

第2回『上手・適正な保険請求の為のセミナー』

－ 第3部 －

療養費の審査基準の運用について

【外傷とは】	3 ページ
【傷病名について】	19 ページ
【計画治療について】	22 ページ
【審査情報について】	28 ページ
【患者照会について】	28 ページ
【委任状への署名について】	31 ページ

進 行 役：弁護士 本多清二

パネリスト：柔道整復師 早津泰治 諸星眞一 福岡悟

日 時：平成25年3月31日（日）15：05～17：06

場 所：名古屋マリオットアソシアホテル

共催団体（順不同）：一般社団法人柔整真進会 中部柔整師協会 さくら接骨師会
大日本柔道整復師協会 一般社団法人日本整復師会

主催：“患者と柔整師の会”

○八島 ただいまより「療養費の審査基準の運用について」というテーマで、討論会を約2時間開催いたします。この討論会は速記録をとらせていただきます。後日、JB日本接骨師会のホームページを借用して公表する予定でございます。

この討論会は、最初にテーマの説明がありまして、その後、皆様から質問を頂戴するようになると思います。質問は、1人2～3分以内で要領よくお願いします。質問の際は、お名前と所属団体名を必ず言ってください。パネリストにはJB日本接骨師会副会長早津泰治、保険部長諸星眞一、常任理事福岡悟、先生らに、進行役は本多清二弁護士をお願いいたします。

それでは、よろしくお願いいたします。

○本多 初めまして、本多でございます。よろしくお願いいたします。

早速でございますが、お時間の制約もありますので、お話を進めていきたいと思っております。

柔道整復師に対する療養費の取り扱いは、年々歳々大変厳しくなっております。特に厳しくなっているのは、審査基準について余りにも曖昧なものですから、保険者の扱いはまちまちで、そのたびに皆さんも、なかなか現場が苦しんでいるというところにあわせて、患者照会というちょっと変わった手続が生まれまして、このことでまた皆さんと患者さんの間の信頼関係がどうもうまくいかなくなってしまう、こういう現状があります。

これは多分解消するんじゃなくて、もっと強固になっていくという感じを私は受けます。そうすると、先生方と患者さんとの信頼関係をどうやって築いていったらいいのかということが大きなテーマに将来的にはなるだろう。同時に、年々歳々療養費の締めつけが多くなってきて、皆さんの生活に大きな影響をもたらしているのも事実であります。そういう中で専門家としての柔道整復師がこれから生きていくためには、どのようなところを注意しながら、どうやっていったらいいかということでございます。

そのことについて今日、私なりに一応の審査基準をつくりましたけれども、これが皆さんの中に受けるか受けないか。また、私の考え違いも、現場との考え違いもあるかもしれませんから、皆さんから忌憚のないご意見を承って、保険者にも理解してもらえるような基準をつくり上げて行って、保険者との信頼関係を保ち、強化していきたい、これが狙いでございます。

改革試案は、皆さんご案内だと思いますが、何も審査基準だけが改革試案のテーマになっておりません。そのほかにも、審査機構をどうつくるかとか、支払い関係をどうしたらいいかとか、レセプトの審査の方法等はどうしたらいいかとか、いろいろ多岐にわたって改革試案はご提示しておりますけれども、お時間の関係上、皆さんが臨床上あるいは請求する上で一番悩んでおられる審査基準をテーマに上げて、今日は先生方のご意見を聞いて、また新しい改革の案

の一つにしていきたいと考えております。

現在運用されている審査基準というのは、骨折、脱臼、捻挫、打撲、それから挫傷が加わって、この五つの傷病名によって審査が行われている。実はこれに私は非常に疑問を持っております。現実と若干乖離しているんじゃないかという意味で疑問です。その疑問を持ちながら、現実とどうやって折り合いをつけていったらいいのかというところが、この審査基準を策定していく上での重要な課題だと思いました。今日のこれがいいという意味じゃありません。とりあえずこういうレベルで考えて、具体的にどんな審査基準をつくったらいいのかという形で問題を提起しました。

まずは、骨折、脱臼、捻挫、打撲、挫傷、この5症状に限定して多分皆さんはやっていないはずだというのが私の認識なんです。皆さんのレセプトを見させてもらっている関係で、どうもそれ以外にはみ出る部分があるんじゃないかというところを捉えまして、それをこの審査基準の中に取り込んだ形で基準策定をしないと、どうも現実離れしてしまって適用していない基準をつくってしまっている、こういうふうに私は思っています。

私は、動かない規範を、法律をつくっても何の意味がない。現実を統制できる規範でなきゃいけないというのが我々実務家でございますので、動ける、使える規範ということになろうと思います。どんな立派な法律をつくっても、市民が、国民が従わなければ、それは法律じゃありません。国民との間のコンセンサスを得た法律でなければ、法律は意味がないというのが実態であります。そういう意味で、もう少し実態に合ったものをつくってみようということでございます。

そこで、こういう形にしました。この審査基準の大きな改革案は、現在行っている基準じゃありませんよ、誤解ないように。私が考えている基準という意味です。本基準は、負傷原因が外傷によるものであると診察で明らかに特定できる骨折、脱臼、捻挫、打撲及び挫傷並びに「しからざる」というのは、そういう原因の特定できない骨折、脱臼、捻挫、打撲、挫傷に加えて、捻挫、打撲、挫傷と、類似かつ同程度の筋、関節等、運動器系の強度な痛み、運動制限の負傷に対する柔道整復師による徒手整復術について療養費を支払うという提案であります。

わかりにくいかもしれませんが、ちょっと簡単に言いますと、問診等々で明らかにこれは外傷だと認められるような骨折、脱臼、捻挫、打撲、挫傷のほかにも、原因がつかめないけれども、捻挫と診断できる、あるいは打撲と診断できる、もちろん骨折、脱臼と診断できる場合と、およそ原因が特定できない場合で、しかも捻挫や打撲や、あるいはそういうものと同程度の痛みや運動制限、運動器系の疾患、そういうものについてまで多分先生方は治療されているだろう

というのがレセプトを見るとわかるわけでございます。

そういうものを取り込んだ上で審査基準をどうつくったらいのかという形で私どもの案は考えられていますので、まずこれを前提にします。この当否は、今日は議論しません。それを前提として、どういう基準が実際の施術の中で、臨床の中でうまく使えるかどうか。こういうところをひとつご議論いただきたいというのが、この討論会のテーマでありますので、これを前提とさせていただきます。

この前提を疑うと議論が進みませんので、前提をひとつご理解いただいた上でお話を進めていきたいと思えます。

【外傷とは】

それでは、今ここで定義をしました外傷によるものであってという、この外傷って一体なんだろうというところがよくわからない。言葉としては、日本語としてはわかるんですけども、外傷とはどんなことを先生方は指して言っているのか。これによってこの基準が非常に乱用されたり、あるいは厳格に解釈されたりして、この運用が違ってきますので、まず外傷という表現を使っていますが、どのように理解したらいいかということについて、パネリストの3人から聞いていきたいと思えます。

まず早津先生から聞きましょうか。早津先生、外傷って、先生はどういうふう理解されていますか。

○早津 ほとんどの方が日々の施術の中で外傷ということで患者さんを診ていらっしゃると思えますけれども、外傷と申しましても分類としては、大きく二つに分けた分類の中の一つに入るという意味では、例えば外因、外からの原因によるものと、内因、中からの原因とがあります。外因には何があるのかということ、その中に外傷というのが含まれる。例えば外から入ってくるウイルスとか菌なんかによる疾患なんかも外因という形になるわけですね。だから、その辺をよく理解して、まず認識しないと。接骨院というのはいろいろな患者さんが来ますので、その辺を含めて議論してもらえればということもあるんですね。

当然外傷というと、外因の一つということで、外からのいろいろな形での外力によって生じた疾患と認識しております。

○本多 福岡さん、その辺は修正あるいはご意見ありますか。

○福岡 今の早津さんのおっしゃったことは、学問的にはそうなんですけど、現実には患者さんにとって、いつどこで何をしたという生活上におけるものとか、運動におけるものとかで、やはり動作が加わる、転んだとか。いわゆる痛む、負傷した部位がどこであれ、何かをきっかけ

にそこに負荷がかかった状態が、急性的に起きたものであるのか、亜急性なのかということで外傷という判断をします。

ただ、広義に、もう少し広く考えたときには、持続的に加わる力、この辺が今回のテーマにもなってくると思うので触れませんが、いわゆる持続的にかかってくる外力については、非常に外傷としての特定が難しくなりますので、今この外傷というのは、明らかに加わる、何か生活上でも捻じるとか、もしくは伸ばすとかいう形であらわれた力が加わっていると認識をしています。

○本多 それは患者さんの活動から生じた疾病ということになるんですか。そう捉えていいんですか。

○福岡 そうですね。例えば自転車に乗っていて、急停車した際に右足をついた。その発生機転となる、起こるべくした動作が外力的に常識的な部分ですね。これは直達、直接かかってくる力と、介達、例えば右足をついた場合に直接、足の裏なんですけど、そのつき方が悪ければ足首や膝、もしくは体幹に起きてくれば腰とか、こういったところに負傷が発生すると常識的には考えられます。

○本多 諸星先生はどうですか。

○諸星 今の福岡先生の意見を支持しますけれども、最初に早津先生が外傷というのは外因と内因で分けるとおっしゃってまして、そのうち内因ではなく外因だと。外因といっても、物理的とか化学的とか生物学的とかいろいろあるので、柔道整復師の場合は主に機械的、物理的なもの、そういう力が加わって直達外力なり介達外力で起きるものが外傷だと思っております。

○本多 フロアのほうでどうですか。僕はそうは思わないんだとか、あるいはここをつけ加えたいというご意見がありましたら。今日は聞き役じゃなくて、発言してもらいます。

○フロア1（吉田） NSK保険協会の吉田と申します。

急性、亜急性という問題があると思うんですけれども、先ほど小池先生から急性期とか時期で見るとのお話があったんですけれども、今の養成学校の教育の中では若干違うような教えがあると思うんですけれども、その点についてはどのようにお考えでしょうか。

○本多 この話はもう少し時期をずらしましょう。今私が言っているのは、外傷という捉え方です。柔道整復師が外傷と捉えているけれども、イメージを共通にしないとぐちゃぐちゃになっちゃう可能性があるのですね。急性、亜急性は、これから議論が出ますので、ちょっとお待ちください。

○フロア2（小木曾） JB会員の長野県から来ている小木曾と申します。

私のいう外傷は、私は地方で高校の柔道の大会とかの救護をして10年ぐらいたちますけれども、例えば床に手をついて転んで肘の内側の靭帯を痛めた、これも外傷です。逆に背負い投げとか、5試合も6試合もやって200回も300回もかけていると、肘の内側が反復されて痛みが出てきます。これも外傷です。そういうのをまとめて外傷と言うと思います。

○本多 今話を聞きますと、患者さん自身が運動した結果出てくる変形というか、痛みとか。要するに、運動から出てくるという捉え方でいいんですか。

例えば人に殴られたというのも入るんですか。人に殴られた、自分は何も運動していない。それも入るんですか。

○諸星 外傷です。

○本多 外傷ですか。必ずしも自らの運動だけじゃないんですね。よそからの打撃を受けた場合も、外部的な力でもってなる。

聞きますけれども、私どもは刑法でよくやるんですが、傷害罪という考えがあるんですね、粗暴犯。その中でよく言われるのは、暴行を伴わない傷害罪というのがあるのかという問題があります。薬を飲ませるんです、下痢するんです。これ傷害罪になるんですね、身体の完全性を失うという概念を使いまして。暴行は伴っていないんですね。普通は殴って相手に傷を負わすから暴行罪、暴行を超えて傷害罪、こういうのが犯罪になるんですけども、薬を飲ませて下痢を起こさせる、あるいは何か症状を起こさせる。これは身体の完全性を失うわけですから、傷害罪になる。暴行と同じ。

柔道整復師の場合、そういうふうに外力の圧力を受けないで、しかも捻挫や打撲や骨折が起こることは、先生方の診断の中であるんですか、ないんですか。

○フロア3 (山田) JBの山田と申します。

先ほどパネリストの方のお話にかかるんですけども、明らかに瞬時に力が加わらなくとも、鈍的にずっと同じ時間、筋肉が押さえつけられたり、そういう挫滅だとか挫傷というもの。いわゆる瞬時に起こると打撲ですが、それが長い時間かかると、それもコンフュージョンとして同じように外傷になります。

先ほどの薬を飲んでというのになりますと、これは我々の範疇ではないんですが、科学的な反応によって内臓が損傷するもの。我々が外傷の中でも扱っているのは骨格・筋・神経なんです。骨格・筋・神経が介達なり直達なり、状態としては急性なり亜急性というのがあるんですが、そこが直接損傷を受けたものを外傷として扱います。

○本多 ここで少し難しい問題がありますね。今、山田先生はこう言ったんですよ。一定の固

定した状態で何か起きてきた結果、捻挫が起きたり、あるいは打撲や挫傷が起こることがあり得ると言うんですね。例えば同じ姿勢でずっとおられたとしましょうか。同じ状態でずっとパソコンを打っているんですね。そうすると、外傷の捻挫って起こるんでしょうか、あるいは打撲が起こるんでしょうか。そこを聞きたいんですよ。

○フロア4（荻原） JBの荻原と申します。

ずっと長いことパソコンを打ったりすることを考えますと一番わかりやすいと思うんですけども、そのときは全然痛みとか感じなくても、終わってから「何か手首が痛いな」とか、結構自分でもそういう経験があると思うんですね。だから、やっぱり長いことやって捻挫の状態とか、そういうのは起こり得ると思います。

○本多 今、捻挫の状態と言いました。捻挫とは言っていないんですね。ここが先生方の施術の上で非常に曖昧になるところなんです。捻挫と言わないで、捻挫の状態。後からこれをお話ししましょう。もう一人、誰かご質問。

○フロア5（川瀬） JB652の川瀬と申します。

先ほどからお聞きしていると、発生機転の問題に終始しているわけですよ。一番簡単な、一言で言えば、重力だと思います。重力に逆らったもの全てが外傷だと思います。あとは内科的なものは我々専門外ですので、それをいかに早く専門医へ送るかということだと思います。

○本多 ありがとうございます。大体そんなところですかね。

ここではっきりしておきたいのは、外傷捻挫あるいは外傷打撲とか、外傷骨折というのは、もう明白な場合なんですね、けがとか転んだとか。これ以外はだめだということをはっきりここで認識しておかなきゃいけない。捻挫とは言わないという意味ですよ。ここをはっきりしておかないと、概念がどんどん広がってわけのわからん治療になる。ここをはっきり押さえた上で次のテーマに入りますよ。

僕は時々やるんですけども、これはどう判断したらいいんですかね。例え話を言いますか。寝違えをして、朝起きたら首が回らない、そういう症状を起こすことがありますね。これは一体何なんですか、先生方の診断でいくと。寝違えですか。

○福岡 先ほど山田先生がおっしゃっていた長時間にかかる圧力という意味では、これはよくあるケースです。長時間テレビなどを横になって見ていた。これが就寝前まで同じ形で筋肉を伸ばされている状態で、そのまま休んでしまった。次の日になって痛みが来る。これは時間的なロスがあるんですが、加わった外力が一晩寝て起きたときに、むしろ通常なら寝て休むことによって回復する筋の弛緩があり、血流が回復する、神経のストレスも和らぐはずなのが、

寝ている間に緊張を増してしまって、起きたら首が急に回らないということがありますので、これはもう明らかに就寝前もしくは痛みを起こす姿勢であるとか、それが長時間あったかどうかということも当然私たちも患者さんに聞いて判断します。

○本多 これを捻挫と呼ぶかどうかは別ですよ。そういう症状をしばし呈することはありますよね。それが皆さんの治療に合うかどうかは、これから議論に入っていきますけれども、そういう場合もあります、ケースとしてね。

外傷というのは、明らかなけが。自転車で転んだとか、階段から落ちたとか、つまずいたとか、こういう形になるのが一番典型です。その典型からどこまで離れていったらいいのかという問題があるわけです。

そこでもう一つ、患者さんによっては痴呆症の方とか、特にご高齢の方は何でけがしたのかわからないという場合。説明できない。何でかわからないけれども、急に痛くなったとおっしゃられて、患者さん自身が負傷の原因を術者に伝えることがなかなかできない方がおられます。そういう方は皆さんの場合はどうやって診断して捻挫と判断されるのですか。

○早津 患者様は、前提は素人ということで、ましてやお年寄りということになりますと、医学的な知識を含めて、わからない。我々は国家試験に受かった外傷に関する専門家ということでも日々施術しているわけです。そういう意味では、今言った外傷の概念をしっかり理解した上で、後ほどきつと亜急性という話も出てくるかと思うんですけれども、患者さんの日常生活等の生活様式及び生活の中から来る、動作から来る、これは捻挫の定義にもなってくると思うんですね。今、捻挫というお話が出てきましたけど。

そういうものを我々がしっかりと理解した上で、患者さんに対して、問診を通してこういうものを捻挫と言うんですよ。あなたはこういう形で日常生活の中で、生活している中でこういうときに痛みが出るということは、そのときに関節を動かすという流れの中で、軽い捻挫も含めて起きてたというような説明という形で、特に痛みがひどくなったときとかですね。

○本多 ありがとうございます。

後から捻挫の概念については、またディスカッションしてもらいたと思いますが、とりあえず今は外傷の話を少ししました。

次に、捻挫と打撲についてお話を進めてみたいと思います。

その前に、骨折、脱臼という話をしましょうか。

骨折と脱臼については、柔道整復師法 17 条で、医師の同意を要すると。応急処置はこの限りにあらず。多分そういうくだりがあると思うんです。

フロアの方に聞きますけれども、骨折、脱臼の治療をしたことがない人——（挙手なし）——皆さんしているんですか、骨折、脱臼の治療を。じゃ、聞きますよ。

骨折、脱臼に医師の同意を要すると書いてあります。どういう方法で医師の同意をとっているのか。具体的に臨床の現場でどういう方法をとられるのか、ちょっと教えてください。

これはフロアから聞きましょうか。私はこういう方法でとっていると。誰か。

○フロア4（荻原） 近くの内科クリニックに行ってもらって、レントゲンを撮ってもらって、レントゲンを撮ったこと自体がもう同意だと思っています。内科ですから、そのままレントゲン写真を持って帰ってきます。

○本多 ほかに。

○フロア6（平井） 公益社団法人愛知県柔道整復師会の平井と申します。

同意をとるのは、うちの場合は整形外科で提携しているところもありますし、近所で内科の先生のところでもレントゲンを撮ってもらっています。内科の場合は、捻挫だとか骨折だとか脱臼の場合なんかに頻繁に、一番近くのところでご協力いただいていますので、その場合はレントゲンを撮って、先生自身は専門ではないものですから、僕のほうで骨折の、例えば骨折線があれば、その骨折線がある部位を正確に言って、理解いただいて、同意いただけましたかという確認をとれるようにしてあります。毎回それをやっています。

○本多 ほかに誰かいらっしゃいますか。

○フロア7（吉田） JBの吉田といいます。

当院では、疑わしい患者さんは、知り合いの整形外科の先生にまず診ていただいて、それで診断をしてもらいます。そうすると、整形外科の先生からの診断書とか患者さんが一緒に持ってきてくれます。それを医師の同意としております。

○本多 ありがとうございます。

私は患者なんですよ。まず私は、どうも骨折らしい、捻挫らしい、打撲らしいってよくわかりません。患者は、痛みが激しいから、多分これは骨折かなと思って行きます。二つの選択をしますよね。一つは整形外科に行く、もう一つは柔道整復師に行く、二つの選択があると思います。これは患者が選択するんです。ここが大事ですよ、患者が選択する。

患者が選択した結果、先生方の柔道整復師に行った。柔道整復師の先生方は、多くの人は、これは骨折とわかるんです、レントゲンを撮らなくても。痛みとか部位の圧痛とか調べれば、ほとんどわかります、基本的には。わからない人もいますよ。

そういう患者さんがいて、「あなた、ちょっと整形外科に行って、もう一回診てもらいなさい」、

実際こういうことをやるんですか。患者さんは「痛い、痛い」と言っているんですよ。応急処置をするとおっしゃるけれども、何をするのかといたら、聞きますけれども、患者さんがまず先生方のところへ来て、痛い、骨折らしい。腫れのぐあいとか骨折痕とか、いろいろな症状を診ると、これは骨折だ、ほぼ間違いないな。しかし、念のために、ここではレントゲンを撮れないから、レントゲンを撮ってきてほしいと、こう言ったとしましょう。近くの整形外科に行ったとしましょう。

整形外科が、これは骨折だと言って治療をしてくれました。先生方のところに患者はいつ来るんですか。どういう機会で来るんですか。それを聞きたいです。専門家の整形外科が治療したんですよ。どうして整復師へも行けと言うんですか。それをちょっと聞きたい。どういう約束を整形外科と先生方はやっているんですか。

○フロア6（平井） 選択肢がいろいろありまして、大学病院へ送る場合もあるし、整形外科へ送る場合もありますし、先ほど言った内科のほうでやる場合もあります。整形外科の場合も、まず骨折だという場合ですと、患者さんの痛みを早くとるために柔整師は初回の処置ができるはずですよ。ですから、整復して固定した上で整形外科へ送ります。あとは整形外科がそれを診て、危険がなければ後療を頼むということで、また返してもらえる約束のところへしか基本的には送りません。

○本多 大体そういう形のように。私もそう聞いておりますね。

そこでお聞きしたいんですけども、患者さんが言わなかったらどうします。嫌だ、あそこに行って薬漬けになったり、場合によってはオペなんかされたら困る。だから嫌なんだと。先生方のところで、徒手整復で終始やってほしいんだと。リスクは自分が負うから、ぜひそうしてほしいと、こう患者さんが訴えたとき。皆さんはそういう経験ありますか。私はよく言うんです。

○フロア7（吉田） 以前、橈骨の骨折で80歳ぐらいのおばあちゃんが治療に来まして、もう変形もしていますし、当院で整復して知り合いの整形外科に行ったところ、もう骨がぐちゃぐちゃになっているからオペをしたほうが良いというふうな先生が話をしたんですけども、後ほど患者さんが、やっぱり先生のほうで治してほしいということで、そこは信頼関係というものがなくなってくるんじゃないかと思います。

○本多 この場合、医師は同意しませんよ。医師の治療は患者さんが拒否するというか、拒否まではしなくても、ちょっと怖がっていますね。それから、先生方は同意がなければできません。その患者さんはどこへ行っちゃうんですか。自分の家で治しているんですかということに

なっちゃうんですね。ここら辺が、はっきり言って厚生労働省と、議論してないんですよ、皆さんが。だから僕はあえて言うんです。

私の兄貴は70歳です。階段から落ちました。「おまえ寝たら死んじゃうぞ。だから徒手整復やれ」と私は言いましたよ。「いや、でも病院に行ってくる」。病院に行ったら、すぐ手術だと言うんですね。手術して1週間、2週間もし寝たら、あの老人は恐らく再起不能ですよ。いいからやれという話をしました。そうすると実費になっちゃうんです。療養費で請求できないんですよ。そこら辺のところをもっと業界はきちっと説明しないとまずいんじゃないかと僕は思っているんですけどね。今日はその問題点を指摘するだけです。

今度は、脱臼を聞きましょう。脱臼の同意ってどうとるんですか。田中さん、脱臼の同意はどとるの。

○フロア8（田中） 脱臼は同意をとったことないですね。その場合、整復しちゃうんで、脱臼を整復しましたと言うだけです。

○本多 医者は脱臼なんて診てませんよ、もう整復が終わっちゃっているんだから。骨折の場合は、先生がおっしゃったように骨折の痕が見えますけれども、脱臼の場合は後から見えないでしょうね、基本的には。

○フロア6（平井） 写真に撮るんです。

○本多 写真に撮れば別だけれども、一々写真を撮っているわけにもいきませんからね。そうすると、脱臼の場合は、医師の同意をとるのにわざわざレントゲン写真を撮らなきゃいけないのかとなると、これは患者さんの負担が大きいですよ。もちろん治療のために脱臼のレントゲンを撮ればいいですけどね。

これも私はよくわからないので、この間、厚生労働省の人に、脱臼の同意って、脱臼した後どういうふうにご同意をとるの。それ示唆しないと柔整師の先生わからないかもしれないよというお話をしましたけれども、答えはいただけませんでした。そういう意味で、もう少しこの業界の人たちも臨床現場のところをきちっとお話ししたほうが、それぞれが共通理解をとることができるんじゃないかと思えますね。

脱臼の場合も医師の同意が必要だと法律に書いてあります。これは法律に書いてあるからやむを得ないというんですけれども、現場でどう同意をとっていくのか。また、医師が同意をしなかったらどうするのか。患者さんが整形外科の治療を拒んだ場合どうするのか、柔整師は、あるいは患者さんは。そういうテーマできちっと議論した上で、自由診療でいくのか、療養費を払ってもらえるのか、そういう議論をきちっとしていかなきゃいけないと私は感じておりま

す。ここでは問題点を指摘しておくだけにしておきます。

次に、捻挫と打撲についてお話を聞かせてもらいたいですね。

まず諸星先生、柔道整復師さんがいう捻挫とは、どういう定義をされていますか。

○諸星 一般的には関節があって、その関節の可動範囲を超えて、また原位置に戻ったものという形で昔習いましたけれども、最近では、捻挫というのは骨と骨の間に起こる急激な捻じれ、あるいは激しい外力による関節周辺の関節層や靭帯の損傷をいうという定義になっております。

○本多 今、諸星さんが教科書的に言っていますけれども、大体そんなところでいいんですか。そうすると、関節部位でないところで捻挫はあり得ないんですね。ところが、先生方の請求書を見ると、とんでもないところに捻挫が入っている、私が見ている限り。こんなところに関節なんかないんじゃないの。間接的に関節とかの関連で捻挫という概念がきちっとつけられる。これをしていないと、保険者が見ると、何だこれはということになっちゃうんじゃないかなと思います。そういう意味で、今ここで定義がはっきりしているのは関節なんですね。ただし、関節の中で、諸星先生がおっしゃった古典的な捻挫という、古典的というのかな、私が覚えている通説だと、脱臼まではいかない状態で、またもとに戻ってしまう。あと、その辺の損傷が起きたというように僕は思っていたんですけども、それ以外があるんですか。

諸星さん、その辺具体的に説明してください。

○諸星 靭帯とかに関節が固定されていますね。各場所によって、その関節の可動域というのがわけですよ。その可動域を超えて、また原位置に戻ったものを捻挫という形で。一回脱臼したものがもとへ戻ったものを捻挫という形で昔は習いました。

○本多 必ずしも脱臼である必要はないですね。可動域を超えたか超えてないかというところが分岐点ですよ。そこはきちっと押さえていかなきゃいけません。

そういう診断をされる柔整師さんは少ないですよ、可動域を超えたか超えてないか。どういうわけで超えたか。その超えた原因が外力になるんです。こういう外力があつて、これで可動域を超えたんだという形になるんじゃないかと理屈の上では思うんだけどね。打撲って何ですか。

○諸星 打撲というのは、基本的には受傷機転をあらわした言葉であります。打撲の原因は、直接そこをぶつけたときの筋肉の挫滅とか、そういうものを言います。

○本多 挫傷は。

○諸星 挫傷というのは、直接そこをぶつけたのではなくて、筋肉を外圧的に引っ張られた場

合に筋肉の損傷を起こしたとか、そういったことを挫傷と考えています。

○本多 ほかに何か。私はこういうふうを考えているんだという方おられますか。大体今の説明でほぼ柔整師業界ではいいんですか、共通項で。

○フロア9（伊藤） JBの伊藤と申します。

今、先生がおっしゃった捻挫の外力ということで、例えば寝違えってありますよね、寝ているときに。それは捻挫なのか挫傷なのかといった場合、関節の許容範囲を超えていないにもかかわらず痛めてしまったという場合、これは捻挫ではないというご見解でしょうか。

○諸星 今は捻挫じゃなくてもいいと思います。先生の主観で。

○フロア9（伊藤） じゃ、挫傷ですか。

○諸星 挫傷でも構わないと思います。

○フロア9（伊藤） 要は、逆に言うと、どちらでもいいと。

○諸星 僕はそう思っています。ですから、関節よりも、どちらかという、昔はみんな頸部捻挫で出しましたよね。でも、今は足底部挫傷とか臀部挫傷という、筋が存するところは挫傷はオーケーなので、どちらかという寝違えに関しては、急性期の損傷だと思っていますけれども、僕は挫傷のほうが正しいかなと最近思うようになっていきます。

○フロア9（伊藤） それと先ほどの話に戻るんですけども、例えば福岡先生がおっしゃった寝ながらテレビを見ていて、そのまま寝てしまったという場合、その時間的経過というところで、テレビを見ていたときに受傷なのか、寝てからが受傷なのか、起きた際に痛みが出た、痛みを感じたときに受傷日なのかという、その時間的経過というところでちょっと悩むときがあるんですね。そういうところはどういうふうにご判断されているか。

○本多 福岡さん、何か。

○福岡 難しいご質問をいただきました。先ほどのいわゆる筋違いということ言えば、昔でいうところの使い痛み。繰り返し繰り返し使ったために筋疲労が著しく増した。そのために乳酸が上がって筋肉が炎症を起こしてくる。これはわかりやすいんです。

ただ、先ほどの同じ動作というか、一定の固まった姿勢が、パソコンなんかは、逆に言うと筋肉がかなり伸ばされた状態で、今度リバウンドしてくる。通常なら等尺性のある筋肉は弾力性がありますので、ご存じのように瞬時であれば、強く働けば筋肉の繊維が切れます。でも、長い間かけて痛んだものというのは、すぐにあらわれないんですね。という理解の背景に、同じ形で筋肉を使っていた。それがもとに戻るだけの時間がなかった、もしくはその状態のまま休んだ。休んだ姿勢もまたよくなかったという幾つかの要素が加味されて、朝起きたときに急

激に痛みました。当然先ほどもあった重力ですよ。特に首の場合、頸部であるとか体幹の場合は重力、加重がかかったときに、その関節・筋の軟部組織が正常な状態と左右差が極端にあらわれているような場合には、関節・筋のところの炎症が、神経に近いですからひどい痛みですね。

先ほど捻挫の話が諸星先生からありましたけれども、私は、捻挫というのはある程度再現性がある範囲なんですね。例えば捻じった。どこまでねじった。生理的な範囲を超えたといっても、それを行うことはできませんけれども、その生理的範囲内で動かしたときに痛みを感じていたり、関節が可動できなくなっている。これも一つは私たちの診断点。再現する。ただ、これは注意しなければならない、患者さんにとって苦痛が伴いますから。その辺はどの範囲で可動域を診て、そして関節に動揺があるのか、靭帯が損傷しているのかという診断になります。

○早津 ちょっと話を戻しますね。寝違えの話は非常に重要だと思うんですね。先ほど諸星先生から今は挫傷というのが使えますという話ですけども、現実的にはまだ浸透していない。保険者によっては、それは認められている保険者もあるのかもしれませんが。ということは、我々は頸部捻挫で出している。柔整の教科書的な定義の一つに、同じ姿勢でいることによって鬱血を起こす。要するに静脈血がたまってしまう。それが基盤になって筋肉の痛みとして出る場合がある。ただし、便宜上、首に出た場合、我々頸部挫傷と出せなかったものですから、椎間関節があるものですから捻挫という形で出した。それが背部にまで至った場合は背部挫傷という形で出したというのが流れだということで、一応説明させていただきます。

○本多 私は素人なので、ここまでついていけないんだけど、ちょっと不思議に思うんです。不思議に思わないですか。請求できないから傷病名を変えるという方法、これは邪道ですよ、基本的には、専門性としては。でも、現場はそうだというんですね。

そこでもう一つ聞きたいんですけども、この1点を聞いてこれからの議論を進めたい。

捻挫というのは、素人的に言えば、関節の可動域を超えてしまって、脱臼までいかないけれども、超えてしまって、またもとに戻る。それで筋肉の損傷を来した、痛みが出た、運動制限。挫傷は、可動域を超えないで出る症状。治療方法は、施術方法は同じなんですか、違うんですか。

ちょっとそれを聞きたいんですけども、福岡さん、短くお願いします。

○福岡 比較的直接もしくは介達的に働いた外力が早い時期に、施術にみえる患者さんが、いつそういった状態が起きたのか。これは当然内出血であるとか、組織の損傷の度合いになりますけれども、いわゆる安静期を保つための時期というのがございます。大体3日から5日、長

くても1週間、捻挫の場合、やはり内出血して患部が腫れてくる。腫れてくるということは、それだけ関節可動が制限されたり、生活等に支障がありますので、そのときに多少の圧迫固定をして吸収を高めていく、炎症を抑えるという意味では、やはりけがをして1週間ぐらいなら柔整師は早目に処置をしていけるものと考えております。

いわゆる緊急性のあるというか、急性期に外傷が発生した場合の施術が好ましい期間というのが、約1週間の間に炎症を抑えていく治療。

○本多 いや、僕が聞きたいのは、打撲と、挫傷でもいいんですけども、捻挫では、治療方法、施術方法は違うのかと聞いている。

○福岡 違います。

○本多 どこが違うか、端的に言ってみて。素人にわかるように。

○福岡 関節における捻挫でしたら、やはり基本的には固定。そして打撲に関して言えば、打撲部位によって、軟部組織がある部分とない部分、中には骨膜まで傷が入っているようなものも含めると、これはきちっと観察をしていきます。ということは、打撲の場合はある程度動かすこともできますが、ある程度受傷した部位によって処置が異なるということがあります。

○本多 固定はしないんですか。

○福岡 固定というよりも、腫れを吸収させるためのいろいろな処置がありますので、湿布、包帯。

○本多 一部の保険者の方に、捻挫とかは放っておけば治るんだと。だから、治療しなくてもいいんだ。こういうことをおっしゃられて。

○フロア 10 極論でしょうね。

○本多 そういうことをおっしゃられる方がおられるんですけども、今、極論とおっしゃったので、ちょっとお話を聞きましょうか。

○フロア 10 私は鍼灸師で、うちの家内が柔道整復師で、うちの娘が大学を出て偶然柔整の学校に入りますもので、今日、柔道整復師会の業界とか、そういうことをぜひ一度聞いておきたいということで僕は参加させていただきました。

私は鍼灸師ですが、大学の麻醉科におりまして、ペインクリニックのところにおりましたけれども、今日、先生方に実は質問したいのは、よく肩関節周囲炎の五十肩とか六十肩とか、手根管症候群とか腱鞘炎とか、そういうようなものを先生方はどの範囲で診断されて治療されるか。それを先生方に聞きたいということで、本当は場が違うんですけども、参加させていただいて。

○本多 それは後からやっていきますけれども、今私が質問したいのは、捻挫なんて放っておけば治るんだという保険者の方も何人かおられるんですよ。それに対してはどうですか。

○フロア 10 医療というものは、少しでも早く患者の苦痛をとるという前提がありますもので、そういう観点から症状を診ますと、放置すれば、ほとんどのものは回復します。でも、それは医療の本来の目的からは少し外れていくというふうに瞬間的に感じます。それで最初に言いましたように、極論って少し行き過ぎた言葉を発させていただきました。

○本多 わかりました。

○フロア 11 放っておけば治るのかについてですけれども、けがの基本はR I C Eとって、Rest、Icing、Compression、Elevation と、安静が基本ですし、例えば突き指してP I Pの関節を捻挫したとしても、これは放っておいても、使っていると腫れてきて拘縮を残すことがありますけれども、ある程度アイシングして固定して接骨院で2～3週間経過観察していると、やっぱり予後はいいです。

○フロア 1 (吉田) 柔整の場合は整復という、ほかにない独特の手技があると思います。だから、初めに整復をきちんとすることによって予後もすごくいいと思いますし、そのまま放っておくと慢性化しやすいということがあると思います。やっぱり柔整独特の整復という動作がありますので、また違うと思います。

○本多 多分保険者の方は、皆さんのレセプトから見て、それが追認できないんですよ、治療内容。だから、放っておけば治るんじゃないのという感覚をお持ちになれる人も多いというふうに僕は理解しているんです。さて次に入ります。

今までの議論というのは外傷、診察の上で明らかにこういう外力によって、外因性によって負傷したという場合ですね。ところが必ずしもそうでない、幾つか原因があるんだけど、その中で原因がこれだと特定できない場合がありますね。もう一つは、全く原因がわからない場合。

原因がわからない中にも二つあるんですね。これとこれとこれがどうも原因らしいけれども、相互作用しているのかどうかわからないけれども、これを十分説明し切れないという場合があります。それからもう一つは、およそ原因としてつかみにくい、これは何が原因なのかなというのがあると思いますね。俗に言う慢性疾病のような感じになるんでしょうかね。そういうものがあると思うんですね。

それで私は今その二つの類型を一括して、まとめて質問しているわけですがけれども、原因が特定できない。原因を特定するのは柔整師ですからね。患者さんじゃありません。患者さんは

特定するための材料を提供しますけれども、自分で特定できませんよ。それは素人ですからね。だから、あくまでも患者さんから聞いた話で、これが原因だという特定をする責任は柔整師にあるから、それを間違ったら医療過誤になりますよ。そういう意味では患者さんの責任じゃないということをはっきりしておかなきゃいけません。

そうしますと、先生方の中で原因がはっきりしないということは二つあるんですね。全然努力しない、勉強もしてないから原因がつかめない。これは柔整師として失格だから退場してもらいたい、この業界から。ぜひ退場してほしい。

原因をきちっとつかめる先生方の中でも、患者さんに問診したり、視診したり、触診したりしても、どうしても原因がはっきりつかめない。しかし、痛みの症状はある、あるいは運動制限がある。こういう場合の症状をどう見るかという問題が、これから議論するところでございます。

繰り返しますが、原因を問診等でつかめない先生方は、もうこの業界から退場しなきゃいけないんです。資格がないんです。柔整師として専門家じゃないんですということを前提としますからね。そういう中で、どんなに努力しても原因がつかみにくい、困難である、断定できない。これは医者だっていっぱいいますよね。

そういうところを押さえていきたいんですけども、そういうものを経験した方で、こういうことがあったけどという方、お願いします。

○フロア6（平井） ちょっと特殊な例になるんですが、幼稚園の低学年の子供さんで、両足のふくらはぎに内出血が見えたんですね。皆さんだったら受傷原因を聞くと思うんですけども、運動会のとときに前方へ転んで肉離れでもしたのかなと思っても、両方は不自然なんですよね。それからもう一つ、私も臨床経験がずっとありますので、30年以上やっていますから、いろいろな内出血を診てきています。骨折と通常の捻挫の内出血の違いや何かも大体判別ができると思います。ですが、今までに診たことのない色と、触ったときの感触が違うんですね。これはただごとじゃないと思って名大病院を紹介して、必ず診察を受けなさいと言って送ったんです。

送ったら、検査結果が出るまでに2週間あるからということで、その間に、近所に別の整形外科があって、そこへ診察に行った。2週間たっても結果を知らせてこないんで、僕は心配になって電話をしたんですね。そうしたら、近所の整形外科へ行って「転んだときの内出血だよ」と言われたから、そっちで治療していると言うから、それは絶対誤診だからだめだと。もう一遍名大病院に行って検査結果だけ聞いてきなさいということで怒ったんです。

検査結果が、臓症があって難病指定を受けて。つい最近お母さんが20年ぶりにみえて、息子は、呼吸器のほうまでいかずに、一応今のところ命ありますと。あのときは言うこと聞かずに勝手なことやったんだけど、おかげで今助かっていますからというのがあったんです。

まさに医療過誤ですよ。見落としていたら、それで訴えられたら、僕らは負けると思うんです。そこで見つけることができるかどうかというのも非常に難しい、現実にも迷うものもあるし。経過をしばらく観察すれば大概間違いないと思いますけれども、経過がよくない場合は早目早目に病院に送るということも大切なんじゃないかな。専門家のほうへ送ったほうがいいのかというのが私の考えです。

○本多 今のは特殊な例なんですね。もっと柔整師の例で聞き直していかなきゃいけませんけれども、何かさっき言っていましたね、何らの症状を聞きたいって。ちょっと言ってみてください。

○フロア10 よく遭遇する五十肩、六十肩と手根管症候群と腱鞘炎です。腱鞘炎の場合は弾発指という別名もありますけれども、その辺の治療をした場合には、どの範疇に疾患を入れられるか。

○本多 まず、五十肩を上げましょうか。これについて、まずフロアに聞きましょう。

柔整師で五十肩を治療したという方。どんな症状と、どういう原因を特定しますか。教えてください。

○フロア6（平井） 五十肩の場合、関節の可動域の制限がもちろんありますね。僕の場合は必ず小円筋や何かの触診をとるんですけども、小円筋が非常にかたくなっているケースです。肩の後ろの筋肉ですが、そこがかたくなっているのが特徴的であったり、関節の内旋運動という内側へひねる運動で、後ろで帯を締めたりするような動作が辛いというのは典型的なものだと思います。

これも本来の姿勢をよく見ると、前傾していたりとか、前腕の回内状態、内側へ捻じれた状態をつくって、いわゆる先ほど言った急性の捻挫じゃなくて、姿勢不良によって何度も何度も同じストレスがかかったことによって反復的に起きた捻挫という説明をします。だから、姿勢指導すれば改善もするということです。

○本多 捻挫と呼ぶかどうかは別として、今のような説明で大体よろしいですか。五十肩。

○フロア3（山田） 五十肩というのは、柔整でもよくグレーだとかいろいろなことを言われてやり玉になっていますけれども、まだ決着はついていないです。200例ぐらい論文が出て、私の知り得る最新版であれば2000年。その中で、原因は外傷が6割近く、半数近くだと。あと

石灰沈着があったりとかインピンジメントだとか、いろいろな肩の可動域が制限される障害や、あと腱板損傷がありますが、それは全部除外したもので、なおかつ機能障害のみが残るのが本来の五十肩なので、その鑑別が大切ではないかと思います。

○本多 どうもありがとうございました。どなたか、ほかに。

○フロア 12 今の意見で聞きたいんですけども、腱板損傷は除外すると言われたけれども、よくある五十肩というのは、特に今言われているのは腱板硬化。かたくなったこと、いわゆる可動域制限というのは、主に五十肩で言われていますよね。それに関してはどう思われますか。

○フロア 3 (山田) 腱板損傷というよりも、棘上筋断裂等の除外です。

○フロア 12 それならわかります。

○本多 時間がちょっと押し迫っているんで、腱鞘炎だけちょっとお尋ねしましょう。

腱鞘炎については、どういう原因で起こるんですか。腱鞘炎の治療をした方はおられますか——(挙手なし)——いない。遠慮なく、しているならしていると言ったほうがいいですよ。しているのにしてないって顔しないでくださいよ。

私は腱鞘炎を時々起こすんですよね。柔整師に診てもらっているんですよ。治っちゃったんですよ。よく物を書くものですから腱鞘炎になっちゃうんですね。

福岡さん、腱鞘炎はどういうふうにご治療するのですか。

○福岡 皆さんもあると思うんですけども、今日は保険者さんがいらっしゃっているから、その疾患名は扱えないだろうと。ただ、それを除外視して、徒手整復、私たちはマニピュレーションを主に行う治療家ですから、当然外科が行うもしくは整形外科が行うような薬物の投与であるとか、ペインクリニックでやる注射とか、そういったものを用いないで非観血的というよりも、何が原因でその腱が炎症を起こしたのかという根治的なところから、まず入っていきます。

例えば子供を出産した主婦が、ヤングママが子供を急に抱くようになった。今までにないストレスがかかったために、赤ちゃんの頭をソフトに押さえたりするために、従来ならば関節に力が入る入り方があるんですが、非常に不安定な状態で関節にストレスがかかって腱鞘炎を起こす。これは起きます。これが一番難しいのは、先ほども話がありましたが、安静にできれば、使わなければいいという方はならないんですね。使わない環境になれないために、どうしても負担がかかってくる。これは難しいんです。

だから私の場合は、できる限り生活の様式を伺って、腱鞘炎で言えば、寝ている間に治してあげよう。例えば緊張して伸びてしまう腱を夜間に固定して鎮静させてあげる、こういうこと

をします。これだけではないんですが、そのような処置を、患者さんの環境によって起きてくる障害をきちっと聞きとっていくというところにポイントを置いております。

○本多 大体そんなところでよろしいですか。

ちょっと休憩に入らせていただいて、次のテーマにいきたいと思います。5分間でお願いします。

— 休 憩 —

○八島 ただいまより後半の討論会に入らせていただきます。

お願いがございます。速記をとってございますので、皆さん、発言の際は、お名前と所属団体をおっしゃるようお願いいたします。それでは、引き続きお願いします。

○本多 済みませんが、残り時間がなくなってきたので、駆け足で進めさせていただきます。

前半は、先生方の施術って何だろうということを私も理解したいし、お互いに共通の認識を持ったほうが議論しやすいと思って、あえてこういう話をしました。後半は非常に大事な話になってくるだろうと思います。

【傷病名について】

まず、後半の入り口のところでございますが、今までの話を聞くと、打撲とか、特に捻挫については厳密じゃないという感じが私にはしているんですね。およそ捻挫とは言えないものも捻挫と言って請求してみたり、挫傷で請求できないから捻挫だとか、請求するためにいろいろな症状を考えているという感じがする。悪くはないかもしれないけれども、そういうレッテルの張り方ですよ。これが逆に柔道整復師の信頼を失わせていると僕は見ているんですよ。

そこで思い切って、私どもの考えている審査基準は、正確に傷病名をつけられるものをつけてください。つけられないものを無理やりに、請求するために、請求資格を取得するために傷病名をつけないでくださいと、このような審査基準を考えています。

傷病名をつけられないものをどうしたらいいかといったら、その症状の部位と症状の程度、状況をきちっと書いてもらいましょう。それなら多分保険者はわかるはず、これなら徒手整復に合うかな合わないか。多分療養費支払い側はわかってくれるはず。いいかげんな傷病名をつけられるよりも、そういう症状をきちっと特定していったらいいかだろうかという提案を今度の私どもの審査基準で提案しているのですが、この点についてご意見をいただきたいんです。

ある柔整師の方は傷病名を増やせとおっしゃるんだけど、どんなに増やしたって、傷病

名なんてレッテルを張れるものじゃない。例えば腰痛症って、これは傷病名だと僕は思っていない。腰痛の症状が起きていますというだけのことであって、別に傷病名でも何でも無いけれども、整形外科は私の腰痛を診て、これは腰痛症と書いて保険者に平気で請求しています。保険者も支給しています。柔道整復師が腰痛症と書いたら、多分請求はだめです。捻挫か打撲か挫傷にしてくださいということになってしまう。そういう無理なことをやっているんじゃないかと、僕は現場を見て、そう思うんですね。

そこでレセプト、請求書に傷病名を書けない疾病に対して、もう少し具体的にどういう症状であって、どういう治療が必要かということをお書きになったら、多分保険者の方は納得してくれるんじゃないかと私は思うんですが、その点についてご意見を、これはフロアから聞きましょう。その点はどうでしょうか。

○フロア4（荻原） 正直にレセプトに書いて保険者がわかっていたら一番いいと思います。それはやっぱり詳しく、わかりやすく書くのが前提だと思いますけども。

○本多 今言ったように傷病名だったら素人の私も書けるんですよ。捻挫って書けばいいんです。あとは何も考えず捻挫と書けばいいわけですね。実際にこの症状を特定して書くというのは相当専門的の知見を必要とするので、逆に請求しにくくなりますよ。

○フロア13（石塚） 協同組合NSK保険協会の石塚といいます。

先ほどの話、ちょっと戻っちゃうかもしれないんですけども、骨折と脱臼以外に、捻挫、打撲、挫傷というのがあるじゃないですか。この捻挫、打撲、挫傷に関して、一々分ける必要をなくせばいいなと思います。例えば骨折、脱臼以外に、それ以外は軟部組織の損傷と一塊にしてしまえば、いろいろなことに需要が出てくるんじゃないかなと僕は思っています。

○本多 それはだめですね。なぜかという、厚生省の通達にちゃんと書いてあります。それを無視しちゃつと役所で検討しなきゃいけない。役所の運用の上ののっかって運用を考えないと、この改革はできません。狙いはわかっていますけどね。

だから、骨折、脱臼はいいとしても、捻挫、打撲、挫傷というのは、もう厚生省の通達で昭和11年からずっとやっていますから、これをやめろというのは、抵抗勢力をただいたずらにつくるだけです。それ以外の同じような類似の症状、類似程度の症状が起きた場合にしろ、レッテルを張らずにやりませんかという提案のほうが、まだお話を進めやすいんじゃないかというのが、この審査基準です。

先生がおっしゃった案は我々も考えたんですけども、それは抵抗勢力がとても強くなるんじゃないかと思って、政策的にはよろしくないと考えたんです。狙い目はわかります。

○フロア6（平井） 先ほどの捻挫なんですけれども、35～36年ぐらい前に米田一平先生という、米田病院の院長で中部柔整の校長をやってみえた方が、厚労省との折衝の中で、米田先生の捻挫理論というものを本にするときに承認を得るために話に行くと。その当時、僕は授業でその話を何度か聞かされていた記憶があるんですが、そのときに、俺の捻挫理論は厚労省が認めているんだぞというふうに言って、本にもなったんだということで、僕らに紹介されたんですね。

それによると、多数関節の微弱な外力で反復して起きたものも捻挫として認められるということ、全部入っちゃうんですね。捻挫なんですよ。だから、先ほどの例えば肩関節の五十肩を、整形外科医は五十肩という判断をするけれども、柔道整復師は肩関節の捻挫なんです。

寝違えもそうなんですけれども、多数関節ですから、頸部の場合は棘突起だとか横突起だとか、いろいろなところに関節がいっぱいあるわけです。例えば胸鎖乳突筋がかたかったら、胸鎖乳突筋という一つの筋肉が関節を構成しているのは一つじゃないですよ。もう何十個もいっぱい関節がある。その関節を介して捻挫を起こしているんだという理屈で認められているはず。ですから、それでいいんじゃないかなと思うんですが。

○本多 それがまずいんですよ。それが乱用される大きな動機になっている。昔は「柔整捻挫」という言葉を使った人がいましたね。これはもうごまかしだと。そんなことをやるから保険者の信頼を失う。もうだめなところ、まずいところは、ここはまずいんだとはっきりうたって、この治療が必要なんだということをうたったほうが、はるかに直接的であるし、支払い者側を説得できる。こういう症状で外科医よりも我々は安く、しかも有効な治療ができるんだとやればいいんです。

レッテルを気にするからわけのわからない話になって、それで施術力のない人が、施術力のある人は別ですよ、施術力のない人がやれば、みんな名前をつければいいんですから。そうしたら僕にもできるんです。明日から私も柔整師になれるんですよ、みんな捻挫にすればいいんだから。そういう意味で、きちっとやっぱり症状を特定したい。

○フロア14（馬淵） 静岡の馬淵です。個人です。

私の師匠は米田一平先生のかばん持ちをやっていたので、今の話はよく聞かされていたんですけど、例えば頸部捻挫と言われている寝違えに関してなんですけれども、そちらの先生方が言われるように、捻挫でいうと、はっきり言って厳しいと思います。それはやっぱり過緊張による筋の損傷と考えるべきなので、普通に考えれば頸部挫傷という形で通るのが本来だと思うんですが、それが通らない。そうすると、我々は頸部捻挫で通さざるを得ないという非常

に厳しい状態になる。そうすると、割合的に柔整師の請求は9割以上が捻挫、打撲、そういうおかしな数字が出てきてしまう。これはもうしょうがないんです、やむを得ない状態に今あると思います。

今おっしゃったように、傷病名のつかないものに関しては詳しく書いていくと。それは非常に理にかなっていると思いますし、あともう一つは傷病を増やしていくという方法もあるかと思っています。ただ、問題点があって、やっぱり膨大な時間がかかる。そこが問題だと思います。○本多 柔道整復師には不正請求が多い、不当請求が多いと言われる一つの温床はそこです。傷病名を乱用したために、そういう疑いを持たれるから、初めからそうじゃないよと、はっきり請求されたらどうですか。そのぐらいの勇気を持って保険者と交渉したらどうですかというのが、この審査基準の精神でございます。

【計画治療について】

もう一つ、話を進めます。

今言ったように、急性期は問題ないんですけれども、亜急性期あるいは慢性期の疾病を徒手整復で行うことが医療効果があるという前提で、これからの話に入るわけでございますけれども、そういう中で問題になるのは、そういう負傷は原因がはっきりつかみにくいということも相まって、傷病名をつけられないということも手伝いまして、どうも漫然とした治療をしているんじゃないか。患者さんが痛いと言えれば何でも治療してしまう。専門性も放棄してまで治療してしまうということになります。

そういうことにならないために、この審査基準では、漫然治療から計画治療へというように私どもは訴えているんですね。計画を立てて治療をしてください。計画が立てられない疾病ならやめてください、治療しないでください。計画を立てられないのは専門的な知識がない人ですから。専門的な知識がある人は必ず計画を立てられるはずだということでございます。

そういう思想を持ってこの案をつくっておりますが、諸星さん、計画治療と一言言っても、どういうふうに考えたら、現場でこの計画治療は実現できると思いますか。

○諸星 一番大事なことは、患者さんに対して可及的早期に社会復帰させるようにしなきゃいけない。そのためにはある一定期間を、例えば骨折の場合は割とわかりやすいんですけれども、臨床的には固定期間を1カ月ぐらいすると、その間、固めてしまいます。それから、拘縮にならないようにするけれども、ある程度拘縮したら、拘縮をどのぐらいとるとか、そういったように前もって決めることもできるし、その間アイシングしたり電療は何を使ったりというようなことを、一般的に表につくって提示する方法もあるかと思っています。

○本多 それほどの段階でやれますか。

○諸星 骨折の場合は最初にできます。捻挫の場合は、確かに正直言って、部位はわかっても、捻挫じゃないかもしれないというのもあるので、初めは一応診ます。一応問診も検査も全部して、ちょっと難しいなというのは様子を見ます。それから傷病名を決めます。そして、それから計画を立てます。

○本多 確定診断をどの時点でとるかということなんですよ。先生方の中でも診断権がないとか、また難しい話をしていますけれども、そんな話をする必要はないんです。確定診断をいつされますか。この症状はこれが原因でこうだと確定していく、この確定診断がどの時点で普通はとれますかという、初診時じゃとれませんよね。大体数回来て、患者さんの症状とか生活実態とかいろいろなことを把握して、多分この方針で治療すれば間違いないだろう。

そういう意味で、確定的な診断をする時期をもって計画書をつくってもら。それを保険者に提出する。そしてさっき諸星さんが言うように、こういう内容の治療をやって、大体何カ月ぐらいで、頻度は何回で治療が進んでいくだろう。こういう治療計画を出してほしいというのが、今度の私どもが考えている案なんですね。これができないなら専門家としては失格ですよというふうに判断しております。

そういう計画治療を取り入れようというんですが、これについてフロアから何か。それはちょっとまずいとか、ぐあい悪いとか、大賛成だとか、いろいろ意見が飛ぶと思いますが、いかがでしょうか。

○フロア5（川瀬） 済みません、それは非常にやりたいことなんですが、金額的に言って、そこまでやったら、やったらという表現はおかしいですね。上げてください、保険者に。そうすれば、もっと時間をとってやれるはずですよ。

○フロア13（石塚） 僕は、今のお話とはちょっと違う、反対意見じゃないんですけど。

もしこれをやるとすると、ある程度柔整師はこの捻挫に対してどれぐらいの期間でみんな治しているよという統計みたいなものが出てしまうんじゃないかと思うんです。それは保険者側としてはすごくいい材料というか、そういうものにはなるかもしれないんですけども、現場では症状によって、患者さんの年齢もあるし、状態にもよるし、差がどんどん出てくると思うんですよ。それを一律で平均とられて、これぐらいの捻挫だったらこれぐらいじゃないかと言われる可能性はあるんじゃないでしょうか。

○本多 今二つの問題がありましたね。計画治療はいいですよ、趣旨としてはわかります。しかし、それには相当な手間暇がかかって、ペイしないですよ。なぜ手間暇がかかるか。書くこ

とですよ。実際やっているんですから、そのこと自身はお金がかかるわけじゃないですね。それを請求書に落とすことで相当時間をとりますよ。それはどこかで計算を合わせてくださいよということだと思う。

これは課題がいろいろあると思います。もちろん保険者にも幾分かの負担をお願いしますと言ってもいいと思うんですが、その前に、コンピュータ時代ですから、いろいろなやり方でできないことはないとは私は踏んでいるんですね。これからコンピュータ関係のソフト関係をつくってもらつつもりでいますけれども、そういう方法でやれば、そうご負担をかけることはないだろうと思っております。

もう一つ、実は非常に大事なことなんですが、J Bと私を中心になって、もちろん柔整師の方に入ってもらっていますが、どのくらいの治療期間が必要なのかということについて統計をとっています。ばらばらです。物の見事に、残念ながらばらばらですね。これを保険者に出したら、保険者は不信感の塊をまたつくってしまうんじゃないかというくらいばらばらです。これは請求するがための形で作るものだから。施術のためにつくっているんじゃないですね。請求するためにつくっていますから、非常にばらばらなものが出てきます。これはやっぱり反省材料になっております。

あくまでも平均値というのは定型ですから、普通は、50歳の男性でこういう仕事をしている人は大体どのくらいと出てきますね。それでもなお、この人はもっと重篤だという場合は、それを書けばいいんです。こういう理由だと書けばいいんですね。そこをきちっとやっていけば、定型が思わぬ弊害にはならないので、そこをきちっと押さえていきましょう。

時間がありませんので、先に進みます。

そんな中で一番話題になっているのが長期施術なんです。非常に長い施術が行われるということが、今この料金のいろいろなところでも問題になっておりますけれども、この長期治療についての規制をどのように変えたらいいかということがあるんですね。

現行では長期理由を書きなさいとか、いろいろ言っております。それだけで果たして保険者のほうは安心できるかという、私は安心できないと思います。理由なんて幾らでも考えられるし、細かい理由を書けと言えば書けるだろうし、なかなかこれも折り合いがつきにくい。

長期治療についても、どういう方法がいいかというのは一つの大きなテーマになっております。誰かここについてアイデアありますか。

私どもの基準では、もう頭から切ってしまいます。何カ月以上はやってはいけません。その後は自由診療でやりなさい。こういう形で、これはもう機械的に当てはめるしかないという割り

切り方をしないと難しいと考えております。

これは結論だけでお話を申しました。

今度は多部位です。部位が非常に多いということです。ここが非常に難しいところでございます、二つあるんですよ。請求するための部位数と治療するための部位数と、どうも使い分けしているように私には見えるんです。そういう使い分けは邪道です。施術した全部の部位を出してほしいんです。そして、そのうちのこの部分は療養費として請求しますよ。療養費として請求しなくなったら自由診療でやりなさい。療養費で一部請求して、あと残った部位を自由診療、そういう意味じゃありませんよ。自由診療でやるなら、全部自由診療でやりなさいよ。療養費でやるんだったら、その部分はカットになってもしょうがない。でも治療はやりなさいよ。こういうことになります。

療養費としての部位制限はきちっとやっていきます。しかし、施術としての部位はきちっと上げておいて、保険者にわかるようにしておいて。なぜそれを私が言うかということ、先生方の中には、非常に悪い言葉を使えば部位転がし、いい言葉を使えば部位変更というのがあるんですね。本当に真正な部位変更なのか、請求するがための部位転がしなのかということがはっきりわからないので、請求の中でわかるようにしたいんです。

それにはどの部位まで治療したかを初めから保険者にわからせる。そうすると、2部位で、あとはうちは請求していませんよ。だから、2部位のうちの1部位が治ったから、今請求していない部位を今度請求します。はっきり出せばいいんです。これを嫌と言う保険者はいませんよ。そうじゃない請求の仕方をするから、保険者は出さないと。私はそう理解しているんですね。だから、きちんと施術している部位は出してもらいたい。

この点について何かご意見ありますか。全部施術する部位を最初に出して、請求にあたって全部明らかにしなさい。それがなかった場合はだめです。

○フロア5（川瀬） 請求用紙に人体図を入れていただいて、これだけやっているけれども、これだけの請求ですよというふうにしていただければ簡単だと思います。

○本多 そうですね。よくレセプトにそんなに書き切れないと言うんです。そしたら追加すればいいじゃないですか。別の紙に書けばいいじゃないですか。レセプトのせいにはしないでください。書けばいいんですから、これだけ治療していますと。その治療を全部書いてください。書かなかった人は途中で変更できませんよ。ただし、治療中に自転車で倒れたとかは別の原因だから、それは別にしなさい。それはきちっと書きなさい。それも明らかな外傷と書き入れますよ。こういうふう限定していくのが私どもの提案の一つであります。

その点について、まだほかにご意見ありますか。

○フロア 15 (丹菊) 個人でやっている丹菊と申します。

ちょっと話がずれますが、交通事故のときに、実際整形さんにかかられた上で5部位あったんですね。そのとおりに施術をしました。ところが、保険者からは3部位にしろと請求が来るんですよ。正直に書いても、現状そういうことが起き得ることについてはどうなのでしょう。

○本多 大変悔しい話ですよ、鑑別に精通していれば。その場合、近接部位なのかどうかということも判断の基準に入ってきますよ。全部やったから全部料金になるわけじゃない。近接部位かどうかということも一つの判断基準と、多分自賠責のほうで考えていると思うんですね。

もう一つは、非常に難しいんですよ。一番最初にドクターのところに行った。ドクターが一番最初だから、傷病名を二つ三つしか書かなかった。ところが、家に帰ってから痛みがどんどん激しくなって、接骨院に行ったら傷病名が増えた。最初の外科では傷病名もついてなかったら、君たちの傷病名は認めないよと、こういうことを自賠責の保険者は時々やるんですね。最初のときは緊急ですから、患者さんも痛みがわからないんですよ。2日、3日たってくると、あちこちが痛くなってくるんですね。そのときの捉え方が非常に難しい。

患者さんがずっと柔整師じゃなくて整形外科に行ってくれればいいんですけども、遠いとか、あるいは不親切だとか、いろいろな原因で柔整師に行ったら傷病名が増えてしまった。こういう取り扱いもあるんですね。この辺は大変難しいんですけども、今は柔道整復師に対する社会的信頼が非常に低いですから、あなたのようなしっぺ返しを食っている、こう思っているんです。

○フロア 15 (丹菊) 途中で柔整師が疾病部位を増やした場合じゃなくて、整形の先生があらかじめ5部位ぐらいで診断した上で、こちらと同じように書いている場合でも減らされるという事実が今回起きたわけです。その点についてはどのようにお考えでしょうか。

○本多 具体的なケースはわかりませんからね。どんな整形で、どんな治療をされたかわかりませんが、それは因果関係の問題で絡んでくる可能性があるんです。この事故からそんな症状は、そんな治療は必要なかったということをやられる可能性はある。

それから、柔道整復師の治療とドクターの治療は若干因果関係の上で判断が違ってきますから、そういうことでけられているのかもしれない。これは具体的ケースを見なきゃわかりませんが、そういうことはあり得ます。

しかし、総体的に言うと、柔道整復師に対する社会的支持率が低いものだから、先生のような悲劇が起きてくることは間違いない。そういうことはやめてもらいたい、そういう評価を上

げてもらいたいという意味でこういう改革をしておりますので、そういうふうに理解してください。

さて、この部位変更、部位転がしということについて、極めて厳しく対応しなきゃいけないわけでございます。これが柔整師の全体の信用を大きく下落させていることは間違いない。これを組織的、機械的にやっている柔道整復師もあるんです、見させてもらおうとね。今コンピュータがありますから、わかるんですよ。書いている人は、わからないと思って書いているけれども、我々JBでは全部コンピュータでざっと流しますから、これは危ないというのはすぐわかるんです。

そういう意味で、最初にやった施術の部位は全て出してもらって、そのうちの一部を請求していますよ。あとの請求は療養費として認められないから請求していませんよ。はっきりと情報を流す。そうすることによって支払い者側は、こういう疾患か、こういう大きなけがだったのかということがよくわかってきます。その中で一つが治ったら次にいく。

そこで非常に大事なことがあるんですね。ただ傷病名を羅列すればいいというもんじゃなくて、どれが主訴であって、どれが派生痛なのか、どういう関連痛なのかということ、ある程度の先生方はつけるでしょう。これが主訴ですよ、これは関連痛で、あるいはかばったほうの痛みですよ。そういうようにもし序列がつけられなかったらやめてほしい、柔整師を。これはつけられなければおかしいですから、けがを専門としている先生方ならこれはつけていただきたい。そうすることによって、主訴が治っても派生的な痛みがまだ残っているようだから、それは長い期間かかるわけがないんだから、支払い者側もはっきりと把握できる。治療内容がはっきり把握できる。こういうことになって、きれいな請求書ができて、それで払わなかったら裁判を起こせばいいです。必ず勝てますよと私は思っています。

だから、そういうことをきちんとやられたらどうですかということで、これが部位変更です。部位転がしは絶対やめてほしいということで、この中では非常に強くうたってやっていきたいと思っております。

【審査情報について】

次は、審査情報についてお話を聞かせてください。

今、皆さんのところではA4の請求書だけですよ。それで審査ができると思っていないでしょう。どうですか。だから不正請求しやすいんですよ。だって、審査情報が少ないから、いかげんに書いたってわからないとみんな思っている。ですから、やはり審査についても、審査情報を増やす。増やすためにどうしたらいいですか。あのレセプトだけでは無理ですよ。あ

れで適正か不適正かなんて判断しようとしたら、神の技しかできません。どうしたらいいと思いますか。

早津さん、どう思いますか。審査情報を増やすためにはどうしたらいいですか。保険者さんに審査情報を増やすにはどうしたらいいですか。

○早津 やはり現行のレセプトを変えて、内容的な意味でそこに盛り込めるような形のレセプトにしないといけないと思います。現状では、3症以上の受傷原因、長期に至っては3カ月以上たった場合の長期理由と、どうして長期になっているのということを書く程度です。あと受傷日ですか。今は変わりました、いつ来たかという日にちは入れるようになっていますけれども、その程度しかわかりません。

○本多 私は予診票を出してもらいたいです。予診票は患者さんが書きます。それを出してください。それをレセプトにつけてください。施術録はいいですから、とりあえずは。疑義があったら施術録を出してもらいますけれども、まずは予診票を出してもらおう。患者さんのメッセージはこれですから、被保険者のメッセージはこれですから、予診票を書かない施術ってあり得ない。予診票を全部出して、コピーをとって請求書と一緒にあわせて申請しましょう。そうしたら被保険者が保険でやってくださいという文書です。これを励行したいというのが、この審査基準の一つの情報を増やしています。

【患者照会について】

それから、これに関連して患者照会についてお話をしていきたいと思います。

患者照会を受けたという患者さんを抱えている経験のある方——（挙手なし）——誰もいない。本当。誰もいないの。患者照会を受けた患者さんが自分の中におられるという方。

○フロア 16 委託の団体。

○本多 団体も患者照会するでしょう。

○フロア 16 違う違う。保険者がストレートじゃなく、そこから回ってきている。

○本多 今、患者照会は花盛りですよ。ほとんど患者照会は大騒ぎでやっていますよね。それについての感想をまず聞かせてほしい。患者照会をどう思います。

○フロア 13（石塚） 患者照会に関しては、先ほど小池先生の前半の講義でもあったんですけども、厚労省の正しいかかり方という文書がそのまま保険者のアンケートみたいなのに書かれていればいいんですけども、被保険者の患者さんのところに来る「接骨院の正しいかかり方」というのは、すごくニュアンスをねじ曲げられた表現で、いかにも接骨院にかかったらめですよということが書かれていることが多いと思うんです。

患者さんに出される実際のアンケートの内容に関しても、「いつけがをしましたか」というチェック項目があるんですけども、スタートの時点で1カ月前とあるんですよ。そんなことはあり得ないことで、その1カ月前、2カ月前、あとそれ以上、そのほかというような項目になっていますね。僕らは急性期しか扱えないので、その時点でチェックをかけられると、患者さんもほかに行きようがないとか、接骨院に行けないような状態になってしまうので、そのアンケートの内容自体も保険者側で統一してもらおうとか、もうちょっと正しい表現にしろもらおうとかいうことをやってもらえるとありがたいなと思います。

○本多 ほかにありますか。患者照会で私はこういうことで苦勞していますよという方。

○フロア5（川瀬） そのかかり方というパンフレットの中に柔道整復師の顔が出てくるんですね。いかにも悪人のような感じの絵であるんですよ。これは何とかやめてほしい。お医者さんのパンフレットは、本当に人のよさそうな絵が描いてあるんですね。柔整師だってこんなひどい顔した人はいないぞと。何か、かかるなど言わんばかりに書いてあるんです。

○本多 ほかにどうぞ。

○フロア11 私ども患者照会を外部委託で持ってくる患者さんは、文書を見ると、みんな悪意を感じるんですよ。どう考えても患者さんに行くなということを誘導させていると。

あと、今回出てきていないんですけども、急性、亜急性が認められて、教科書に載っている反復性、亜急性のものに関して一切述べられてなくて抹殺されていますよね。それもかなりの問題だと思います。厚労省は学校の教科書を監修して、亜急性という言葉を使っているわけなのに、外部委託に関しては亜急性という言葉は一切使ってなくて、あたかも時期のような形でごまかしているというようなことを私は感じます。

○本多 ほかに。

○フロア14（馬淵） 1カ所、1日でも来ます。悪意です、これ。と思いますし、実際問題、怪しいところを標的してくれればいいんですが、1日しか来てない、しかも1カ所しか治療していないのに来ると。当然患者さんは自分で書いて、何カ月か前のことをちょっと覚えてないなど適当に書いてしまって返戻になるというケースが多々あります。非常に迷惑をこうむっているところですよ。

○本多 ほかに。実際の感想でもいいですけど。

なければ、まとめますね。

まず、エチケット違反。エチケットがない患者照会、さっき言った絵か写真か何かわからないけれども、そういうエチケット違反の方もおられる。もう一つは、照会の内容が、患者さん

が書き切れないというのがあります。照会の内容がわからない。それから、初めから否定的な書き方をする。それからもう一つは、患者さんがかかってから3カ月後に、レセプトが上がってしばらくたってから来る。患者さんは、忘れちゃうんですね。ですから書けない。

書けないからどうする。二つあると思うんです。いいかげんに書くか、柔整師のところに行って、「先生、どうしたらいいんですか」と聞いて書く。聞いて書くと通報だと、今度は保険者のほうから文句を言ってくる。こういう環境に患者照会はあるんですよ。ここをきちっと、お互い共通の認識にしたいと思います。

まずは、悪党みたいな絵を描かれて、否定的なことを書けば、患者さんと柔整師の間には完全に亀裂を生じますよね。そういうエチケット違反はまずやめましょうということを、きちっと業界でインフォメーションを流さなきゃいけない。誰もこの業界でやった人いませんよ。エチケット違反はやめましょうよ。ちゃんとルールに従ってやりましょう。患者照会は法的な根拠がありますから、これをやっちゃいけないと言うのはだめです。これは保険者の一つの権限でもあるし、責任でもある。だから患者照会はこれからもどんどん増えるでしょう。これをやめろと言うのは法律の根拠に違反するんです。だから、これからもどんどん続けていくだろうし、私は続けてもいいと思うんです。そういう悪い人がいっぱいいるなら、それはそれでいいと思うんです。問題はエチケットですよ。

それからもう一つは、基準が曖昧なことです。曖昧な上にのっかった患者照会だから、余計わけがわからない患者照会になってしまうんですね。それで患者さん自身が、被保険者がどう書いていいかわからなくなって柔整師にかかる。柔整師にかかって、通報して、共謀して患者照会に答えている。信用できない、こういう悪循環が繰り返されていくのではないか。ここを改善したいというのが、私どもの審査基準の中で提言している方向です。

でも、これは制限はできません。患者照会はやりましょう、徹底的にやりましょう、やっってください。それに耐えられる柔整師しか残っていきませんよ、残れませんよ。あとの人は退場してもらいましょう。

【委任状への署名について】

さて、もう一つ、一番大事なことがあります。最近の通達でも出てきましたけれども、レセプトに署名捺印の欄があります。署名捺印については、架空請求を防止する意味でも、署名はきちっと被保険者さんに、あるいは患者さんに書いてもらいなさいと言っていますね。これは直筆で書いてもらいなさい。これは架空請求を防止するには、委任である以上やむを得ないというか、当然の話です。

問題は白紙委任なんです。何も治療内容を書いていない。レセプトに先にお書きください。なぜかという、患者が途中から来なくなるかもしれない。そうすると請求のしようがないじゃないですか。だから最初に書いてもらいます。それは白紙委任で、通達によると、中身、治療内容も全部確認しない、金額も確認しない、そういう署名捺印はしてはいけませんという指導を一方ではしております。でも現場は、なかなかそうはいかない。途中で治療に来なくなった人がいる。この二つの要素をどうやって調整していくかというのが非常に難しい問題があります。この話は全然業界で議論していないんです。この業界の人たちは、悪いけど。現場では中止になった場合どうするんだという話を厚生労働省となぜしないんですか。その場合の対策はどうしたらいいんですかと。柔整師だけが悪いんじゃないんですよね。来ない患者さんもあるということですよ、中止、治療途中で。その救済をどうするかという問題が一つありますね。

これについても私どもの今度の基準の中で出しております。それには明細書を出しなさい、患者さんの。領収書じゃないですよ、治療明細書です。領収書とは別個につくってもらいます。治療明細書をつくってほしい。あなたに今日こういう治療をしましたよ。あるいはまとめて書いてもいいですよ。そうして写しをとっておきます。必ず明細書を受領しましたというサインを患者さんに書いてもらう。それは白紙委任でも十分内容を確認できるはずですから、そういうきめ細かいこともおやりになるようにというのを今度の審査基準の中には出しておきました。

この点については皆さんどうお考えでしょうか。

○フロア6（平井） 毎回それを出すんですか。今現在うちの場合ですと、領収書と予診票と指示書の三つがセットになって、患者さんに書いてもらったり、こちらから領収書を出したりしています。それを毎回治療に来るたびに「今度はこういう治療をしました。サインもらいます」というのを実際にやるとすると、患者さんの数を診ることは全然不可能になると思います。

○本多 原則としては、僕は明細書を出してほしい。今先生がおっしゃったように予診票をつくったり、患者さんが出す情報を捉えて、それを患者さんに渡してあれば、それはもう治療内容がはっきりわかっている。要するに、治療内容を患者さんにわからせる、被保険者にわからせなきゃいけませんね。幾らかかったかわからなくてもいいです。そういう意味では領収書があって、予診票があれば、普通の患者さんなら、こういう治療を受けたとわかります。

そうじゃない、予診票も出さなければ、領収書もただ一部負担金と書いてある。その一部負担金も、わけのわからない一部負担金と書いてあるんですね。そんなのは領収書にも何もならない。だから、それなら治療内容の明細書を出して欲しい。これは大した手間暇になるわけじ

やないでしょう。今ちゃんとこういうコンピュータができていわけだから、それでちゃんと書いてもらいます。

柔整師の治療って、そんなに多様なものじゃないでしょう。固定するか、温罨法するか、冷罨法するか、マッサージするか。ある程度治療内容は固まっているじゃない。だから、書けないことはないですよ。難しく医者みたいにいろいろなことを書かなきゃいけないことはないはずだと僕は思っていますね。もちろんそういう治療もあるかもしれませんよ。そういうことをきちっと書いてくれれば、保険者も安心して払う。うちの被保険者はこういう治療を受けさせてもらって大変助かったと、ありがたいとお金を払ってくれるはずですよ。

○フロア6（平井） 明細書なんですけれども、領収書は費用は一切もらいません。明細書の発行は幾ばくか、金額は決めてないんですけれども、希望があれば発行するときに発行料をもらえるという話は聞いています。ただ、うちは明細書を一度も出したことないですから金額も決めていませんけれども、例えば50円なら50円、発行料として毎回余分に患者さんからもらうというのは、とてもじゃないですけれども、大変なことだと思います。

○本多 私は明細書にお金を払うというのがよくわからないんですよ。だって、自分のやったことを出すのに何でお金がかかるのって僕は思うんですよ。私だって、弁護士だって明細を書きますよ。だけど、明細書代なんて。これはもう領収書と同じですよ。それを有料化したことを疑問に思っています。

自分がやった施術内容を被保険者にお知らせするのに、何で金かけなきゃいけないんですか、何で金をもらわなきゃいけませんか。当たり前のことじゃないですか。常識じゃないですか。それが委任契約ですよ。委任というのは、治療契約ですよ。多分民法に規定がありますよ。受任事項について報告義務があると書いてある。あなたの治療はこういう治療で、こうやって今現在こうなっていますよと。そういう顛末を報告しなきゃいけません。

だから、それを有料化しているという、その感覚が僕はわからないんですけども、何か有料化になっているんですね。ばかな話だなと僕は思っていますよ。領収書とそんな変わらないはずで、そんな手間暇がかかるものじゃないと。それよりも、さっき言ったように単価を上げてくれたほうが、はるかに近代的な治療ができるはずですよ。そんなところに金をかける必要はないと僕は思っています。

とにかくそういうことで、この明細書をきちっと出すことによって、被保険者に、自分がどんな治療を受けて、どんなことになったのかということをお知らせする。それを請求書ということになれば白紙委任でも構わないと思います。

○フロア9（伊藤） 先ほどの署名部分ですね。白紙署名というところで、そういう証左はあるんですけども、いろいろ考えて、うちは苦し紛れなのかもしれないですけども、初診のときに患者さんに「注意していただきたいこと」ということでお渡ししているんですね。その中に当月の施術内容は翌月の1日から7日までは閲覧することができますということで、必ず患者さんにはお渡しするようにしていて、それで自分の内容を見たい方は来ていただく。それで来なければ、それを拒否したというか、必要ないものとして処理して出しているんですけども、それはやはり苦しいですか。

○本多 苦しいですね。やっぱり払うのは被保険者じゃなくて保険者ですからね。保険者にお金を払うときも、こういう治療をしたということがわかってもらえたほうがいいんじゃないですかね。

○フロア7（吉田） 先ほどから保険者、保険者とおっしゃっていますけれども、患者様の目線から見てないんじゃないかと思います。私もきちんとパソコンに入れて、毎回明細書を出すようにしていますけれども、それをやってしまうと5分とか、すごく時間がかかってしまって、患者様から「遅いわ」「面倒くさいわ」「早くして。私忙しいんだから」って結構言われることがあるので、もう少し患者様の目線に立った議論をしたほうがいいんじゃないかなと思います。

○フロア13（石塚） 僕も明細書を毎回出すというのは、面倒くさくて反対の意見なんですけれども、先ほど予診票という話があったじゃないですか。もし予診票というものをやるとしたら、その時点で患者さんに、あなたはこういう状態だから、どれぐらいの日数かかるよ、どれぐらいの費用がかかるよというのを事前に患者さんに書いてもらって、治癒予定じゃないですけども、そういうものも記入して、それを保険者に送るのはどうでしょうか。

○本多 いい方法だと思います。私が言いたいのは、明細書にこだわっているわけじゃなくて、治療内容がわかるようなのを、例えば白紙委任でも構わないじゃないですか。絶対白紙委任がだめだというかたくなな保険者もおられるけれども、それはちょっとやり過ぎであって、治療内容と治療金額は、被保険者あるいは保険者がわかるような形でできればいいんじゃないですか。そういう一つの手段として明細書の提出をお願いするということでございますから、これにこだわっているわけじゃありません。

総括して言いますと、今までのような柔道整復師の診療基準では、とても現実に合っていないし、皆さんのところでもなかなか難しい。そのことにつかた上で不正請求だ、不当請求だ、違約請求だとやるから、何か犯罪者をつくっちゃっているように思うわけですけども、もう少しこれを見やすいものにする。

そもそも療養費というのは現金給付なんですね。それにもかかわらず保険給付と同じように、現物給付と同じように取り扱ってみようというのが、この制度なんですね。したがって、初めから窓口で、あなたの治療は、これからやる施術は療養費の適用を受けられますよ、受けられませんよということがはっきりわかるように基準をつくらなければいけません。後からだめだったとか、よかったとかいうような博打的なことはやめて、初めから、あなたの治療は療養費として請求できませんから自由診療で受託してもらいますけれども、いかがですか。あなたの場合はできますというような形でわかるような基準を明確にしてくれれば、今の混乱は相当回避できるだろうと思います。

そういう意味で基準を明確化して、それを周知徹底する。そしてそれを保険者、被保険者に必ず通知する。こういう基準でこうなんだよということがはっきりわかれば、被保険者も、この疾患では柔整師に行けないということになるかと思うんですね。

質問があるようですけども、時間がないので割愛させていただきます。

そういう意味でこの療養費審査基準を私どもは公開し、事前にわかりやすく具体的なものをつくりたいというのが一つの狙いであります。そうすることによって窓口で、要するに施術の窓口で療養費かどうかははっきり分ける。

それでも患者さんがうそをつく場合があります。患者さんがごまかす場合もあります。医者にかかっているのに、かかっていないと言ってみたり、あるいはかかっているかいないかはっきり回答しなくて、併療になって支払がされない。あるいはもっとひどいのは資格喪失になっているのがあります。慰安行為みたいなものを保険でやらせるために、いかにも大げさに「痛い、痛い」と言ってみたり。柔整師ばかりじゃなく、患者さんの中にも結構いいかげんな方がおられる。そういう人に対して、施術者は領収書に、この療養費で支給できなかつたら、あなたに現金請求しますよ。これを書いてほしいんです。

だって初めから患者さんは療養費の治療を受けに行っているわけだから、あなたが訴えるような症状だとなるけれども、そうじゃなかった場合、例えば医者にかかっていたとか、あるいはその症状が全然違ったことになったとか、そういうことがわかった場合には、被保険者さん、患者さん自身に直接療養費と同額の請求をしますよ。こういうのを書きなさい。これはうちの審査基準です。そうすることによってもっときれいな治療ができるようにしてはどうですかというのが、この提案でございます。

まだまだ研究しなきゃいけないことがいっぱいありますけれども、約2年半かかって、この勉強会をやってきました。ここら辺でそろそろ実施に移りたいと思います。どうしても実施を

したい。6月6日の総括会議で、保険者様にも来てもらって、できれば了解をいただいて、今の基準で、多少手直しが入るかもしれませんが、それを基準にして、正しい間違いのない請求ができる環境をつくった上で、この制度を実施していきたいと考えております。

私の話はそれで終わりますけれども、時間切れで途中でカットして済みませんけれども、よろしゅうございますか。(拍手)

○八島 先生方、本日はどうもありがとうございました。

いま一度、皆様、盛大な拍手をお願いいたします。(拍手)

本日は、これにて第2回「上手・適正な保険請求の為のセミナー」を終了いたします。

準備が至らない点が多々あったかと思いますが、無事終了することができました。皆様のご協力、どうもありがとうございます。

なお、お帰りの際は、アンケート用紙が入っております。次回のセミナーをよりよく持っていくためにも、ぜひ皆様のご意見を頂戴したいと思います。最後にアンケート用紙を受付に置いてご帰宅いただきたいと思います。

本日はどうもありがとうございました。

以上