中の標準的医療水準となれば、多分R I C E療法のほうが優先されるべきだと思います。

○本多 それは使うときに技術的に難しいから。

○菅俣 お金……

○本多 お金のほうですか。はいわかりました。了解しました。

小林（勉）先生は、使っていますか、微弱電流は。

○小林（勉） 私はよく使わせていただいております。冷却と微弱どっちかということをおっしゃられたですけれども、私はいつも、両方一偏にかけたりしたほうがやはり相乗効果がかかると思います。あと微弱でも、やはりソフトがいっぱい入っておりますので、全く交感神経の強い人たちには、丈夫な人たちにはきかない場合もありますので、外傷の場合はあれですけれども、亜急性の場合、全く弱い電気ですのできかない場合もあります。

○本多 わかりました。

ちょっと休憩に入りまして、治療方法について、随時勉強をさせてください。よろしく。

○八島 4時まで10分間休憩させていただきます。

（休 憩）

○八島 そろそろ時間ですのでご着席ください。再開いたします。

○本多 そこで、今、初期治療の話が出ましたね。最初にそういう炎症を起した場合は冷しから始まってやるんだという、初期治療でございましたね。

次は、痛みを軽減するために、腫れるか、そういうものを抑えて痛みの軽減、それをはかる

んだと。これは初期治療って治療の段階としてはそういう治療でよろしいと思います。

深さとか浅さ、部位によって、あるいは人によって当然個体差はあるけれども、大体数週間ということが初期治療の期間だと。その初期治療の期間中というのは、どのくらい回数通院してもらったほうが理想的なんでしょうか、初期期間ですよ。初期治療の期間中に患者さんに来院してもらうのはどのくらい、自宅で冷やしておればいいのか、経過観察をするために何回か来てもらったほうがいいのか、そこら辺、どうですかね、教えてください。先生方のやり方を。

小木曾さんどうですか。

○小木曾 初期治療に関しては、私は、首、肩に関して、急性、亜急性問わず炎症が強い物には、今言ったように冷やします。R I C Eが原則です。必要であれば固定します。あと先ほども言われたように、応用的な微弱電流という治療もあります。毎日治療をしたほうが経過はいいので、患者さんには来れる方は痛みの強いうちは毎日いらっしゃいと、そのように説明します。

○本多 毎日来院してもらう方がいいと、これ絶対いいんですか。認識としては。自宅でやってもらうのは具合が悪いんですか。

○小木曾 自分で自宅で、来れない方は例えば冷しなさいよとか、安静にしていなさいよという説明をしますが、経過を見ることはできません。私は、来れる方には毎日来るようにと、このように説明しております。

○本多 今、経過を見ると、どういう経過を見るんでしょうか。

○伊集院 私も患者さんに一番気をつけてほしいこととお話するのは、初期の場合は、これからもっと腫れることがあるんだよということを一番に言います。それで、まずアイシングをして固定をしてしまうので、包帯とか、厚紙で固定しますので、今晚、あるいは明日また腫れるかもしれないから、とりあえず明日もあさってもちゃんと来なさいということ言います。通常、私の経験では、3日もすればそれ以上腫れることは余りない。ある場合はもう専門医に送りますけれども、それでおさまってくることが多くて、あとは実は私は患者さんには冷やすことは余り重要ではないというふうに言っています。固定のほうがはるかに重要だから、ギプスのことを考えてごらんってよく言うんです。ギプスをした人に冷湿布を取りかえますかという話をして、固定をしっかりして安静にするんだよというふうに説明するので、ですからそういう意味で最初の3日ぐらいは必ず毎日診せていただきます。

○本多 経過観察とおっしゃっているけれども、何を診るんですか。どこの部分を、患者のど



の部分を見て観察していくんですか。

○山田 まず自発痛です。それと、腫脹、その特徴的な痛みの経過です。基本的には、私も毎日来ていただくんですが、ペインスケールでいうと、一番ピークの痛みから半分になるまではできるだけ毎日診ます。その経過によって、特に大きなケガになると関節血腫ができる、もしくは関節水腫が起こってくる。この経過も水腫の場合によって1週間から10日はかかりますので、そのこともありますので、腫れを観察するという意味は、そういう意味を含めて10日ぐらいは診たほうがいいかと思います。

○本多 わかりました。

○福岡 首に関してお答えしたいと思います。

首の場合は、外傷の急性期の場合はやはり非常に関節部分への構造的なストレスがかかった状態を想定すると、いわゆる固定期間非常に大事になります。もしこの固定期間に過度に動きをつけてしまうと長引きます。ですから、一週間から10日が私は勝負と思います。どういときに経過観察をしていくか。首というのは御存じのように、やはり脳に近いですから、痛み、首、肩ですね。特に痛み方が尋常でないとか、または非常に痛みによる不安を感じられる患者さんがそれは多くおります。したがって、痛み経過観察は当然なんですけど、ある程度の、1週間から10日ぐらいの痛みが軽減してくる段階とあわせて、可動する、動きをつけていいという時期を見るためにも、毎日観察をしてあげてを大事だと思います。

それと、首の場合に、起きてくる症状の中で、嘔吐だとか、目まいであるとか、非常にそういった首の捻挫に伴うそういう愁訴、訴えが起きます。それから握力を失う、もうひどい人ですと5とか10キロぐらいしか力が入らなくなる、頸椎捻挫の場合に。ですから、ある程度回復したときに、今度は物理療法なり、可動域をつけながら握力が戻ってくるというのも一つの経過観察の目安になります。

○荒井 柔道整復治療の一番の根本は、私は自己治癒力の回復だと思っています。本人がよくなる、自己治癒、治癒力です。それを柔道整復師は活性化させるというのが私は治療の一番だと思うんです。今、急性のことの外傷に関して、私たちは教科書でやっているんで、冷やして安静、固定というのは、その部分は多分おおむねまず皆さんも同じ教科書で勉強しているんで統一見解を持っていると思います。慢性だとか、亜急性とかに対するアプローチの仕方は、教科書には載っていないんですよ。多分それぞれ皆さんの独自の概念で治療なさっていると思うんですけども、ここら辺が多分統一見解としてなされていないので、保険者とか、柔整業界の外側の医者だとかとの共通言語とか、そういうものが柔整師として統一見解がないんじ

やないでしょうか。

○本多 そこら辺はどうですか。

荒井さんはどうなの。

○荒井 私は、山田先生みたいに少しそういうものの定義づけですか、やはり、確立していかないといけないと思うんですね。今、整形外科ではロコモテブシンドロームというのが新しい概念として、皆さんも御存じだと思うんですけども、要するにお年寄りの退行性変化のものを今までは整形外科の医療として取りこぼしがあったわけです。そういう患者さんが来ても湿布1枚を渡して、じゃちょっと様子を見ましようかって、そういう方が帰り道に柔整のほうへ患者さんとして流れているわけですが、それも医療として取りこぼさないようにと、多分私は整形外科学会の中で一つの傷病としてこれから進んでいくんじゃないかなあと、私は柔整の領域を荒されるのかとちょっと危惧していますが。

○本多 今、私もそれを聞こうと思って、その前にちょっと聞きたいことがあるのは、1週間とか、3日とか、いろいろ説がある。それは症状の程度によって違うでしょう。

ちょっと聞きたいのは、年齢の違いっていうのは出てくるんでしょうか。経過観察の期間っていうの、年齢の違いっていうのはあるんでしょうか。余り考えない。どうですか。年齢だよ。ほかの要素はちょっと、年齢の違いっていうのはあるの。

○山田 炎症ですか。

○本多 炎症をとめるまでの期間ね。若い人が早いとか。

○山田 それは、年がいった人が若干遅いです。だけれども若干で、その原因はわかってないです。実はNASAの年いった宇宙飛行士の方が行かれて戻ったときの回復を見るのがその研究だったと聞いております。

○本多 それから、もう一つ、経過観察というのはカルテに書いていますか。カルテにはそういうことはお書きにならないんでしょうか。どうですか。

はいどうぞ荻原さん。

○荻原 毎日カルテに書いています。

○本多 これを書くことが多分次の観察の参考にもなるし、患者さんがどういう症状になったとか。ところが実際に私どもが問題のある柔整師さんのレセプトやカルテを読ませていただくと、ほとんどその記載がありません。

実は4日前かな、東京衛生学園の私は特別講師で鍼灸師の先生方に講義をやるんですね。伊集院先生が行ってこいと言うんで、伊集院に言われたら行かざるを得ないだろうということで

行ってきましたけれども、その中でカルテを書かないのはどうしてですかって聞きましたら、理由はないと言うんです。理由がなければ書いてくださいよというような話をしましたけれども、書く癖がないのかなと。だからぜひこういう勉強会というのはぜひ柔道整復師の先生も経過観察をしているのは間違いないと思うんです。それを記録に残しておかなければ、経過観察をしたとは言えないんですね。記録を残すことで次に来るときの、昨日よりは今日、今日よりは明日、こういうような流れをつくる。

それで、今、大事な話をしました。荒井先生のほうから、今、私がターゲットしているのは、明らかに外傷、外力に損傷であることが明らかな場合ということなんです。そうでない場合で、痛み、腫脹が見られるケース、このケースの治療方法は同じなんでしょうか、違うんでしょうか。

○岩崎 先ほどの先生方からいろいろ話、大体急性であれば、プライマリーケアをしっかりやれば1週間以内に何かしら症状が安定なり、兆しが見えてくる。2週間以内で大体はよくなるのが普通のことと。今言った、そういうものじゃない除外した、いわゆる、今、先生がおっしゃったようなことでは、同じことではだめだと、余り自信がないと言えない言葉ですけども、基本的に違うという観念で観察しないといけないと思います。

○本多 治療方法は同じでいいんですか。

○岩崎 治療も違うと思います。

○本多 具体的にどういうところが違ってきますか。

○岩崎 まず、先ほど福岡先生ですか、2週間以内に目まいとか、頭痛とか、不特定要素が出たときには、必ずまずオーバーラップしている可能性があるわけです。急性の症状と不安とか情動的なそういうことによって、痛みとか、筋肉というのは緊張したり血流が悪くなるんです。それはもうまさしく自律神経が関与しています。ですから、そこが今日もできましたら、この会合が終わった後、そういう話す場がもし皆さんであればいいんですけども、結局血流とか、代謝とか、そういったところに柔道整復師が学校でまず教育を受けてないのと、それから臨床でそういうものが区別、判別ができないと、同じ治療にどうしても2週間以降でもなってしまうって、または見きわめとか鑑別診断もできないとなれば、なおさら同じことでやったらそれは絶対よくなりません。

○本多 基本的には、そういう明らかな外部的な力でよらないような症状で同じ痛み、腫脹が出てきた場合には、冷やすということは間違いないんですか。

○岩崎 これも、先ほど、正直言うと、頸部、腰部というのは、僕も最初そうだったんですけど

れども、絶対に冷やすべきなのだというもうずっとイメージで来ていたんですけれども、やっぱり先ほどのように微弱電流なり、レーザーなり、いろいろなことである程度のものに関してはそっちに関しては骨折とか違う外傷の考え方で行かなきゃいけない、考察すると、必ずしも冷やさなきゃいけないということではなく、固定はしたほうがいいです。今、先生が言われた、私に言ったのは……

○本多 明らかに外傷性の場合と、治療方法と、今そうでない場合の治療方法で、今、先生が……

○岩崎 冷やさなきゃいけない。

○本多 そう。

○岩崎 それは違うと思います。

○本多 固定は……どっちも

○岩崎 固定はどっちもありだと思います。場合によってはです。ただやらなくても行ける場合もあります、正直、ある程度波動性はあるけれども固定をやらなくても行ける場合もあるんです。ただ、やっぱりいろいろな意味で、無難なのは固定を二、三日でもいいです、1週間以内でやっておくと、それは回復は早いと思います。

○本多 明らかに外傷としては認められないような痛みなんかの場合には初期治療は何をやるんですか。

○岩崎 私は、痛くなってすぐ来たのか、それとも経過、少し2週間様子を見て来たかによっても違うと思います。

○本多 経過を見てきた場合にはどうですか。

○岩崎 経過した場合は、この間に、例えばほかの病院、治療院なり、医療機関に、どういうことをされていたかによります。ただ湿布とか、画像診断だけで湿布だけ渡されて、様子を見ていただけて私たちのところに来る場合もありますし、いろいろな変な言い方は悪いですが、余り医学的根拠のないような手技療法なり、かえって強擦法以上のそういった手技療法をやられて悪化した場合、かえって交換神経が緊張したり、不安になったり、それをやって、やっぱり僕らは一人一人違うと思うんです。

○本多 これは荒井さんが問題提起しているんで僕も同感なんだけれども、先生方の治療というのは、僕らから見ると徒手整復という、概念的には冷やしたり、温めたり、あるいはマッサージというか血行をよくするためにマッサージというんでしょうか、そういう治療でしょう、でしょうというかそういう治療が多いですね。今言った明らかに外傷としては認められない

負傷体で、冷やすこともしない、固定は多少やってもいいかもしれない。どういう治療を具体的にされるのでしょうか。これがよく見えない。

○荒井 五十嵐先生のレジユメの後ろの方、10ページ目に私が書いた文章がありますが、10ページの上から2行目です。これは、柔整師の先生方皆さんも痛みの悪循環の概念は、整形外科でも医師でも共通の言語だと思いますが、痛みがあつて交感神経緊張、筋緊張、血管収縮という、こういう痛みの連鎖、サイクルがあるんですね、患者さんの痛みには。要するにこの連鎖のどこかを断ち切れれば自己治癒力が回復するというふうに言われています。例えば、薬を飲んで発痛物質の生成をとめるとか、あとは手技療法によって筋緊張をとるとか、血流を上げるとか、そういうようなサイクルの中の一つを取る方法を、皆さんがそれぞれ治療法というか、独自の考えなりを確立なさっていると思うんですけれども。

○本多 10ページにも書いてありますけれども、例えば筋の緊張をほぐすということですか。

○荒井 そうですね。それも一つです。

○本多 これはどういう方法でやるんですか。

○荒井 やはり手技療法であつたり、冷やしたりだとか、他には赤外線を当てたりとか、そういうような方法です。

○本多 酸素の欠乏なんていうのはどういうふうにやるんですか。

○荒井 血流が上がれば、要するに酸素が運ばれるわけで。

○本多 マッサージか何かをして血流を高めると、こういうこと。

○荒井 そうということですか。

○本多 酸素ボックスというのがあるが、ここに入れちゃうということはやらないんですな。最近はやっているじゃないですか。酸素ボックスみたいなのがあつて、ここに入れちゃうという、そういうことはやらないんだね。

○荒井 ないです。

○小木曾 ないです。

○本多 小林（勉）さん、JBの事務所に酸素ボックスないだろう。この裏に……疲労回復みたいな。

発痛物質の生成と、これどういうことですか。薬を飲む。

○荒井 そうです。これだったら医師は薬を出すわけですよ。

○本多 わかりました。

そういう多少だから明らかな外傷の痛みとは治療の手順とか、方法は違ってくることは間違

いないですな。そういうことはカルテに書くんですか。これをカルテに書いてくれないと何をやっているかわからないんですね。保険者というか、第三者が見ると、明らかな外傷の疾病であれ、そうでない疾病であれ、みんな同じ治療をしているんじゃないかと、そこには、甲乙つけてないんじゃないかと、こういうようにどうも評価されている部分があるんじゃないかと思うんです。よく今、具体的に聞いてみると、そこには10の違いがあるようなんでね。そこら辺をもう少しカルテなんかでも表現とられると、大変わかりやすく説得力のある施術録ができるんじゃないかと思うんですね。

これは、前期、中期というのがあるんですか。治療の中で、初期、中期というのがあるんですか、概念的には。

○福岡 中期というか、いわゆる慢性期、外傷の後の慢性期になった、いわゆる残存した治りきってないものを含めて中期であるとか、長期にかかったもの。こうなってくると、私たちが一番注意しなければいけないのは、単純な外傷の延長線であったのかどうかという判断をできるかどうか。例えば、好発の年齢を考えてみますと、成人以降になった人で、一番怖いのは頸椎の骨化症という甲状靭帯という靭帯が骨化してくると精髓神経が損傷します。こういう人もいるということ。

それから、他の内科的な疾患、首の場合ですと甲状腺腫、バセドーとか甲状腺、これが家の例ですが、最近あった患者さんで悪性リンパ腫が発生してしまった。これは、整形や病院に回してもすぐにはわからなかったんですが、やっと3週間かかって悪性であるというのが判明しました。こういったことを長期、中期にかかった場合にはやっぱりそういった背景がないかということリスクをしっかりと見ていく必要があると思います。

○本多 治療方法は変わりはないんですか。慢性期に入って。

○山田 私は、柔道整復師の手技しかやってないので、余り自分流というのはやってないんですが、炎症初期というのは先ほど言ったアイシングなり、安静なりになります。次の段階で、今度は腫脹を起していたところが引いた後は、その組織が硬くなります。硬くなっています。そこからは、まず関節であれば、モビリゼーションとか関節の振幅法をやります。筋肉であれば、当然筋肉のアプローチは血管に対するアプローチというものが主体になりマッサージをしていきます。ただ、見た目は同じようなことをやっているかもしれないんですが、今度は、その緩んだ後、かたくなっているのが、後期というふうに呼んだほうがいいと思います。慢性期というのは、もう症状が3カ月以上を経過しても変化がないものなんで、慢性期という時期ではなくて、後期からは、今度は可動域、これは筋肉にしても関節も一緒ですが、随意運動の最

大可動域から、そこからもう少し動かし、今度は他動的に最大に可動性まで見ます。この可動性が元へ戻るまでは必ず関節痛を訴えてきますので、そこになるとその関節に対しての可動性へのアプローチをします。ただ見た目は、モビリゼーションとそういう手技となんで、知らない人が見ると同じようなことをやっているよねと言われるかもしれませんが、全く区別してやっております。

○本多 そのときの血行の回復というのか、血流の回復的マッサージというのは、運動機能を回復させるマッサージの程度とかは違うんですか。

○山田 違います。やっていることが違います。ただ、素人が見ると同じだし、後期には温めるだけでも可動性はやや改善しますので、温かくなって柔らかくなると「お風呂に入って温まっている間は楽なんだけれどもな」という人というのはそれなんで、はい。

○本多 わかりました。

そこでも記録に残さないと同じマッサージだから、よくわからないというところがあるでしょうね。それが、どのくらいの期間で治療したのが相当かということになってきて同じことを何回やってもちっとも効果が上がってないと、逆に変な判断されるんで、今のような治療のアクセントがついているということをきちんと理解していかないといけないんじゃないかと思います。

これは大体、年代とか、挫傷の場合がそういうことです。最後には運動機能の完全な回復を図っていると。

もう1点だけ聞きたいんですけれども、今、治療室内での指針を中心とした整復治療ですね。それを我々患者は、家に帰って生活をしますから、生活上の指導というのは何かあるんでしょうか、生活指導。こういうことをやってはいけない、こういうことをやりなさいと。これはどういうこと、何かあるんですか。

○荒井 私は頸部の治療をするときに、診るのは咬み合わせですよ。下顎の位置だとか、片咬みをしていないか、ご本人にお聞きします。意外に本人は両方でかんでいきますと言いますが、次の日に来たときにどうでしたと言うと、ああ左でばかり咬んでいましたとか、意外にご本人は気がつかないですね。下顎というのは筋肉でぶら下がっているんで、ぶらんこみたいな形体になっています。ちょっと姿勢が悪ければ、まず本多先生に姿勢を正してもらい、普通の咬み合わせで歯がどこにあたるかちょっと確認してもらえますか。上下の歯が当たりますよね。ちょっとテーブルのほうに体を傾けて向けてみて下さい。咬むと当たるところが違いますよね。体をそらし天井を見ながらやれば、下の歯は奥に行きますよね。日常でテレビを左

側に向いてご飯を食べていけば左側で咬むようになります。もっと極端に片咬みが続けば、テレビに出るアナウンサーでも顔が曲がっている人がいますね、口やあごのラインが曲がっていたりとか、もっとひどくなると鼻が曲がっていたりとか、ですから、そういうような咬み合わせだとか、その人の日常の生活動作の癖などを一応問診とか、話の中で探り出して、そういうようなことを指導します。

○本多 お風呂はいつ頃入ってもいいとか、入るときはこういうところを注意しろとかというのは、余り指導しないんですか。今、特に初期のときには冷やしていますよね、治療ではね。お風呂というのは人間誰でも入らないといけないと、その辺の絡みはどういうふうに指導していますかね。

阿部さんどうなんだ。どう指導しているの。

○阿部 最近たまたまそういう患者さんがいたんですが、介護で自転車で移動する患者さんが、自転車で転倒して足を骨折したんですけれども、整形ではレントゲンでひびが入っているから放っておけば治ると、大した処置をされないで、その人は腰痛の患者さんでいらしていたんですけれども、突然来なくなったので、どうしたのかなと思ったら、三、四週ぐらいたって、かばって歩いているからまた腰が痛くなったんで治療してくださいと言われて、そこで骨折の話も聞いて、そのときは、もう大分放っておかれていたんで、まだ内出血とかはれがひどくて、今からでもやりましょうかということでアイシング、僕はバケツに水を入れて、足を突っ込んでもらって、それを15分ぐらい、で低周波をかけたりしたんですけれども、それを10日ぐらいして、軽擦とかいろいろしていたんですけれども、足を上げながらお風呂に入ってくださいと指導していたんですね。色がよくなってきたんで、夜、ちょっと足をお風呂につけてみてくださいと、そうしたらまだやっぱり部分が熱くなったりうずきますと、そのときはもうちょっと様子を見ましょと、それを3日ほど続けて確認したら、うずきがなくなったと、その日からじゃもうお風呂で温める治療にかえましょという指示をしました。

○本多 私が患者だからよく思うのは、お風呂に入っているのかどうか余り教えてくれない人がいるんですよね、先生方でね。こっちは聞いて、初めて入っちゃいけないよ当たり前じゃないかという顔をして、患者とすれば当たりのことが当たり前じゃないからわからないから患者になってくるんで、やっぱりお風呂に入らないと体がくさくてしょうがないじゃないか。じゃ片足だけ出しなさいとか、片足出して大丈夫ですか、お風呂の中は温かくてしょうがないですよと言うと、その分はいいよと、長ぶろはできないよとか、そういう細かい指導はして、それをカルテにきちんと書いてほしいんですね。書いてくださってないと、後からそういう指導



を受けられなかったということになりますね。そして、大体どのくらいまでふろは制限されますかということをお客様はいろいろ関心ですよ、お風呂は。そういうところを少しある程度教えて、こういう状態になったときにはいいですよ。

それから、もう一点、固定をされること、固定にもいろいろな方法があると思うけれども、お家に帰って固定が外れちゃったり、ちょっとした状態でお風呂の中に入ると、特に脱いじゃいますから、固定をとっちゃう人だっているでしょう。固定のやり方というのは教えないんですか。家に帰って固定はこういうふうにするんですよ。小林（勉）さんはどうですか。

○小林（勉） 私は、固定ってすごい大切だと思っていますので、わざと患者さんがとれないように厚紙を副子に当てて包帯で固定をいたします。次の日まで必ず取らないで来てくださいと、何日かたって、可動がちょっと出てきて、ソフトカラーでも取り外しができるようになったらそういった患者さんでも取り外すというようなものにしておきます。

○本多 隣の先生どうですか。

○川島 小林先生と同じで、固定期間中というのは、患者さん自身でついたりとったりとか、そういうのはされるとちょっと今後にひびいてくると思いますので、なるべく自分では取らないようにして次の日にちゃんと来てくださいというふうにお話しをしております。

○本多 そうすると、先生方は、固定を外さないようにきちんと固定をするというのはわかったけれども、患者さんに言っていますか、固定を外しちゃいけませんよ。勝手に外すと治りが悪くなったり悪化しますよというような話は説明しているのでしょうか。

○小木曾 しております。例えば、今回肩なので、肩の腱板損傷の説明をします。急性、亜急性問わず、受傷直後は挙上時の疼痛が強く、基本的に三角巾で固定します。しかし、車の運転をするなど、日常生活で使わないといけない方は外してしまう事もあります。本当はいけません。固定していたほうがいいんですけれども、では外して動かしたらどうなるのと聞かれたときに、治りが悪くなるとか、多少後遺症で0度から90度ぐらいの上がりのときに痛みが残ることがあるよ、などのリスクを説明します。せめて家にいて何もしていないときぐらいはつけていられるんだったらつけておいてくださいよと、なるべくつけておいてくださいねと、そういうような説明もします。

○本多 これは生活指導という言葉なんだけれども、生活指導をきちんとしておかないと、これも柔道整復師の仕事でございまして、治療だけが仕事じゃないわけで、患者さんに対して生活指導ということになると思うんです。

それで、明らかな外傷とは認められないような負傷に対する治療と、明らかに外傷であるこ

とが認められる痛みの治療とは、治療期間というのは差があるのでしょうか。これを最後にしたいと思っております。こういう言い方をすると固体によって違うから何とも言えないよと言われちゃうけれども、同じ固体の条件でというそういう想定をしてくださいね。同じ、そういうことは考えにくいんだけど、想定問題ですから。同じ状態の同じ患者さんの同じような状態の場合です。そういう場合に治療の期間には差があるのでしょうか。

○山田 私ができるというものであれば、関節の機能障害になりますので、明らかに理由のある外傷の後期と同じぐらいの間隔と期間回数となります。

○本多 そうすると、大体同じぐらいと見ていいですかね。

○山田 はい。

○本多 どうでしょうか、ほかの先生方は。

○福岡 私は、非常に個人差が、特に首や肩の場合、個人差が非常に顕著にあらわれると。それと、外傷の仕方がまた急性にプラスしたような個人差とあわせて、もともとそういう外傷に弱い方となりますので、山田先生おっしゃったような一概に、例えばむち打ちなんかの場合はよくあるんですけども、保険者さんは、自賠責保険の会社のほうは3カ月たつともういいでしょうと、どこかで聞いたようなセリフを言うんですね。これは、私は何を根拠にしているのかなと、患者の観察をこちらでも明確に持っている個人差があると。それから、損傷の仕方があると、特に首の周りは、非常に短期間で1週間、2週間で回復される方と、半年以上かかっている、しかもかかればかかるほど次の予備的な第二次損傷というか、それに伴う不定愁訴というのをかかってくるので、粗暴な治療を初期から行ったりすると長引いちゃう。例えば、首の矯正をぼきぼきとやって痛めてしまう等がありますので、だから、初期から中期にかけての治療の仕方によって、治癒期間というのが長引いたり、人によって違うということ、だからカルテというのは大事になりますね。

○山田 私の答えたのは、いわゆる外傷を受けてない患者さんで来た場合というふうに解釈したんですが、私の場合、亜急性も外傷ですから、亜急性はそういうものじゃなくて、いわゆるむち打ちを何年も前にしたと、その人がまた急に痛くなったというものじゃなくて、あれからもう何年も前なんだけれども、ずっと、やっぱりこっちへ回すとびくっと痛いんだとか、こうすると痛いんだとか、という方で、私がお答えしたのは、炎症がない、腫れと炎症がない関節機能障害の方と思ってお答えいたしました。

○本多 実は、私が経験している事件なんでけれども、交通事故でむち打ち症になりました。60歳ぐらいの女性でございました。更年期症が入っております。更年期症が入っておって、む

ち打ちをやって痛みが増幅していたと、こういう事件がありまして、損保のほうは、交通事故による因果関係と更年期症による因果関係がはっきりしないので、この事案はもう賠償保険の対象にはされにくいというような事件がありました。非常に裁判所も、我々弁護士も悩むところで、先生方に聞きたいのは、そういうようにむち打ち症だけではなく、そういう更年期症、あるいはその他の別の要因も、素因というんだけど、その素因が加わっていくと、こういうことが起こる場合があるでしょう。その場合どういう治療が必要になるんですか、治療としては。あるいはしないんですか。それで誰か経験を含めて、そういう患者さんたちというのは治療しないのか、うちはやらないよと医者に戻しちゃうのか、それともこういう程度の治療をするとか、何か、あるいは関係なく治療しちゃうとか。

○岩崎 まず事故の場合は、よく予測していないで追突された場合と予測されていて追突された、これでも全然違います。見た目軽い事故でも停車中に後方から追突された場合は、これ意外と長期化するということを、それもまずイメージしておかなきゃ僕らは来たときに。まずどういう事故の事故現場でどういう状況だったかを一応は認識して、それで今度は、女性の場合は、前にも言いましたけれども、ホルモン変動によって、もうそういう状況や頸椎の構造的な問題も含めて、不定愁訴がもう既に事故前からあった場合で事故されちゃった人と、健常な人が事故をした人では全く同じことをやってもよくなる。それで基本的には、どちらのタイプも、健常者でも不定愁訴を持っているような更年期症のような人でも、追突されたという被害者意識が非常な対応次第ではもう本当に治らないというか、よくなりたくないみたいな感じの、無意識の中できっとそういうものが患者さんの中にあると、だからその辺で、損保会社に事前にこの患者さんはもうかなり長期化するの大体目に見えている場合、やっぱりある程度情報として伝えておかないと、普通にやって、普通の患者さんはこれで治るのに何であなたの受け持っている今回の患者さんは長くかかっているのかということが言えないと、カルテにやっぱり書いておかないと。

○本多 そちら辺は、治療の経験上、ご経験された方おられて、相原さん経験がない、そういう患者さん。

○阿部 僕は、なくはないかな、あとは僕は鍼灸マッサージとか、カイロプラクティックとか、多少経験しているんで、いやすという方法をプラスして、治療も含めるんですけども、いやすということを考えて、あの手この手を尽くします。

○本多 この点は、相原さん何か経験ありませんか。

○相原 やはり交通事故に関していえば、かなり被害者心理が働く方は多いですね。やっぱり

その辺は保険会社さんとやり取りをして、そうするとあちらもいろいろ教えてくれて、実は事故現場でかなり加害者側ともめたんだよとか、そういうことも聞き出せるし、なるべくそうやって保険会社さんと信頼関係をつくって、お互い少し情報をやり取りするようにはしています。

ただ、それでなかなか治療法まで反映させるかどうかというのは難しい部分があります。

○本多 患者さんに、もうこれ以上は治りませんよという言い方というのはなかなか施術者側としては難しいんでしょうか。表現としては。

この事案はもうちょっと無理なんですよという、そういう治癒じゃない、治癒の固定というのかな、症状が固定しちゃったと、これ以上やっても、期待どおりのものが言えませんよという場合があるでしょう。どういう説明をされますか。

○阿部 今の答えにならないと思うんですけども、点々としてうちに来ていただいたんですが、うちでも経過がよくなって、またよそに移られてしまいましたというケースもあります、実際は。お医者様が違う治療所だと思うんですけども、一応最良のケアをしたつもりなんですけど、うちでも改善しなくて、さすがに万能じゃないですから、よそに行かれてしまって終わってしまうケースも幾つかあります。

○伊集院 自分の例ですけども、交通事故の人で首なんですけど、助手席に乗っていて、追突をした側の車に乗っていました。追突されたのではない、追突した車。追突された人はバンパーもちょこっとへこんだぐらい。ぶつけた方で運転していた人もケガしていないんです。でも助手席の男性だけが首が痛い、首が痛いと言っています。最初、来られたときに、電話がかかってきて、祭日だったんですね。そのまま私は救急病院に行ってもらって、レントゲンをとってもらいました。それで、何ともないということで、うちで治療を始めたんです。それで、3カ月ぐらいたっても首の痛みがとれないとおっしゃるんです。それで、治療はずっとやっていたんですが、うちの従業員がどこかのお寿司屋さんに行ったときにその人首が動かないはずなんだけれども寿司屋で生ビールをぐっと飲んでいたというんです。あの人は詐病だということで、うちの治療はこれまでというのは言いにくいので、うちから大学病院に行ってもらいました、2回。順天堂病院に行ってもらいました。ただ本人は順天堂で検査を受けても、あそこは治療してくれないと帰ってきちゃうんです。で、順天堂の先生に何とかしてもらえないかなと思って、うちにはもうこれ以上無理ですよ、うちの治療じゃ治せませんというのをお医者さんから言ってもらったんですが、実はその後がありまして、2年ぐらいて、その患者さんが立ち寄られたんです。私は詐病と思っているんですけども、そしたら、結局、事故のせいでヘルニアになったとのことで、ヘルニアの手術も受けて、今3,000万円もらったと、まだこんな

もんじゃ納得しないと言って、だから私は早目に手を切ってよかったなと思いました。

○荒井 私が、交通事故の患者さんを診るときもそうですし、痛みがよくなる患者さんへは、大手町のペインクリニックでちょっと有名な神の手と言われているところをお教えします。私、文京区で開業していますが、そこに通っている患者さんもいらっしやって、評判は聞いていたので、私もこのところ四、五人はそこに紹介しています。それらの患者さんたちにも言うのは、私のところでできるのはここまでしかできない。ここに来ている患者さんの中で東京クリニックに通院して評判のよいところがあるけれども、そこでもしよかったら行ってみたらどうですか、ということはお話しします。重複して行っても、よく査定されるとかというんですけれども、私は査定されたことは一度もないです。念のため向こうの話を聞くと2週間に1回の注射だとか、ブロックをやられているようです。一応自分の限界、持ち駒というか、治療法というのはいつも患者さんにはお話しして、選択してもらっています。医師にも診てもらうのは、自分のリスクマネジメントにもつながると思います。

○本多 大滝さん経験ないかな。交通事故でも、そういう、もうこれ以上治らないんじゃないかという患者さんたち、どういう対応をするか。

○大滝 私のところで、そんなに治らないというよりも、回数を来れないという方で転医してしまいます。まめに頻繁に来院される方は、治らないという方は今まではおりません。何しろ交通事故は少ないものですから。

○本多 交通事故とか、業務上のものというのは、自分の責任でなくて他人の加害行為によって受けていますから、どうしても完全回復ということを強調するんです。元に戻してよという意識が非常に強い。悔しいとか、悲しいとか、そういうことが非常に強いもんですから、どうもちょっとした痛みでも被害者意識が強くなって治療を要求してくるというような。

実は、先生方に詐病というものをどう発見していくかということがやっぱりひとつ患者さんだから治療をするからというだけけれども、もう一つは詐病かどうかということを見きわめていくぐらいの努力は必要だと思うんですね、治療家としてね。それでよくお医者さんのカルテを見ると、この人は被害妄想的なところがあるとか、痛み非常に敏感だとか、いろいろ医療事故をやっていると、交通事故をやっていると診断書を見るといろいろカルテを見るといろいろ書いてあります。その人の生活態度というか、よくあるのは、入院中に外泊が多いとか、看護師の言うことをきかないとか、概略がよくわかってきますから、これはおかしいんじゃないかみたいなことでやっていきますね。生活指導の方の言うことを聞かないとか、そういうことで詐病の発見というのをやるんですけれども、治療家としても、来院して何でも訴える

から何でもそのとおりに治療するんだというような、そういう姿勢から脱却して、やはり詐病はやはり疑わしい者たちをどうやって返していくか、治療を拒否する。これ以上治療をできないということを拒否する。そのくらいの力というか、見識は持ったほうがよろしいのかなと思います。

最後になりますけれども、実はこういう事件がありました。

地裁の事件でした。柔道整復師が料金を請求したんです、加害者に。なぜに柔道整復師が直接請求してきたのかちょっとわからないけれども、そういう事件だったんです。裁判所の判決を読みまして、ちょっと興味あったんで。

柔道整復師が、治療費を直接加害者に請求した。こういうケースなんです。たぶん、これ債権譲渡か何か受けてやったのかもしれませんが。請求権がよくわからないんですけれども。裁判官が次のような興味ある認定をしたんです。相手方のほうは、もうそれは過剰治療で効果がないと、治療自身が。だから因果関係、自分のやったことと治療費の間の因果関係はないと言って争ったんです。裁判官が、証人尋問のとき加害者、治療を受けている方の尋問の結果を出しまして、治っているという表現があるんですね。もちろんカルテにも出てくる。治っていると、非常によくなってきている、徐々に徐々によくなってきているんだと、いう証言を繰り返し言っておられたんです。そこをとらえまして、治療が有効である、この治療は非常に有効であるということを確認して、料金の請求を認めたというケースがあります。

だから、やっぱり治療効果っていうものをどこまでとらえるかというところが大変大事であるという、柔道整復師も医者もそうだけれども、ある種のこの治療について、こういう柔道整復師も鍼灸もそうだけれども、医者もそうなんだけれども、誠実にやっているかどうかを重要だということを言っていましたけれども、少し最近では発想が変わってきまして、結果にもウェイトを置くようなものの理解をしております。その仕事に、やっている仕事だけに意味があるというのが委任なんですけれども、請負は結果に意味がある。誰がやってもいいけれども結果がよければいいということになるんだけれども、そのちょうど中間くらいにあるんじゃないかと、医療契約というのは、だから全く効果のないような治療を繰り返しても、これは幾ら誠実にやっても、これはだめだと。やはり、効果を測定しながらやらないといけない、そういう意味では、多少請負的な要素という、調べていきますと出てきているわけでありまして。したがって、先生方の、効果をねらった治療、効果を意識的にねらった治療をどの程度転換していったら、それが患者さんにどういう反映をしているか、この辺が勝負どころにどうもなるような気がしております。そういうところも、今後の、多分柔道整復師の治療の法的な面で見るとそう

いうところの改善も要求されるんじゃないかと、こういう感じはしております。

時間がそろそろたってきました。素人の私が司会だから、十分突っ込んだ専門的な議論はできなかったかもしれませんが、柔道整復師の頸部の、あるいは肩部の治療についての問題について、特に外傷と外傷でないということはどうもはっきり、今まで余り言葉はあつたけれども、臨床的に使うことがなかなか難しかったということを今日よく勉強をしたなという感じをしております。

また、治療方法についても、山田先生のお話じゃないけれども、大体やっていることは同じだけれども中身はトーンが違うんだというところをこの辺もよく強調していかなきゃいけないことであろうと、大体やはりある一定の期間で治療は終わるといふ、そういうものだというところもよく理解できました。

本当にもう一つやりたかったのは、今言った、更年期症の場合に専門医のほうに回すタイミングというのはどういうタイミングが必要かということもちょっとやっておきたかったんだけど時間がありませんで、そういう症状を見ながら転医勧告を、自分の治療から離していくと、転医勧告をどこまで、どういう要件で、どういう基準で転医勧告をすべきというところは大事ですね。この基準というものを柔整師もつくっていかないといけないのではないかと、こういう感じもしております。

誰もしゃべらなかつた柔整師はいなかつたですね。全員しゃべりましたね。

(「はい」の声あり)

○本多 では一応ここで終わりたいと思うけれども、何か質問ありませんね。質問されても、ちょっと困ることだし。よろしいですか。

ありがとうございました。(拍手)

○八島 それでは、本日の第2回勉強会をこれにて終了させていただきます。本日はどうもご苦勞さまでございました。

午後 4時55分 閉会