

柔道整復施術ガイドライン作成にあたって(幹事会)

平成25年12月8日(日)

11:00～13:30

“患者と柔整師の会”

於：柔道整復師センター4F 会議室

○八島 ただいまから「柔道整復施術ガイドライン作成にあたって(幹事会)」を開催させていただきます。本日は、日整会員のA先生が電話参加してくれます。会議の参加者は、会員9名と事務局が4名です。

会議の趣旨を本多先生及び荒井常任理事から話していただき、A先生に電話を入れるという段取りになっておりますので、よろしくお願いします。

では、荒井先生お願いします。

○荒井座長 おはようございます。柔道整復学の構築という話はよく聞きますが、非常に壮大なテーマでなかなか動きが鈍く、柔道整復の大学がやっているのでしょうか、それぞれ各論で動いているようで、なかなか先が見えない。どの学会でも同じような状態です。もちろんそれは必須の課題であるとは思いますが、とりあえずその前に柔道整復術のガイドラインは早急に取り組まなければいけない優先課題と考えておりました。しかし、このガイドラインも同様に壮大なテーマで一体どこらあたりに着目するのか、この幹事会でどのように進めたらよいものか、本日は皆様のご意見を伺いたいと思っています。

我々が療養費の対象とするのは新鮮外傷による5負傷(骨折・脱臼・捻挫・打撲・挫傷)で、国家試験の内容にもありますから、養成校の授業でも統一した見解が確立されていると言ってよいと思います。新鮮外傷であれば統一された教育を受けているから、どこの接骨院へ行っても最低限、同じような治療を患者さんは受けられる。処置はRICEといいますが「Rest(安静)」、「Ice(冷却)」、「Compression(圧迫)」、「Elevation(挙上)」です。しかし急性ではない、急性期を経過した慢性的な軟部組織損傷、これは国家試験に出題されませんし、そうすると授業でも重きを置かなくなる。そして卒業後すぐに開業すると、勉強してきたことと現場のギャップに気付く。目の前に患者さんは来るので、とりあえず電気を当ててマッサージをする。そこから自分なりの経験則を積んでいくか、もしくは接骨院に勤めていけば、そこのやり方を踏襲していく。そのような状況の中、資格取得者が毎年5,000人を超すようになると質の低下が起こり、それにあわせ過誤も増加しています。JB会員の過誤事例を分析した結果、10年未満の開業者で全体の約70%の過誤を起こしていることがわかりました。

私が思うには、業界は経験年数がベテランから開業したての若年と縦の層があり、それぞれの治療法が横に幅広く、確立した治療法ができていないのではないかと。せめて患者さんのためにはやるべきこと、やってはいけないことなどの統一した指針があれば、少しは広がった面積も中心よりに底上げができ、患者さんのためになるのではないかと考えています。

これが一つのガイドラインの考え方でよいかと思いますが、もう一つは積極的な考え方とし

て、部位の鑑別診断ごとに分けた治療法のガイドラインをつくるか。このような二つの考え方もあると思いますが、本日の幹事会ではどういう方向で、もちろんこれ以外の案でもよいですし皆さんと議論し、どのようにこの会を進めていくのかを決めていきたいと思います。

○本多 この委員会を立ち上げるのはなぜかという、二つあります。一番直接的な原因というのは、今我々が療養費受領委任払いの基準づくりに取り組んでいます。どういう場合に療養費が支給できて、どういう場合にできないかという基準づくりをやっている。

昭和11年通知を原点として厚生労働省は動いていますが、業界は必ずしもそのような動きではない。そこに、ギャップがある。保険者から、11年はもう形骸化しているのではないですかというのが大方の考え方。これは柔整業界もそうだし、保険者のほうも大方そんなものでしょう。何かあるとすぐ昭和11年と言うけれども、実際やっているのは11年の範囲を超えているのではないですか。だから、11年については形骸化している。柔整師の施術は何ですかと聞かれて、幅があり過ぎて答えられないという事実がある。

そこで徒手整復を中心とする柔整師の施術について、見えるものをつくってみたいというのが大きな理由です。もう一つは、医療過誤防止のためには、どんな治療かということ、医療過誤を防止するためにどうしても必要なルール。その二つの観点から、このガイドラインの設定をやろうと思っています。

そうすると、当然自ずからガイドラインの設定は極めてアカデミックなことをやるわけではなくて、臨床にたえられるような何かルールづくりができるかということになる。しかも、それも大方の柔整師がそれに準拠してできるというルールであって、特殊な能力のある人とか、極めて能力の高い人しかできないなんていうのは、ここでは考えていない。およそ平均的な柔整師だったら誰でもこの程度はやってもらわなきゃ困るとか、あるいはやるべきだという議論に持っていきたい。

そう思って、実はこのガイドラインの委員会をつくった。今日は委員会じゃなくて幹事会なんです。今日やってもらうテーマは、どういう方法で、どういう枠組みで、方向性でガイドラインをつくったらいいかということ、ディスカッションしてもらうのが一つ。もう一つは、それをどういう形で広げていったらいいか。ガイドラインだけつくって「はい」というわけにいかない。これをみんなで使ってもらわなくてはいけない。実効性・実用性のあるクオリティカルなものをつくらなければいけないということになると、どういうふうにしたらいいのかというのをあわせて議論したいんです。

大体来年の6月頃までには世に発表できるところまでガイドラインをつくりたいと考えてお

ります。はっきりしているのは、我々が一番悩んでいるところのグレーゾーン的治疗についてターゲットを絞って、ここでは慢性期治療という言葉を使っていますが、これだけです。だから、外傷性、明白な外傷については入れません。曖昧模糊としたところの治療ガイドラインを、施術ガイドラインを設定することがまず肝であるということです。

もう一つは、ここでは基本的に多数決で決めることはしません。ガイドラインというのはそういう性格のものではないと思います。賛成、反対みたいな議論ではなくて、できるだけみんなが相談し合って、共通認識を持って集約的につくってもらいたいですが、どうしても意見が分かれる場合があるかと思います。それはそれで定義して、幾つかの施術を併用しても構わないが、できるだけ議論を詰めて、そして形をつくってもらいたいと思っています。

今日はA先生に入ってもらいますが、次は他にも入ってもらう人もいまして、先生方の中で、会員ももちろんいいんですが、JBの会員以外でもこういう方がこういうことについては関心が強いのではないか、あるいは参加して頂いたほうがいいのではないかという人がもしいたら推薦してもらって、なるべく委員会は電話会議を使って遠隔地でもみんなが参加できるようにして、できるだけ業界の共通のルールをつくりたいと思います。いろいろな方を入れてもらっていいと思います。そして、そのためにディスカッションルールはつくらないといけません。それも今日この幹事会で議論をしてみたい。こういう枠組みでやりましょうという議論をしてみたいと思っています。

今私が言ったように、柔整師は慢性期に入った負傷した人に対し、どんな治療をするか。いろいろなやり方があって、鍼灸の資格を持っている先生方は鍼灸に割とウエートを置いてやる方もおられると思いますし、また整体というか、そういう技術を使っている方も、カイロを使っている方も、柔整師の先生がいろいろなものを取り込んでいますが、そのこと自身は否定してはいけないと私は思っていて、そういうこともあるので、それとの隣接する領域の分担というか、分け方が多分あると思います。こういうときには鍼灸を使う、あるいは徒手整復はちょっと抑えたほうがいい。あるいは逆にできるだけ手技療法を用いたほうがいい、いろいろあると思います。多角的に議論を交わしたほうがよろしい。我々の施術が正しくて、鍼灸が間違っているとか、整体は間違っている、そういうかたくなな議論はここではやらない。それは個人の見解としてはあり得るでしょうが、集団としての見解ではあり得ない。

そういう意味で、できるだけ幅広い知識で通用する長い、汎用性の高いガイドラインをつくっていきたいと考えております。

○荒井座長 それでは私の左からメンバーの自己紹介をお願いします。

○菅俣 JB会員の菅俣と申します。いわゆる一般的な診療を中心にやっておりますので、どこまで協力できるかわかりませんが、微力ながら頑張りたいと思います。よろしくお願いいたします。

○五十嵐 JB会員の五十嵐と申します。今、学校の教員を務めながら学生の動きを見ているんですが、なかなか現場に出ても外傷にそぐわないところが多くて、実際にニーズが高いのは慢性疾患で、どれだけ慢性疾患に対して治療ができるかというところを目指したいと思いますので、よろしくお願いいたします。

○小林 JBの2階の接骨医療臨床研修所のJB接骨院の小林と申します。よろしくお願いいたします。

○諸星 JBの保険部長をしております諸星と申します。A先生の論文等、柔整の歴史だとか保険に関するものですね、以前にも読ませていただいたこともあります。今日はどうぞいろいろとご指導いただければ嬉しいと思います。よろしくお願いいたします。

○森島 JB会員の森島輝夫です。よろしくお願いいたします。

○綴 JB会員の綴新吾と申します。よろしくお願いいたします。

○八島 事務局の八島です。よろしくどうぞ。

○本多 本多でございます。参加しておりますので、今日は先生方のご意見を聞きたいと思っております。13時まででございますので、ちょっとおつき合ください。

○荒井座長 本日は速記録をとりますので、皆様よろしくお願い致します。

この幹事会の進め方で、ガイドラインをつくるに当たってマクロ的に最低限こういうことはやりましょう、またこういうことはやめましょうという消極的な方法、もしくは慢性疾患やグレーゾーンも含めて、治療法を事細かく積極的に指針としてつくっていくか、という2通りの方法があるのではということから、話を始めたいと思いますが、どういう方向でやるかこの2通りだけではなく、もっとほかの方法でもよいですが、A先生もしご意見があればいかがでしょうか。

○A 基本的に私たちがどういうふうに社会貢献していけるのかということが核になるんです。ですから、最終的にはそういうことを決めていかないといけないと思います。

○荒井座長 他の方、どうですか。積極的な方法と消極的な方法の2通りで進めていくか、もしくは他にもどうですか。意見があれば、どうぞ森島先生。

○森島 本会のガイドラインというのはあったんですが、各論というのは確実に難しいです。禁忌、これをやってはいけないというだけ。できるかできないか。それについてはやっていい

ものと悪いものだけをガイドラインで分けるしかありません。だって、治療の技術なんて千差万別ですから。これはなかなか難しいですけど、僕はマクロのほうはエビデンスになり得ると思います。

この間、日大の心臓内科の先生に聞いたのですが、満足度テストをすればいいんではないかと言っていました。接骨院に行って、あなたは治療を受けて満足しましたか、しませんでしたかというのは、2,000人集めて、それが「満足しました」に傾いていれば、これは完全な証拠になります。あなたたちの治療法が基本的に効果があるということが見えますと言われたんです。だから、各論というのは難しいかもしれませんが、満足度はできるはずなんです。

それと、治療が効いたなと思う時間は半日ですか、3時間ですか、1日ですかというものをやれば、何かしらの技術で接骨院は患者さんを満足させて、日常生活を向上させていると、QOLを上げているんだという、それは確実な証拠になると聞いて、各論は難しいと思いましたが、マクロはできると思いました。

○荒井座長 そのようなことで、整形外科医の文書を読んだことありますが、柔整師に患者が流れていると。その理由は今おっしゃったように患者のADL、QOLも上がり、満足度も高いという話は整形外科医のアンケート調査の中にもあったようです。

○森島 その先生も実際に自分の学校でやっているらしいです、満足度テストというのは。結構これは最初の頃によくやったと言っていて、それでその話を聞いたんです。

○荒井座長 そういう意味では社会的貢献とA先生がおっしゃっているように、柔整は国民医療の中である程度そういう位置づけがあるということですね。

○森島 それをエビデンスとして出すには、やっぱりそういう調査をして、どれだけの数字を高めて、2,000なら2,000、それでその結果がどうであったか。そうしたら、どこへ行っても胸を張って言えますと言ってくれたんです。それが証拠になりますと。

○荒井座長 まずそれはやり方として、アンケート調査ということですね、先生がおっしゃったのは。

○森島 そうです。

○荒井座長 その中からつくり上げていくということ。

○森島 そうです。だから、2,000としたら、100軒の接骨院が約20件を担当してもらおうとか、結構大変なものだと思います。

○荒井座長 JBの会員は1,200人いるから、1人1枚でも1,200は集まります。

どうですか、他の先生方ご意見あれば。

○五十嵐 この間、八島さんから予め厚生労働省のホームページを見ろと言われたときに、やっぱり厚生労働省からお願いがあるのが、エビデンスに対することが重要視されていて。A先生が言うように技術は横並びでいろいろありますが、その中でエビデンスを探していくのはとても難しく、統一したものがまず必要なかというところがあると思います。

そのエビデンスを探すのにどういうことかということ、世界的なものでこれをするによって、どれだけ痛みを抑えることができるかというものが処置の中に入っていけば、一つの施術の内容にはなってくると思います。

さっきも荒井先生が言ったとおり、ベテランの方と新人さんだったら全然違うと思います。その方たちが同じように慢性疾患にかけて、禁忌等含めて取り入れるかと思ったら、そんなことはないと思います。その辺の知識を高めるためには、ある程度の講習とか認定とか、そういったものも必要になってくるでしょうし、技術を高めるためにある程度慢性的な勉強をするような学会が必要だったり、そんなものが出せないのではないかと思います。

○荒井座長 菅侯先生、どうぞ。

○菅侯 今回この話を聞いていて、今ちょっと満足度テストというところに引っかかったんですが、柔整診療自体が本当にEBMに耐え得るデータをとれるんだろうかというのをずっと考えていて、それを考えている間にNBMという考え方に引っかかりました。

EBMで今行われている、現在行っている西洋医療というか普通の医療の中でも、EBMに適用するのは60%~90%。40%~10%はEBMに適用しないんです。それに無理やり合わせて治療しようとしているからこそ効かない患者さんが柔整のほうに流れてきているのではないかと。そうすると、今病院で行われているEBMに基づいたガイドラインの治療方針に合わない人たちが柔整に来てよくなっているということは、そこを軽んじてやっているNBM、物語、その裏にある話をしっかり聞いて、その人の気持ちを汲み取ってやる治療というのが効果があるからこそ、柔整は生き残れているのではないのか。そうすると、数値的なデータは、効果があるなしよりも、さっきの満足度調査というのを進めていくことがかなりプラスになるのではないかと感じました。

○荒井座長 ちなみに、今のNBMのNというのは。

○菅侯 ナラティブ (narrative) です。

○五十嵐 説明してもらってもいいですか、わからないですから。

○菅侯 これは医療教育情報センターのホームページから引っ張ってきたのですが、『近年、医療はEBM (Evidence-based medicine 根拠に基づいた医療) という新しい診療理念が重視さ

れるようになった。これまで行われてきた診療は、医師が有する医学的知識と経験的技術に基づいたものであるが、医師個人の経験や勘だけに頼る“独りよがりな医療”に陥る危険があった。極端なことをいえば、同じ病院、同じ診療科であっても担当医によって診療パターンが異なることも珍しくないことではなかった。

E BMは、最新の臨床研究に基づいて統計学的に有効性が証明された治療を選択することにより、より効果的な質の高い医療を提供することを目的としている。実際、E BMの考え方に基づいて、疾患ごとに診断や治療について作成された診療指針（ガイドライン）は有効であることが証明されている。

しかし、E BMは全ての患者に有効であるわけではない。その有効率は60～90%とされ、有効でない患者が40～10%存在することになる。また、根拠になるデータが十分そろっていない疾患、治療が困難な疾患、高齢者のケア、死に至る病気、あるいは精神にかかわる病気などE BMを適用できない場合もある。そのために、E BMで有効とされる医療技術を患者に応用する否かは、患者の病状や副作用を考慮し、患者の価値観や意向を取り入れ、医師の経験を生かして決めることが望ましい。

こうした考え方から、E BMを実践してきたイギリスの開業医から提唱されたのがNBM (Narrative-based Medicine) である。「ナラティブ」は「物語」と訳され、患者が対話を通じて語る病気になった理由や経緯、病気について、今どのように考えているかなどの「物語」から、医師は病気の背景や人間関係を理解し、患者の抱えている問題に対して全人的（身体的、精神・心理的、社会的）にアプローチしていこうとする臨床手法である。NBMは患者との対話と信頼関係を重視し、サイエンスとしての医学と人間同士の触れ合いのギャップを埋めることが期待されている。

サイエンスとしての医学を支えるのは客観的なデータである。最近では医療機械や検査が次々と開発されて、医師も患者もそれに頼る余り、両者の対話やスキンシップともなる診察が軽視されがちである。その結果、患者はいきなり検査を希望する。医師は検査に異常がなければ病気と考えない。そして患者の悩みや苦しみは癒されないことになる。NBMの立場からは、従来の問診と身体診察の重要性を再認識する必要がある。

E BMとNBMは対立するものではない。むしろ、互いに補完するものと言える。ちなみに、日野原重明先生は「医学というのは、知識とバイオテクノロジーを、固有の価値観を持った患者一人一人にいかに関係を適切に適切するかということである。ピアノのタッチにも似た繊細なタッチが求められる。知と技をいかに患者にタッチするかという適応の技と態度がアートである。

その意味で医師には人間性とか感性が求められる。」と述べておられる。まさにEBMとNBMはサイエンスとアートの両輪として、真に患者の満足度が高い“患者中心の医療”には不可欠なものと言える。』

そうすると、何となくこのNBMというのは、まさに柔整師が得意としている分野というか、やっていることなのではないかなと思います。それを数値に置きかえるためには満足度調査というのはすごくいい取っかかりじゃないのかなというのを感じました。

○諸星 医学と芸術とアートというのは大体彼なんかがよく使う言葉です。

さっきナラティブは40%補完できるようなことを言っていますが、そういう精神的なストレスを会話なんかでプラシーボ効果というか、薬ではないやり方もあるのですが、それだと60%回復するというか、いい方向に向かうという話もあります。そうすると、柔整にとっては持つてこいの内容じゃないかなと思いますし、さっきお医者さんが言ったやり方なんかを学会なんかで実際にやってみて発表したらいいかなとも思いました。

○菅侯 方向性として、一生懸命頑張ってEBM、EBMと言っても、今までやったものの数字に置きかえがたい。

○諸星 柔整の場合は道具が限られていますからなかなか難しい。ナラティブのほうがよっぽどいい。

○菅侯 ナラティブをそういうふうにしていくにはどうしたらいいのかなと思ったとき、さっきの満足度調査って、それはいいかもしれないなと思いました。

○荒井座長 アンケートだと質問の内容、仕方もあります。ただ満足度だけを目的にする調査ではなく、せつかくやるならばもうちょっと幅広く腰が痛い、膝が痛い、首が痛い方たちの分類も考慮すれば、どの部位の患者の満足度が高いかもわかる。アンケートでわかることは、ガイドラインの文章の「はじめ」の部分、我々はこれだけ国民から信頼されている医療だということを書くことはできても、その次のガイドライン本文までのベースとしては、どうでしょうか。

○諸星 そうすると、さっき森島さんが言った中に、満足度だけじゃなくて、効果が1日もった、半日もった。その効果に関しても、たまたま偶然というか、類似負傷に対する情報提供の中にその項目も入れてあるんです。だから、そういったものからも論文に結びつけることもできると思いました。

○荒井座長 なるほど。そのアンケートの質問内容に効果、期間などの情報もいれましょうか。

○諸星 なかなか類似負傷施術内容情報提供書の中には多くの項目が入っているので、利用で

きたらいいと思います。

○荒井座長 私も昔アンケート調査で、こういうのはどうかと思ったのは、治療したグループと治療しないグループの比較。大学では結構そのような集団をつくって比較するということができるのですが、私たち個人で開業しているから、そういう患者を被験者とするような調査はなかなかできない。できれば学会がそのような音頭取りをしてもらえると、そういう研究もできるのかなと一時思ったことありますが。

○五十嵐 アンケートで気をつけなきゃいけないのは、自分たちの周りだけでアンケートをとっているとプラスの意見しか出てこない。それは学会になるうが、どこかで発表したって相手にされない。それをどういうふうどういう割合で集めるか。

○荒井座長 レセプトを無作為に抽出はどうですか。

○五十嵐 接骨院には来ない人、例えば以前柔整で嫌な思いをした人たちがいたとしたら、その人は来院しません。レセプトが出ないです。その人たちの意見を汲み取らないと、これは満足度調査としては成立しない。

○荒井座長 A先生、いかがですか。今までアンケートの話も出ましたけれど、もし今までのところでご意見があれば。

○A ちょっと聞き取れないところもあるんですが、現実問題として、効果があるかないかということ調べることは重要だと思いますが、今一番必要だと思っているのは、保険者とか、そういったところに理解していただけるようなことをこちらが提示できるかということだと思います。

○荒井座長 ということは、私ども“患者と柔整師の会”をバックアップしていますが、患者さんの意見を今のようなアンケート結果として示すことも、理解を得る一つの方法ということですか。

○A そうしたことなんですが、むしろ今保険者が思っているのは、患者さんがどう言ったかということよりも、理屈で説明してもらいたいみたいなどころがあるのではないかと思います。

保険者は通達に沿ってやりたいということだから、その通達の中に慢性疾患という言葉が出てきているので、それをやっちゃ困るというだけの話で、実際に本当に効かないか思っているのではなくて、全体として見ると、変な言い方かもしれないけれども、やっぱり通達に沿ってやりたいということを行っているように思います。

だから、ある種、自分たちがいいということを証明することの中で、本当にいいということ証明することも当然重要なんだと思うのですが、いわゆる通達をどう解釈するかというのを

一番先にしたほうがいいんじゃないかと思っはいるんです。

○荒井座長 ただ、この幹事会の目的というのは、保険者を理解させるためのものだけでなく、現場に沿う枠組みをもったガイドラインを作りたいと考えています。

○A 結局そのことが診療内容を、自分たちがどういうことをやっているのかということが示せないで、例えば効果がどのくらいあると言ったとして、果たしてどういうふう to 他人たちが考えるのかというのがあると思うんです。だから、自分たちがどういうことをやっているということの中で、そのことに対してこういう効果がありますということが必要じゃないかなと思います。

○荒井座長 ありがとうございます。

○A ちょっとわかりにくい言い方も知れません。

○本多 私は非常にわかりやすいです、先生の話は。というのは、今おっしゃるとおりだと思います。効果というものだけで言うと、何をやってもいいのかということになってしまう。やっぱり柔整師というのは一つの徒手整復という枠があって、その中の治療師という実績があるのでしょう。だから、何をやっているのですか、どういう治療をしているのですかということを知りやすく説明するというか、開示することは大変重要なことです。

それは何かというと、徒手整復というのは、いつも隣り合わせに、慰安行為と非常に近いところに位置づけられる可能性が社会的にあるわけだから、そこをきちっと区別しておかないと、効果があれば何でもいいんだ、では、慰安行為も効果があるじゃないか、疲労回復だということになる。だから、A先生のおっしゃった柔整師は何をやっているんですかということところは押さえた上で、どういう効果がどの程度あって、その効果はどの程度持続しているのかという問題にも絡む。A先生がおっしゃるのは、私は非常に意味がわかる。

院長のほうは、実際治療をやってどうですか。

○小林 私は社会貢献というのは、やはり国民の信用だと思います。安心して受けられる信用が貢献だと思っているので、そこで私なんか、先生にいつも怒られているんですが、20名程度しか患者が来なくて、15年ぐらいなんですけど、ヒヤリ・ハットが今まで18件ぐらいあったんです。本当に危ない事例は結構あったので。柔整の教科書で教えてくれなくても、医学的にはすぐ回さなければいけない事例は結構ありましたので、この会議において医師を入れていただくというのは無理かもしれませんが、先ほど先生からお話があったように、ここは絶対やってはいけない、これだったらすぐ回しなさいとか、そういう講習会はきっちりやっていただきたい。医療過誤を起こしてしまったら、本当に信用というのはがた減りになってしまうと思うの

で、そういった講習会をきちっと行っていただきたいというのが私の感想です。

類似負傷という、若い子たちに話すと、やらせてみると何でもいいんだと思ってしまって、痛みがどこから来ているのかをおろそかにしてしまうような気があるので、そこら辺のところの講習会を徹底的にさせていただきたいと思っています。

○荒井座長 先ほどからのアンケート調査というのは、患者さんへのアンケートということで、満足度ということを森島先生からお話がありました。もう一つ、柔整師が一体どんな治療を、どんなことをやっているのか、本多先生がおっしゃったように保険者さんはよくわからないです。保険者さんの話を聞くと、レセプト1枚で一体どういうことが読み取れるのかって、保険者さんは疑問に思っています。

確かに、柔整師側も養成校で統一した教育以外、治療法はお互いどういうことをやっているのか。私の隣の菅俣先生が、どういう治療をしているのかわからないですし、森島先生がどういうことをやっているのかも知らない。そういうアンケート調査もどうでしょうか。

アンケート調査でどういう診方、取り組み方をしているのか、またはどの程度バラつきがあるのか、質問は難しくなると思いますが。

○森島 それは大事だと思います。でも半年で仕上げるんだったら、エビデンスをつくらせたら、ちょっと難し過ぎます。個別になってくると。ずっと定期的にこれから何年にもわたってやっていくのはいいと思います、継続で行うというのは。

○荒井座長 よく行政の考えで、国家資格を取れば一律だとする考え。資格をとればみな共通ということであれば、柔整の手技療法は資格という一括りでエビデンスがあると、まとめられる。

○森島 骨接ぎのいいところは徒手整復であると。これだけ徒手整復という言葉がもう存在しているわけです。それで種類は何千種類、何万種類とあるわけです。その先生の考え方で治療が始まっているわけですから。でも、徒手整復という言葉は、完璧な言葉だと僕は思っています。手でやるんだというだけ。そこがありますから、個別はもっともっと、かなり難しいんじゃないかなと思います。それは相当時間がかかるんじゃないですか。

○五十嵐 僕は気になるところがあつて。例えば鍼灸で何で保険適用のものがあるかという、その鍼灸の効果が期待できるから医師が同意を出せるというところだと思います。今度柔整がそういった慢性疾患を取り込むに当たって、医師が柔整の治療が必要だと思えば委ねることができる。そういった安全面というか、柔整の期待に対するものが確立できればいいのかなとは思っています。その効果がどのぐらいちゃんとしっかり確立できるかわからないですが、そう

いうふうになればいいかなと思います。

鍼灸だけで何項目か認められていると思います。実際に柔整の徒手整復だけでも効果は発揮できるんですけど。

○森島 でも、あれはWHOの発表ですから、結構強いですよ。WHOで、これだけ鍼灸は適応する疾患がありますというのが20か30ぐらいあるのではないですか、効果があると認められているのが。だから鍼灸のほうが、ある意味そういう画一的にデータは集めているのです。本当に骨接ぎはないんです。

○荒井座長 鍼灸の場合だと、エビデンスはどこに鍼を打った、どういうことをやったということが文章としてあるのでしょうか。

○森島 あるのではないですか。

○諸星 あるんだけど、まだ韓国と中国と日本の統一的な見解がはっきりしていません。

○荒井座長 そうですか。

○森島 ただ、WHOはこのツボはこれに効くなんては言っていません。効果があると。だから、さっき言ったのと同じで、個別では言ってないです。このツボを打ったらここにきくんだとは言わないです。鍼が何かしら。先生はどこ打ってもいいんです。だけど、これは効果ありますというのがWHOは疾患を認めているんです。

○菅俣 鍼のほうが、それこそさっきのEBMじゃないけれども、数字に置きかえやすいです。実際鍼を刺すという行為があるから。柔整の場合は、押すにしろほぐすにしろ、その人の指先三寸だから。

○本多 それは鍼灸だって同じだ。例えば鍼灸の手法にもいろいろなことがあるじゃない。

○諸星 深く刺すとか。

○本多 浅く打つとか。

○菅俣 深く刺すとか浅く刺すとかは、各行為に分けられやすいじゃないですか。

○諸星 それは全部同じところに打つのもみんな違うから、一人一人が。

○本多 今までの柔整師の治療は、僕は患者側だからよく受けるほうだけでも、この先生はいたずらに力だけでやっている、この先生はある程度状況を見ながらやっているというのが、受けるは患者はよくわかっているんです。だから、力任せにやればいいのかというものじゃない。

○菅俣 その力任せにやればいいのかというのを数字に置きかえられない。

○本多 それはこれから量的な表現をどう使うかという。柔整師は言葉が少ないんです。だから、その言葉をつくっていかなくてはいけない。鍼灸の場合は用語が多いんです。だから用語

で説明できるけれども、柔整の場合は用語が少ないです。それはエビデンスをつくるときにはちょっと注意していかなくてはいけないかなと思っています。

○森島 確か鍼灸は、その力のことを、刺す深さを、目的の深さと言うんです。自分が目的をこうしたい以上、目的の深さに刺すという考え方なんです。それもやっぱりはかれないので、そういう感じ。でも、目的の強さという言葉をとってもいいかもしれない。

○荒井座長 それは結果的に治るから、それが目的の強さ、深さだったという逆説的な言葉ですよね。

○本多 それでもいいんじゃないですか。

○諸星 でも鍼灸は季節によっても違うから。

○荒井 鍼の太さも違いますし。

○A 柔整と鍼灸の大きな違いは、柔整はどちらかという一つの疾患を治すということが仕事で、鍼灸のほうは、どちらかと言えば、治すというよりも、その鍼を打つことによってある種の症状をとるということだと思います。だから、疾患を治すということになると、ちょっと漠然としていて。それがどういった症状をとるとかじゃなくて、全体としてその疾患が軽快していった日常生活に支障がなくなっていくということをやめる職業というのと、鍼もそういうことを目的にやっていると思うのですが、一回一回の鍼自身は、どちらかという症状をとるということを目的にすることが多いものだから、データとしてはとりやすいと思う。そういった意味で柔整のほうデータがそろっていないということではあると思います。

鍼灸と柔整は根本的に、はり灸というのは手技というか、それは治療法の一つの方法に過ぎないので。柔整というのは、本当のことを言えば、もともとは鍼もお灸も使って柔整をやっていた人は、歴史上、一般的です。それでも柔整は柔整なものだから、ちょっと性質が違うように思いますけど。

○森島 逆に正せば、骨接ぎ、今先生がおっしゃったように鍼灸というのは、例えば神経痛なら神経痛で大きい鍼なんですよね、きっと。だけど柔整の場合は、手を痛めた、手首を痛めたと個別で言われていると思うんです。ここが大事なことで、今回のガイドラインで必要なのは、ここの神経痛という症状を診ていいというような、鍼灸のような症状・症例を、今度は骨接ぎが局所じゃなくて全体で診ていいんだというのがうまくつくれば、そうすると鍼灸と柔整は根本的に違うと言っていたのが、土俵に乗ってくれば、多分それが慢性に近いものができるのではないかと思います、お話を聞いていて。

○五十嵐 A先生がおっしゃるのに、実際に治療院にいらっしゃる方というのは、治すという

よりも、中で変形が起こっていて、痛みを何とかしたいという、その症状をとりたいという方がいらっしゃるんですが、痛みの緩和ケア的な考え方でそういった認識が得られればいいのかなどは思いました。

○本多 いいところを突いたから言いますが、この委員会では是非議論してもらいたいと我々が考えているのは、慢性期あるいは亜急性と言ってもいいんですけども、そういう治療が柔整師はなじむのか、なじまないのか。なじむとした場合に、どういう仕方がなじんでいるのか。そうすると、それは鍼灸の治療と非常に近いというか、あるいはほかの治療師と非常に近くなっていくのかもしれない。

外傷性の治療の場合は、鍼灸とは全然違う。A先生がおっしゃるように全然性質が違いますが、柔整師が慢性まで手を伸ばすと非常に力を入れてくる。そこが保険者から見ると、鍼灸師にも保険治療を全面的に解禁したらどうだという議論につながりやすいわけで。だから、柔整師が慢性疾患をやる場合にはどんなルールをつくっていったらいいかというのが、このマニュアルをつくっていくということをお願いをしている。

○荒井座長 整形外科では腰痛の80から85%は、原因がわからないと言われていています。要するに機能的疾患、レントゲンを撮っても、何検査してもどこも悪くないけれど、やはり患者さんは腰が痛い。原因が分からないから、とりあえず湿布を渡されて様子を見ましようと言われてる患者さん多いです。A先生、以前お話ししたときに、それは組織の連続的なものの断裂があるとして、分類できるというお話をされたと思いますが、先生のお考えだとどうでしょうか。このような機能的疾患と言われるようなものも、ある程度分類されるというお話を一度伺ったことありますが。

○A 結局、腰痛は、単純にレントゲンだけでは到底分類できないことはもともと知られていたことなんですが、そういうことに対して症状による分類をしてこなかったというのがあるんです。

だから、レントゲンによる変化というのを捉えて、レントゲンが発見されてから、すごくこういう分野の医学は進歩して、しかも病名をつけるのもレントゲンによって診断を下したりするようになって、レントゲンイコール診断みたいな。もとは診断学と言わずにX線学と書いたことがあったんだけど、それほど診断に使うようになってきて。だから、どちらかというところレントゲンに写ることによって病名をつけて、それによって分類してきた。しかし、やっぱりここへ来て本当は85%はわからなかったんだということが最終的に今の段階でははっきりしてきたということなんです。

それはレントゲンの分類できないんだけど、本当に分類できないことなのかといえ
ば、皆さん臨床に携わっているとわかると思うんだけど、例えばぎっくり腰で来たとい
う人はレントゲンでどうこうじゃなくて、これはぎっくり腰タイプだとか、あるいは長時間
何か労働をやったら腰が痛くていけないと言うから、これはどういうタイプだとか、それ
ぞれタイプがあるわけで、それはいわゆる画像がどうこうじゃなくて、そういった85%の中
に入るものを皆さんも分類してやっているんじゃないかと思うんですが。

そういったことに対して今度は、その分類した後に、そのおのおのはこういった治療方法
がいいんじゃないかなとかいうことは柔整の得意分野としてやっていったほうがいいと思
います。

○荒井座長 先生おっしゃるとおりで何年もやっていると、皆さん自分の頭の中で分類が
できている。このことは文章にはなっていませんが、来られる患者さんごとに、以前に
来られた患者さんと同じ症状だなどというので、ある程度やるべきこととやっ
てはいけないことの規則性が分かってくる。そうすると治療方針や予後など、
予測ができるようになって来ます。多分ここにいらっしゃる先生方皆さん
自分の頭の中で分類はできていると思います。

○A 結局それを文章化していくということを今までしてこなかったということ
じゃないかな。

○荒井座長 そうですね。

○A 今年の学会で、ある先生が腰痛を発表したんですが。

○荒井座長 接骨医学会で、整形外科医からクレームが出た話です。

○A クレームが出たというよりも、整形外科というか、腰痛学会の発表に
対してクレームが出たということだったんです。つまり、整形外科自身も
ある意味ではわからないことをやっているということだと思
うんです。

○荒井座長 そうですね。私も今ここに腰痛診療ガイドラインを持
っていますが、ある整形外科医もこれを重要視していないように聞
きました。しかしガイドラインは方向性を指し示すものだから、
ベテランの先生方からすれば、当たり前なことしか書かれていない
のかも知れません。

○A 皆さんだってそう思ったと思うけれど。だから、それほど向
こうがいいものを持っているわけではないものだから、こちらは
自分たちの実力の範囲内のできるガイドラインというものを
つくってあげればいいんじゃないかと思うんです。

○本多 おっしゃるとおりで、私は、ある先生が、X線というの
はかげろう診断だと言うんです。だから、かげろうに写ってこ
ないものはいっぱいあるんだと。影の診断なんだと。影を写

しているだけじゃないかと。そういう意味では余りにも依存し過ぎたんじゃないかと。

A先生が今おっしゃったように、レントゲン全盛期には、もうレントゲンが全てだというのでレントゲン診断学になっちゃったんだけど、それから限界があって多様な診断技術が出てきた。

もう一つは、練達な柔整師の話を聞いていると、患者さんが待合室から診療室まで歩いてくる姿で大体この程度のこういうことがあるんじゃないかということがわかるというぐらい経験が教えてくれるので、レントゲンを撮る前からほとんどわかっている、レントゲンはそれを追認するだけの材料にすぎないということをおっしゃる練達な柔整師もおられる。

それは診断を、どうやって所見をとるかという問題でしょう。とれない所見をどうやって治療するかと分けて、どういう治療がいいのかということになるわけです。そこら辺もガイドラインで、特に若いこれからの柔整師に我々は指針を示していかなければいけないわけです。そこを皆さんで議論してもらいたいと思います。

○荒井座長 どうぞ、森島先生。

○森島 僕は大体腰を分類せずにと言ったらあれですけど、筋筋膜なのか分類するときに、側屈して回旋ができなければ、こういう動きができなければ筋筋膜だよと。仙腸関節の捻挫というのもあるわけですね。仙腸関節は足を上げると痛い。座ってこうやると洗腸関節が動きまわりますから痛い。それと分ける。あと、腰仙関節の捻挫というのも分ける。まず筋筋膜なのか、関節なのか何かとやるわけです。それをまず分類する。本多先生なんかは多分5番ぐらいおかしいんじゃないかという歩き方です。腰仙関節の人は反れないので、少し前に倒して歩くんです。

そういうものが分類としてあるんですが、その治療法になると、僕は関節を痛めている人なんかはお腹のほうから圧力をかけて腸腰筋を緩めていくんです。最後は仙腸関節ならばゴムバンドです。腰仙関節だったら普通のコルセットです、サランとか。そうやって分けているというのをやったとき、治療は難しいけども固定とかを、腰に関しては、こういう関節の捻挫があった場合はこういうふうにしなさいというのは僕は思っています。

ただ、腰仙関節の場合は、V字の筋肉を痛めている場合もあるし、腰仙関節を痛めている場合もあるというのがありますけど、その治療は難しいなどは思います、そのやり方は。どこにも説明できないですから。

○荒井座長 治療法まで事細かにガイドラインに書くと、知識や技術の浅い先生からベテランまでいろいろいらっしゃるから、ある程度の見きわめ方まで、やるべきことやってはいけな

いことという程度で私はいいと思います。そこだけをきっちりしておけば、それ以後の治療法までは個人個人のやり方でもいいかなと私は思います。ガイドラインに沿った治療法で過誤を起こされても、そこまで保証は出来ませんしね。

○森島 今1点忘れていたんですが、ヘルニアも、足を上げてSLRで調べて、ヘルニアであるかどうか確認するわけです。そんなもので大体何とかなるんです。5セットぐらいで。

あとは内科から入って、腎臓が腎盂炎を起こしているとか、内臓からの痛みとかはちょっと特殊なんですよ。だから、そういう分類はできると思いますが、今度は本当にその分類が、エビデンスじゃない、学術的に出すのも結構難しいと思います。

○荒井座長 そこまでの分類はしなくてもよいと思います。治療効果に疑問があり、再度鑑別診断で確認するのは柔整適用か否かで、場合によっては専門医の検査を促す。

○本多 ちょっと聞きたいんですけど、何のために分類するんですか。皆さんの専門世界では何のために分類するんですか。ここをはっきりしないと分類したって意味がない。これは概念学と呼ぶ。何のために分類するんですかというところを押さえないと、分類はなかなか難しい。

これは法律の世界でもそうです。概念的には何でも分析する。だけど、実証学でいえば、何のためにそんな細かい分類までしなきゃいけないのかという議論があるでしょう。だから、分類のある機能というか、目的というか、そういうところを押さえていくと、分類の枠組みが変わってくるかもしれない。

○荒井座長 治療方針を立てる意味で分類をする。

○本多 そこでちょっと聞きたいんですけど、森島先生から固定の話が出ましたけれども、固定は、先生方からいくと治療じゃないんですか。

○森島 治療です。

○本多 治療でいいんですか。整復の中の一つなんですか。

○森島 固定法。

○本多 わかりました。テーピングも固定の一種なんですか。

○森島 はい。

○本多 わかりました。ちょっと議論を進めてください。

○荒井座長 森島先生がおっしゃったように、症状で分類していくことも方法と思いますがどうでしょうか。この委員会を進めていくのに、そのように進めますか。先ほど本多先生がおっしゃったとおり、私達はドアを入ってきたときから、患者さんを観察しています。最初に診るのは顔貌、姿勢、歩き方などでそのようなところから分類をしますか。

○菅俣 難しいなと思って。例えば、すごい後ろ向きな意見ですけども、ガイドラインをつくっていったときに、細かくすればするほど、そこから外れたことをしたときは責任を問われるんです。それしかできなくなる。それがさっきのEBMとNBMの話の中で、今の医者たちはEBMから離れられないんです。違うことをやって思わしくない結果が出たときは医療過誤になるんです。そのところをどうしたらいいのかなと、今ふと思いました。

○綴 まず一番最初に戻るんですけども、国民が柔道整復師に求めていることは何だろう。もっとすごく戻っちゃうんですけども、柔整師が何をしていきたいのかということに話が戻ってしまうんですけども、それにはアンケートというのがすごく有効だと思います。それも患者さんに対してではなくて、もっと無作為に抽出した多数の年齢層からもアンケートをとってみたいというのがあります。

逆に柔整師が何をしたいというので、経験年数でどんどん分類していくと、俺はもう外傷かやらないという先生も、昔の先生でたくさんいらっしゃると思うんです。若い先生は、外傷は逆に自信ないから、俺は慢性を中心にしたいなんていう先生もいらっしゃると思う。そうすると、そのアンケートから見えることが何か出てくるんじゃないかなと。すごく戻っちゃう意見ですけども、それがガイドラインをつくる上で大事なんじゃないかなと思うんですが、いかがでしょうか。

○本多 僕はもうわかっていると思います、アンケートをとらなくても。今いみじくも綴さんがおっしゃったように、外傷は怖いから医療事故に巻き込まれたり、あるいは自分の腕が悪いからもうそれはやめたという柔整師なら、危険回避をして楽な治療をやりたいという傾向を顕著に示されていることは間違いない。そういう現状の中で保険者のほうから「あんたたち何をやっているんだよ」という議論が出てくるのも間違いないので、それはもう屋上に屋根をかけるようなもので、アンケートは。

そのアンケートは決して正当化されているわけじゃなくて、外傷もできないやつが何で慢性ができるんだというところを押さえてもらいたい。外傷の治療ができない整復師に一番難しい慢性がなぜできるのか。実は一番難しいのは慢性なんです。という観念がないんじゃないの、先生方にはと言う人が多いんじゃないかと思うんです。慢性ほど難しいものはないんです。医者もみんな苦しんでいる。慢性疾病に対してどういう治療がいいか、一番難しい。そう思うんだ。そこに切り込んでいかないで、入り口でやっているから楽だと思っているけれども、実は本当に治すんだという使命感を持った柔整師が出てくれば、これほど難しい病態はないんじゃないかと僕は思うんだけど、いかがでしょうか。

○森島 先生がおっしゃったように、治すというのはほとんど難しいです。慢性の、変形の膝の軟骨が生えてくるのかといたら、生えてくるわけがないです。僕がよく下のスタッフに教えるのは、維持をするというのは若い人を治していることと一緒になんだよと。高齢者の人をこれ以上悪くさせないで、歩いてここまで来れる。それを維持させるということは、維持の治療というのは、治す治療と同等よりもう少し厳しいぐらい難しいぞということによく言うんです。

だから、維持というものを認めてほしいんです。QOLを低下させないという。今、介護保険のほうなんかは予防がすごく強くなっていて、介護度をどんどん下げていって、デイでよくガシャガシャ機械を挿している年寄りの人たちがいっぱい出てきていて、その予防の意味でもないですけども、維持って、壊れちゃったものは維持をするんだというのは、どこかにそういうのもガイドラインの中に入るといいのかなという気がしないでもないです。維持の治療という。

○本多 ここら辺、A先生のご見解を聞きたいんだけど、森島先生もおっしゃったように、悪化防止治療というのと痛みの緩和治療。これは概念が違うと思っているんです。痛みの緩和というのは、今ここが非常に痛い。だから、今緩和して少しでも社会復帰あるいは正常な生活に戻りたいという病態。それから、これ以上放っておくともっと悪化してしまうから、ここで一応とめておきたい。こういう治療は概念的には違うと思うんだけど、A先生のご専門でその辺はどういうふうに考えておられるのかお教えいただきたい。

○A 痛みをとるとということは、患者さんにとっては非常にいいことという面もあるし、もう一つは痛みというもの自身が、一つは生体の防衛反応だから、それをとるといいことなのかという側面もあると思うんです、特に慢性疾患の場合には。

私も患者さんによく言うんだけど、痛いまま過ごしてくれれば、こんなに酷くならなかったのにといいこともあって。つまり、痛みによって患者さんは悪化するのを予防するという要素もあるものだから、慢性疾患の場合というのは、悪化しないというのは痛みがじゃなくて、運動能力のことを言っていると思うんだけど、一つは全体としての運動能力を維持させていくことも柔整師の治療の中で大きな目標じゃないかなと思うんです。

よく痛みをとる、と言うんだけど、運動能力を維持させていくということは、今の日本社会というのは、いわゆる東洋医学がずっとやっていた時代というのは平均寿命が40そこそこ、あるいは40いってない時代の医学ですから、今現在はもう平均寿命も80を超え出しているから、そうしたことを考えると、痛みをとるということは非常に重要のように感じられるんだけど、むしろ運動能力を生涯にわたって維持させていくということのほうへ柔整はシフトし

ていったほうがいいのではないかなと、今のところ私は思っているんです。

大正時代は平均寿命が42~43だったものですから、戦前から戦後ぐらいにかけて50を超えて出でて、急激にここへ来て平均寿命が伸びているものから、先ほど本多先生が言われたように慢性疾患をどう扱うのかというのは、実際には今の医療の中では各分野とも課題だと思っ

ているんです。今のところ、そういう運動能力というのと痛みというのと、もう一度治療を、どう捉えていくかということは考え直すことが慢性疾患を扱う意味で重要ではないかなと思います。

○本多 ありがとうございます。A先生がおっしゃったように、ウエートとしては機能回復、あるいは機能が悪化しないというか、そういう治療というのは先生方どんな治療を具体的にやっておられるのか、あるいはやっていないのか。その辺を具体的な話として教えてもらいたい。

○A 具体的には運動能力ということになると、簡単に言うと、スポーツでいえばトレーナー的な感覚の治療ということになると思うんですね。だから、トレーナー的な感覚として手技を使ったりテーピングしたり、あるいはいろいろな競技中の指導をしたりということが柔整の役割として意外と的確に表現できることではないかなと思っています。

○本多 今先生がおっしゃっているのは、割と若い人ですよ。70を過ぎた高齢労働者の場合の運動制限をこれ以上劣化させないというのは、どんな治療が考えられますか。

○A いわゆる来院する患者さんは何らかの症状を訴えてくるものだから、運動能力に直接的に治療するという事はないんだけど、結果的にはある一定の痛みを訴えている箇所を、いわゆる治療することによって、皆さんは痛みをとると言うんだけど、痛みというのは基本的に炎症か損傷で起こっているものだから、炎症か損傷を消退させるということによって、あるいはちょっとしたテーピングとかによって固定したりすることでスポーツ選手がテーピングして試合に臨む的な、そういった機能的な固定をやったりすることで、通常の日常生活動作ができるようにさせてあげるといったことじゃないかなと。

だから、具体的な治療としては、いろいろあると言えいろいろあるんだけど、具体的には手でそういった痛いところをどうにかしてあげるか、固定するか、もう一つはさまざまな電気をかけてあげる。それぞれが細かくいろいろ言う人はいるかもしれないけれども、結果的にはそれだけだと思います。

○本多 A先生がおっしゃったその点、ほかの先生はどうですか。

○五十嵐 A先生にちょっと反論する意見になってしまったら失礼だと思うんですけども。ある文献の中で、例えば膝が変形している人でも全然元気に歩いている人もいれば、痛くて歩

けない人もいて、何でかという、痛めている人の疼痛閾値というものがあって、感受性が敏感になればなるほど、普通の人で痛みが出るものが感じない人もいれば、鋭く感じる人もいます。そういった痛みのコントロールをしなければ、今後の悪化させないためのトレーニングもできないし、歩けないし、QOLの低下にもつながり得ないので、その痛みに対することは無視できないのかなというところがあると思うのですが。

○本多 その辺の議論はどうですか。

○A 痛みをとるということは、例えば結果として痛みがとれる方法として最も医学的に有効だと言われているのは薬物療法なんです。痛みの経路の中で、例えば薬物療法は痛み自身を出ないようにしているんじゃなくて、途中で消退させているという方法で痛みをとる方法と、柔整の治療によって痛みがとれるということは、結果として痛みが出にくいあるいは出ていないということによって痛くないことと私は理解しているものだから、痛みをとると一言で言えば同じなだけども、内容が違うと思っています。

だから、柔整の治療によって痛みがとれるのは、あくまでもそこに起こっている炎症か損傷が軽快して痛みがとれるということだから、症状がとれるという意味では同じなだけども、対症療法によって軽快したんじゃなくて、病気の起こっている、いわゆる病態に対して改善が見られたために症状が軽快したというふうに思っているんです。

○本多 五十嵐さんが言うように、痛みの心理的というかな、患者さんによって随分違う。俗にいうと我慢強い人と、痛み敏感に反応する人がいるので、その辺の対応も柔整師の非常に大事なお仕事だと思っています。やっぱり痛みがあるから当然運動の幅というか、頻度というか、痛いからしなくなります。そうすると、逆に機能の低下が招来する。そういう意味ではある程度痛みに対してどういう治療法を、あるいはどういう説明を患者さんにして、この痛みは危険な痛みじゃなくて、実はこの痛みはこういう運動をやっていくうちに消失していくこともあるし、もうちょっと我慢したほうがいいんじゃないという痛みについてケアが、こういうのもガイドラインの中である程度表現できる方法があれば、大変柔整師の治療についての理解が深まるのではないかという話をしています。

院長、何か言いたそうだから、どうぞ。

○小林 ガイドラインの6月までというのはなかなか期間が短いので、治療法というのはすごい難しいと思う。森島先生が先ほど言っていたのはすごい賛成で、症例をまず決めて、効果があるだろう症例を幾つか出して行って、それではやっていいですよという形をとり、あとの各論はおいおいやっていくような形にしたらどうでしょう。

鍼の場合は刺すという行為が一定ですけれども、鍼は余りわからないですけれども、柔整の場合とはとにかく押す人、冷やす人、温める人といろいろあって、各論になるとなかなか難しい。病的なものにしてしまうと鍼の問題もあるでしょうから、柔整の正当な治療をすれば効果があるでしょうという症状を拾って行って、それでやっていいですという形で、あと講習会をどんどん開いていただいて教育していくほうがいいんじゃないかなと私は思います。

○森島 アンケートで運動指導をされたことありますかとか、そういう項目を入れればいいんです。柔整師が、あなたこの内転筋が弱いからこれを鍛えなさいとか、内臓後腹筋が弱いからこういう運動をなささいと言ったのを大まかに。それを指導してもらったかというようなものも入れておけば、つくろうと思えばつくれるんじゃないかなと思います。それが教えてもらった、有益だったという答えが出れば、柔整師の指導管理が有益であるというのもガイドラインには載せられると思います。

○荒井座長 腰のことが随分話に出ていましたが、マクロ的に腰、首、肩、膝とか部位別に分類しますか。当然類似症状として内科的なものの情報や、逆に症状を悪化させないような注意喚起なども盛り込む。例えば五十肩も初期状態と難渋している患者さん、治り方も違います。皆さんと共通認識を持って、部位別ごとに作り上げたいと思いますがどうですか。

○森島 先生が言っているのは禁忌のほうですか、やってはいけないと。五十肩ではこういうことをやったら、こういう人は絶対おかしいと。心臓がおかしくて、左のこっちがしびれているような人を「五十肩です」なんて言っていたら、「それはおかしい。そういうのは一回戻りなさい。心臓の狭心症が起こっているんじゃないのか」とか、そういうものですね。

腕を上げて痛ければ運動疾患だと思えばいいんですけれども、腕を上げなくても痛いというのに「五十肩です」なんて平気で言う人がいるわけです。狭心症だったらどこが痛いかかわからないらしいんです。この辺が痛い、しびれているとか言うらしいんで。本当は痛みの言葉の質なんかがわかると最高なんです、ガイドラインというのは。こういう痛さを訴えたら、これは怪しい。こういう言い方を患者さんがしたらおかしいと。痛みの表現だけでも分けることはできるんです。それが僕の頭の分類でしょうけど。

○荒井座長 そうですね、五十肩であれば夜間痛が酷いとか。鑑別診断の方法では柔整適用か否かの判断方法や、経験談も盛り込んではどうでしょうか。

○諸星 東大医学の麻酔科の先生が言ったんだけど、表現の仕方が600通りある。それを分類するなんてできない。600を超える治療法なんてできないって。

○本多 森島先生がおっしゃったように、こういう症状はこういうことをしてはいけないとい

うガイドラインのつくり方は、ある意味では医療過誤防止にもなるし、柔整師の治療の枠組みを決めるという意味で、保険者のほうも「なるほど」と。こういう人にはこうやるべきだといふのはちょっと危険がある。そうでない先生方もいて「いや、俺は違うぞ」と。

私の子供が自転車から落ちて肘のところを骨折した。そうすると、肘の固定の仕方には上向きでやるのか下向きでやるのか先生方で随分違うので、どっちがいいかというのはなかなかわかりにくい。それはやっぱり先生方が長年やってきた経験とか受けた教育の環境によって違ってくるから、余りそこに切り込んでいくのは、ガイドラインをつくる上では難しいと思う。

治療という意味ではこういう治療をやってはいけない、やるにしてもこの程度にとどめておきなさいというガイドラインをつくっていくのは、信用性が高まると思います。

荒井さんがおっしゃるように柔整師が扱うのはいろいろな部位があると思うので、代表的な部位で、ある程度部位別を視野に入れておくのも、一つはガイドラインの有効性を高める。何の具合が悪いにしても、少なくとも首のところの痛みについてはこういうものもあるから注意しろとか、腰痛の場合はこういう内的なものがあるかもしれないから注意しろとか、それぐらいのことは書いてあげたほうがいいのかも。これはこれから議論していただきたい。

○森島 さっきのアンケートの話ですけれども、先生たちはいろいろな人たちをとって抽出して、柔整師がどう思われているか見ろって言ったじゃないですか。そんなことしないでいいんです。絶対有益な結果を出したいんで骨接ぎに来ているものをまずやればいいんです。

○荒井座長 一般の方を対象にしたら、大体柔整師を知らないでしょう。

○綴 だからこそ、それをつくったって相手にしてもらえなくなる。

○森島 2,000人ぐらい集まるといいんです。その先生も病院でやっていたらしいですけど。

○綴 アンケートを出すときに対象者の抽出方法というのを必ず書かなきゃいけない。そのときに内輪だけだねと言われたら、もうそれでおしまいなんです。もうそこから先読んでもらえない。

○森島 でも別々に院を経営しているわけです。だから100院で通っている人が満足しているのかどうかを知りたいんです。

○荒井座長 当然その中には腕の悪い先生もいるわけだから、平等な答えが出る。

○森島 でも、そこしかないから行っているかもしれない。

○諸星 柔道整復師の院があつて、そこに通っている人をターゲットにしたアンケートと、それ以外のものも別に。

○森島 それはそれでいいと思う。

○諸星 そうすればいいんだよね。

○森島 治療に来ている人がどう思っているかを。

○荒井座長 結局調査で柔整師を知らないと言ったら、次の入り口がなくなる。

○諸星 そういうのは整形外科のほうで前にやったじゃないですか。整形外科と柔整の比較とか。そういうのを持っているんです。

だから、先生が言うように、ここだけ1カ所でやったら、それは誰も信じてくれない。自分の都合のいいような数字を出しているだけじゃないですか。だから、まずはそれは必要です。それもあって、なおかつ別のところでとったらバランスとれるんじゃないですか。

○五十嵐 本当にアンケートをとるに当たってだと、各院でやると、やっぱり先生の顔を思い浮かべながら書いてしまうので。

○諸星 そうだよ。気を使ってしまう。

○五十嵐 結局国民調査的なものがないと本当の意見は得られないのではないかと思います。

○森島 日大のある先生が言っていたけれども、お金を払う前に満足度テストをしたんですって。支払いをした後にすると、がくっと落ちるんです。だから、その前に書いたらいい結果が出たよって言っているぐらいだから。

○諸星 接骨院でやったり、どこかの学校でね。年齢差があるから、中学校でやったり高校でやったり大学でやったり、そういうことをすればいいんです。それでいろいろなデータを集めてそれを、こうなりましたと出したら文句を言わないと思うんです。そういうのが必要です。やるんだったら相当な時間がかかる。

○本多 今JBで患者相談ダイヤルをやっているでしょう。そういう患者さんは、柔整師の悪口や柔整師の具合の悪い人をがんがん言われるけど、そういう人もいるから。整体師と柔整師がわからないとか、何をやっているかよくわからないとか、いろいろあるから、ゆっくりアンケートをとるとわけのわからない話になるので。もともと基礎がない、共通の地盤がないわけだから。

そういう意味で患者相談ダイヤルでアンケートをとってみると、意外とおもしろいのが出てくるかもしれない、逆の面で。こういうことは多分患者さんの不支持になるだろうということがわかるでしょう。そういうのを持っているから、ガイドイランをつくるときに使いやすい。

○小林 今2階のJB接骨院でアンケートをとっているんですが、2回目ぐらいまでは許してくれるんです。前に基準を決めてとったんですが、3回目からおばあちゃんたちが怒り出して「もう書いてくれ。面倒くさくて嫌だ」という意見がありました。

あと、2階で治療したときに言っていることと、3階で中高齢者ボランティアをやったりとか、前に中野まつりをやったときと全く言っていることが。さっき言ったように直接先生の顔を見ているときといないときで全く逆のことを言っていますので、やっぱり違うところでアンケートをとったほうが信用されるのではないかと思います。

○本多 アンケートというよりも、こういう方法もあるんです。“患者と柔整師の会”があるから、患者さんの代表者にいろいろお願いして集まってもらって、問答方式でやると結構本音が出ます。

例えば、痛みがどのぐらい残りましたか。朝になったらまたもとに戻っちゃったとか。あるいはこの先生の治療はどうですか。痛過ぎて私には合わなかったとか。アンケートという書かないといけないけど、人間は話してと言うと話しやすいですから。

○荒井座長 質問形態により客観性があるか、誘導していると思われませんか。

○本多 質問のつくり方も、同じような質問のつくり方をしておいて、聞いたものを残していく。

それから、私が少し慢性疾病が必要だなと思ったのは、“患者と柔整師の会”で患者の人たちと雑談方式で聞くと、なるほどな、やっぱり柔整師の治療は要求されるんだなというのを感じます。それを保険治療の中にどう反映させていったらいいかという気持ちになってきます。そういうところが一つあります。

それから、痛みというのは誰もわからないわけです。患者の痛みというのは、横着だから痛みを言っているんじゃないかとか、すぐ悪く言われる人がいるわけです。そういう悩みというのは随分大きいわけです。痛みの持っている社会性というものを柔整師も取り入れていかないといけないんじゃないかな。

○菅俣 さっきのナラティブですよ。

○荒井座長 個々のストーリー、アートだと言っていました。

○本多 どうなんですか。アンケートのつくり方でいえば、森島先生がおっしゃったように、まずいものはやめようというものをつくっていく方向でこれから議論を進めていったほうがいいのか、それともこれはやるべきだという方法で進めていったほうがいいのか。大体この辺を今日の会議の中である程度方向性を出してもらいたい。

それから、皆さんエビデンスの話随分強調された人もいますが、この委員会でエビデンス探しをやる気は私はないんです。それはもっと高い次元でやってもらいたいと思うんです。エビデンスを無視しろとは言わないけども、エビデンス探しは、この委員会ではとりあえず棚に

上げておくと。エビデンスを得るための治療活動をやってもらいたいのはやまやまだけど、エビデンスを抜きにして治療をやれなんて言っていませんけど、ここの委員会でエビデンスを議論するのは少し目的が違うかなという感じがしているんだけど、その点も議論してくれませんか。

○綴 ここにいらっしゃる先生方は学術的に立派な先生ばかりで。ただでも今毎年5,000人を超えるような若い先生たちが世の中にどんどん出てきていて、それで何%がこうです、何%がこうですというのを出しても、なかなか読んでもらえない、理解してもらえない。そうすると、また事故のもとだというふうになるのが落ちなので。

私、うちのスタッフにやったことあるのでわかりやすいのは、いわゆるよくある性格チェックみたいなもので。患者さんが来ました、痛みがある、イエス、ノー。イエスだったら、今度はどういう痛みだと矢印で引っ張っていく。それに対して治療法はこうだああと、またイエス、ノーで分けていく。最終的にはここにたどりつきますと。

これは医師に絶対委ねなさい。2番目には医師と相談しながら進めていきましょう。3番目は柔整師が十分できるものですよとか、そういう分類をしたことがあるんですね。そういった形で分類すると、若い先生たちでも追っていきやすくて、わかりやすいガイドラインができるんじゃないかなと思いました。

○五十嵐 確認なんですけれども、このガイドラインの目的、根本的な目的は、柔整師の人たちの治療方針をある程度まとめるためのものなのか、保険者だとかその他対外的に折衝するための材料として使う目的があるのか。それによって全くつくるものが変わってくると思うんです。

○荒井座長 おっしゃることはよくわかります。

○五十嵐 それはどうなんですか。

○荒井座長 現状では、両方の目的ですね。

○五十嵐 今の感じだと、例えば禁忌をどんどんつくっていくガイドラインだとかということであると、それは保険者向きではないですよ。確かに柔整師には有用かもしれないけど。その辺がどうするのか。

○荒井座長 私が先ほど思ったのは満足度もそうですが、綴先生がおっしゃった、国民がどのように柔整師を見て、どういうことに役割、期待をしているのか、これは大事だと考えます。アンケートを取るのですしたら、このようなことも知りたいと思いました。

それからガイドラインは最終的に消極的な方法、事細かな治療法までは示さずにした方がよ

いかなど。森島先生がおっしゃったように、症状でこういうことはやめましょう、こういうことは最低限やりましょうと。保険者説得のために治療効果があるとかを言い出したら、五十嵐先生がおっしゃったみたいに、ガイドラインがおかしな方向になってしまう。

それと、ガイドラインが最終的にでき上がった時この程度のものなのか、ここはおかしいのではなどと、批判を受けると思います。これは皆さんも覚悟してもらわないといけない。ただ真実、わからないことはわからない、だからここまではやりましょう、こういうことはやめましょうというところのライン引きまでは出したいなと考えています。

○本多 A先生に最後だから聞いてみて。こういう方向で。

○荒井座長 A先生、どうでしょうか。今までいろいろな話が出ましたが、今後の進め方をどのように。

○A 例えば各疾患別に考えるときには、例えば腰の治療としたときに、一番先に我々がしなければいけないものは、それを我々が扱えるかどうかということが一番先に書かなきゃいけないということは事実で、そういう点では自分たちが扱えないものを一番先に書く必要はあると思います。

○荒井座長 そうですね。

○A それがあって初めてその次があるので。それは一番先に一番必要なことなんだけれども、もう一つ総論的には、我々はこういうことはしていきたいということは積極的には必要じゃないかなというか。各論的になると、当然一つ一つの疾患については、やっていいものといかないものというのをまず分ける必要が確実にあるとは思いますが。

このガイドラインというのができたら、ある程度それにみんな縛られるということに当然なるんですけど、ただ現実には縛るかということ、最終的には患者さんを担当している先生が一番患者さんをそばで診てわかっているわけですから、それを当てはめるかどうかはあくまでも患者さんを診ている先生がやるべきことで、必ずガイドラインに沿わなければいけないというものはあり得ないことだから、ガイドラインというのはあくまでも各先生が診療する際の手助けになるという意味合いだと思うんです。だから、できたからといって絶対的なものではないと思います。

○本多 おっしゃるとおりで、これはソフトルールと言われているんです。要するに、いわゆる厳しい厳格な規律でないことは間違いない。ただ、少なくとも柔整師だったら、どこの柔整師でもこのぐらいのものは知っておかなければいけないし、知るべきであるというラインが一つ。ソフトラインです。

もう一つ、先生がおっしゃったように柔道整復師が治療するときに自分の固有のやり方もあって、それとガイドラインの平均的なものとの間がどうなっているかということ、常に自分の中で反省する。唯我独尊に陥らないという。柔整師は、特に専門家は唯我独尊に陥って、自分だけが正しいと思ってしまって医療事故を起こすというケースもまま見られるところだから、そういう意味での客観的なものを教えていくというのも、伝えていくというのも大事な仕事なんです。

それから、保険者向けというのも多分あるんです。柔整師はどうしてもつらいのは、慰安行為と隣り合わせの治療をされているケースがあるじゃないですか。それはどうしても分けておかないと、先生方の治療家としての正当性がなかなか説明できないというのがあります。そういう意味でこれは保険者向けにもやっておかなければいけない。

それからもう一つは、どうも最近の柔整師の気質というのが、いわゆる外傷は怖いからやらなくて、慢性は楽だなんていう、この風潮をどうにかして断ち切らないと、専門家としてこれから立ち行かないと。ここは考え違いをされては困るよというメッセージをガイドラインの総論でうたっていかないと。もっとはっきり言えば、外傷ができないような柔整師は慢性疾患もできない。ある部分では外傷の治療の応用問題なんだから、そういうところをきちっとうたい上げて、外傷中心の柔整師をつくり上げていくというガイドラインの思想的なものをある程度つくっていかないと。思想をつくっていかないといけないという面はあるんです、このメッセージとして。そういう面があるんじゃないかと、今日皆さんの話を聞いて得たところなんです。

その点はどうですか。

○荒井座長 何となく見えてきたデザインとしては、総論的には満足度テストで柔道整復術は国民にとって有益で必要とされている。また治療法は新鮮外傷と慢性ではどのように違いがあり、どの部分に共通性があるのか。各論に入ったところでは部位別の禁忌、こういうのはさわっちゃいけない、そして最低限ここまではやりましょうというのがスマートなのかなと考えますが。

○本多 そういう方向でどうですか。

○荒井座長 皆さんいかがでしょうか。

○本多 どうですか。別な方向性がありますか。

今日は幹事会なんです。これからもっと幅広い委員会をつくっていく、そしてまたいろいろな意見が出てくると思うんですけど。今日、A先生に入ってもらったのは、どんな方向でガイ

ドラインをつくり、ガイドラインとはどんな性格のものかというのを先生からご教示いただきましたので、そういうのを参考にしながら、6月までにガイドラインをつくり上げたいと思っていますので、それまでの間にもう少し委員会を、委員のメンバーを増やしてやっていきたいと思ひます。

そこで先生にお願いがあるのは、このガイドラインはJBのガイドラインではありません。業界のガイドラインをつくりたいというのが私の切なる希望ですので、できるだけ先生のお知り合ひで、こういうことに関心のある先生方、あるいは全く関心がなくても教育するためには入れておいたほうが良いと思われる方もおられたらご推薦いただければ、遠くてもこういう電話会議もできるし、場合によっては東京に来てもらうこともあるかもしれませんが、ご参加を誘ってもらいたいと思ひておりますので、よろしくお願ひ申し上げたいと思ひます。

○A 一応ここまで来れば、我々が何かをしなければいけないということだと思ひているんです。私が今感想として思ひるのは、全体として柔道整復師が決めなければいけないことと、保険者がやらなければいけないことを混同しているような気がしているんです。柔整師がやらなければいけないことというのは、確実にこのガイドラインをつくる。診療の基本的な大きな方針を持っているということは必要だと思ひます。皆さんに頑張ってもらっていて、ぜひ話を進めたいと思ひます。

○荒井座長 A先生、どうもありがとうございました。

ある学会が発足したとき、柔整の先生が「柔整の研究、学の構築は大学の先生お願ひします。」ということをお願ひしたようです。当然大学の先生は「そうじゃない、あなた方が現場の臨床家だから、お手伝いは出来ても自分たちで研究しなければならない。」という話を今思い出しました。要するに現場の我々がガイドラインを作り上げるのは、患者、保険者に対しての責任だと言うことです。

今日はどうもありがとうございました。またこれからもよろしくお願ひいたします。

以上