

柔道整復施術ガイドライン作成にあたって

(第1回 全体会議)

平成26年1月19日(日)

“患者と柔整師の会”

於：柔道整復師センター

午後 12 時 30 分 開会

○澤田 本日、司会を務めさせていただきます J B 日本接骨師会事務局の澤田と申します。よろしくお願ひいたします。

本日の「柔道整復施術ガイドライン作成にあたって(全体会議)」は、平成 25 年 12 月 8 日に日整の会員の方も参加され開催された「柔道整復師ガイドライン作成委員会(幹事会)」を経て、当会の荒井俊雅常任理事が座長になられ、今回の会議を開催させていただくことになりました。

「柔道整復施術ガイドライン作成にあたって(全体会議)」に先立ちまして、会議における注意事項等をご案内いたします。

本日は速記士を入れて速記録を作成する予定になっております。後日、社団 J B 日本接骨師会のホームページを借用して公開を予定しております。なお、ご出席の方々は議事録を別途送付する予定になっております。そのためにも当会議においてのご発言に際しては、発言前に必ず所属団体名とお名前をおっしゃってからご発言をよろしくお願ひいたします。

また、神奈川広報支援機構、平野和夫様が本日ご参加されておりますが、平野様から当会議のニュースリリースを大手マスコミに送る予定になっております。

そして、本日は当会議にご関心のある保険者の方々も傍聴されております。ご参加ありがとうございます。

また、当会議終了後、地下多目的ホールにおいて、“患者と柔整師の会”と社団 J B 日本接骨師会が設置しております患者様の相談窓口であります患者相談ダイヤル運営委員会が開催されますので、お時間の許される方は傍聴していただくと幸いです。

会議を始めさせていただく前に、お手元の資料をご覧ください。業界団体 87 団体及び日整さん 47 都道府県の本部、公益社団法人京都府柔道整復師会副会長、長尾様、社団法人奈良県柔道整復師会副会長 米田博伸様、柔道整復師 松内佳名子様、柔道整復師 辻本泰光様、柔道整復師 沢井勝三様にご案内を送付させていただきました。

そのご案内で本日ご列席いただけるという運びになりました。ご出席いただけない方は意見書を出してくださるようお願いしております。

簡単ですが、座席表に準じてご参加の方々をご紹介させていただきます。

兵庫県柔道整復師会副会長、塚本倉一郎様。

栃木県柔道整復師会学術部副部長、野澤哲男様。

熊本中央整復師会会長、本田隆文様。

社団 J B 日本接骨師会常任理事、加藤剛。

柔整保障サービス協会代表、大城慶正様。

柔整保障サービス協会、福原朋邦様。

柔道整復師、倉垣攸次様。

相談ダイヤル運営委員長、徳竹賢一。

相談ダイヤル運営委員、斉藤和夫。

社団 J B 日本接骨師会会員、坂本哲也。

相談ダイヤル運営委員、遠藤信行。まだいらっしゃっていないようです。

相談ダイヤル運営委員、加藤秀明。まだいらっしゃっていないようです。

社団 J B 日本接骨師会会員、田柳和儀。

社団 J B 日本接骨師会会員、泉公治。

社団 J B 日本接骨師会会員、荒井芳弘。

社団 J B 日本接骨師会会員、田中雄一。

社団 J B 日本接骨師会会員、木下均。いらっしゃっていません。

社団 J B 日本接骨師会常任理事、秋山和孝。

社団 J B 日本接骨師会理事、山田佳香。

社団 J B 日本接骨師会理事、小木曾光毅。

柔道整復師、栗田陽介様。

柔道整復師、亀山欣也様。

柔道整復師、田上義之様。

全国統合医療協会、尾島互様。まだいらっしゃっていないようです。

全国統合医療協会代表、中村崇男様。まだいらっしゃっていないようです。

北海道鍼灸マッサージ柔整協同組合理事、鷺見波絵様。

一般社団法人柔整真進会審査担当理事、岡本小百合様。

一般社団法人柔整真進会政策担当理事、坂中守様。

全国柔整鍼灸協同組合理事長、岸野雅方様。

さくら接骨師会、白沼未奈様。

N S K 保険協会副理事長、早川真様。

当会の最高顧問、本多清二。

ガイドライン作成委員会幹事、武田充広。

ガイドライン作成委員会幹事、菅俣弘道。

社団 J B 日本接骨師会常任理事で、本日の座長であります荒井俊雅。

社団 J B 日本接骨師会専務常任理事、諸星眞一。

ガイドライン作成委員会幹事、森島輝夫。

社団 J B 日本接骨師会副会長、伊集院克。

ガイドライン作成委員会幹事、五十嵐貴仁。

以上の参加者で進行させていただきます。

そして、当会議にはご欠席ですが、文書にてご意見をお送りいただいた方々がございます。

公益社団法人京都府柔道整復師会副会長 長尾淳彦様、社団法人奈良県柔道整復師会副会長 米田博伸様、一般社団法人日本整復師会 田中威勢夫様、社団 J B 日本接骨師会会員 沢井勝三様。この方々が文書にてご意見を賜っております。

簡単ですが、ご紹介させていただきました。

本日の会議開催前に、共催団体をご紹介させていただきます。

社団 J B 日本接骨師会会長、五十嵐仁。

協同組合 N S K 保険協会副理事長 早川真様。

さくら接骨師会 白沼未奈様。

熊本中央整復師会会長 本田隆文様。

以上の方々のご協賛をいただき、本日の会議を開催させていただくことになりました。

開催に先立ちまして、“患者と柔整師の会”代表、今城康夫よりご挨拶させていただきます。

今城代表、よろしくお願いします。

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

本日は寒い中、「柔道整復施術ガイドライン作成にあたって(全体会議)」にご参加いただき、誠にありがとうございます。

私たち“患者と柔整師の会”は、平成 22 年より国民生活に密着した柔整療養費受領委任払制度を守るため改革に取り組んできましたが、本日の議題となっている傷病名も大きな問題になっています。

傷病名は昭和 11 年の通達で定められたもので、現在の柔整師の治療技術や高齢化時代の患者の実態に全く合っていません。このため柔整治療制度に大きな混乱や問題を起こしています。傷病名の見直しには多くの問題があり、時間がかかると思います。慢性疾患治療の共通認識のため、柔道整復師業界として柔道整復施術のガイドラインを作成し、保険者に対する審査明確化、柔整師の治療適正化に、そして患者も治療を受けやすくなると思います。皆様の活発なご

意見をよろしくお願ひします。

私たち患者にとっては、痛みや苦悩を救ってくれる柔整診療は必要な制度でありますので、私たちの活動についてもご協力よろしくお願ひします。

○澤田 これから「柔道整復施術ガイドライン作成にあたって(全体会議)」の開催になりますが、ここからは当会議の座長であります社団J B日本接骨師会、荒井俊雅常任理事にバトタッチしたいと思ひます。荒井先生、よろしくお願ひします。

○荒井座長 本日は、お忙しい中お集まりいただきまして、ありがとうございます。

J B日本接骨師会の常任理事兼学術研修部長を務めております荒井と申します。このガイドラインの幹事長及び本日の座長も務めさせていただきます。

本日の会議の趣旨説明をいたします。

今から6年前、朝日新聞に柔整師の不当・不正請求問題の記事が載ったことに端を発し、我々は“患者と柔整師の会”を発足いたしました。

J B会では当時、いかにこのような一部の柔整師を排除するかを考えておりました。しかし、療養費受領委任払制度、算定基準、グレーゾーンなど、抱える問題の多さに、曖昧な現行ルールで行われている施術に対し、我々自らが説明責任を果たさなければ、社会に対し信用ある発言ができないと考えました。

そのため、患者、保険者、柔整師会議を行い、その意見から時代の流れに沿う枠組みを持った施術やルールにしなければ、これら諸問題の解決には至らないだろうと結論が出ました。

さて、私は役員を務めております関係で出張も行くことがありますが、地方会員と話すことがよくあります。その中で業務に関する話をすることがあります。そのときにかみ合わない部分が多々出てくることがあります。それは頭に浮かべる患者層の違い、症状の捉え方、診方、治療方針など、急性外傷以外では幅があることに気がつきました。

養成校の教育において、いわゆる5負傷、骨折・脱臼・捻挫・打撲・挫傷に関しては、統一した教育を受けておりますので、それほどの違いはほとんどありません。それ以外の急性期を越えた治療、いわゆる軟部組織損傷などにおいては統一した基準はありません。そのような施術で療養費という公金をいただくには、良質で均質な枠組みを持った治療を担保しなければ社会に受け入れられないと考えます。

そこで、本日皆様にお集まりいただいたのは、急性期を越えた外傷、急性期経過外傷とでもいいでしょうか、いわゆるグレーゾーンも含み、治療のガイドライン作成のためのお知恵を拝借したいと思っております。

これは業界の統一見解として作成を考えておりますので、広くご意見を伺うため各方面に案内を出し、多くの反響を呼びました。また、本日出席できない方からもご意見をいただいておりますので、後ほどご披露したいと思います。

なお、会議には速記士を入れ、公開をいたします。会議の進め方はフリートーキングとしまして、1回2〜3分を目途にお話をいただきたいと思います。

既にテーブルの上には資料が配られています。その資料に基づいてでもよろしいですし、厚生労働省のホームページの情報もお渡ししていますが、そのことについてお話しいただいてもよろしいです。また、各論として具体的なお話をされる場合は、できましたら今回は腰と肩の部位に関してお話をいただければと思います。これは原則です。

ここの2階にはJB接骨院がありまして、現在このガイドライン作成と並行して、“患者と柔整師の会”が推し進めております“柔道整復師施術料療養費請求・受領委任払制度運用改善方策(案)”に沿った支給申請書を平成25年11月施術分より保険者のほうに発送しております。そのため、このガイドラインも早急な作成を現在考えております。

趣旨説明は以上です。

ガイドラインなので、共通認識、共通のそういう言葉の理解や定義であるとか、まずそれを統一しなければいけないと思います。急性と亜急性という問題がよく話に出るんですけど、山田先生、どうですか。まず急性と亜急性の問題に関して。

山田先生は学校の教員もなさっているので、そこら辺からもどうぞひとつお願いします。

○山田 明治国際医療大学保健医療学部非常勤講師の山田です。JB接骨師会の理事をしております。急性、亜急性につきましては、一般的に、またマスコミ等社会的に、また一部保険者の認識との違いが、学校業界の教育内容から少し誤解をされていたり、理解をしていただけていない部分があるのではないかと思います。

今回の会議の案内をいただきました中で、栃木県柔道整復師会の「亜急性外傷とは」というホームページを参照というのが出ておりましたが、ここに載っているとおり私は理解しておりますし、高等教育になってからの柔道整復学概論に関しましては、このように教示してきました。したがって、これに関してですが、冒頭にあるように急性期、亜急性期、慢性期といった受傷の期間よっての分類という解釈ではなく、急性外傷、亜急性外傷という解釈で柔道整復は行っていると私は考えております。

急性、亜急性という言葉が日本の柔道整復にしかないとよく聞くのですが、海外文献に、いわゆる外傷、非外傷性の関節の痛みに関しては、急性と亜急性という分類がしっかりと西洋医

学的にはありますので、その辺ももう一度周知する必要があると思います。

○荒井座長 ありがとうございます。今お手元に「亜急性外傷とは」という資料があります。これは栃木県の日整のホームページから、コピーさせていただきました。

もしよろしかったら、野澤先生、この辺について補足の説明があれば、いかがでしょうか。

○野澤 これはちょっと読んでいただくしかないと思います。

○荒井座長 わかりました。実は私も随分前に資格を取ったので、当時こういう亜急性という言葉は学校教科書にはなかったんです。日整の米田先生からご意見が出ていますが、「急性、亜急性という文言は平成9年の柔道整復療養費料金改定の際に支給基準に出現しております」というお言葉がありまして、それ以前に資格を取得した人には亜急性という概念はないのです。

五十嵐先生、これはどういうふうに解釈すればよろしいのか、一言お願いいたします。

○五十嵐（貴） 僕の認識するところで亜急性の外傷とは、反復して外力が加わったものが亜急性と認識しているし、学生にもその様に伝えています。急激な外力によって生じるのが急性であります。あと、最近ちょっと問題があるのは、スポーツ障害もだめだという話がありますが、それも一つの亜急性の外傷として診ていかなければいけないのかなという認識もあります。

○荒井座長 「期」がつくと、またちょっと違うということで、急性期。

本田先生いかがですか。

○本田 私も免許を取って40年になります。その中で急性、亜急性、慢性と疾患を分けるなら、時間の経過しか考えられないのではないのでしょうか。例えば急性期であれば1週間以内です。それに対して、保険協定の中でも冷湿布等を1回あるいは骨折の場合だと5回、8回と加えられるという具合です。それから1週間を経過していれば、1カ月ぐらいは亜急性と考えます。それ以降に関しては慢性疾患です。医学的にはそういう理論でいいのではないのでしょうか。反復する云々ではなくて、期間の問題です。

急性期であれば、当然発赤、腫脹、発熱、疼痛、いろいろなことが見えてきます。亜急性になると、腫れは減ったけど、何か赤みがあるとか。慢性になると、むくみがあったり痛みが鈍痛であったり、痛みも変わってくると思います。

例えば本来の捻挫であれば、皆さん診てわかるとおり、最初ひねれば痛みを發します。痛みと腫脹が出てきます。赤くなります。動けなくなる。それが初期症状、いわゆる急性期だろうと考えます。

患者さんは、「2〜3日我慢していたら、どうしてか痛みが出てきた」とか、そういうことでおいでのなるのが普通ではないのでしょうか。だから、2〜3日ぐらい経ったものに対しても急性

と考えるし、1週間以内でも急性と考えてもいいのではないのでしょうか。

私どもによく来院するのが、手が外れて1週間ぐらい放ったらかしていたという場合も、やっぱり急性なんです。一応整復したけど、はまってなかった。しかも両方外れていたりするケースもあります。それを亜急性と呼べるか。やっぱり急性でしょう。そういうけがの状態が酷ければ。そうすると人間の体內的な反動というのは、どうしても自分で、自然治癒力で治そうとする力が働くわけだから、一生懸命治ってくるからいろいろなものが、症状も消退するのですが、やっぱりいろいろな炎症性症候というのは残っている。

そう考えると、1~2週間以内が急性期であって、それ以降に関しては亜急性的な問題。それから1カ月以上経てば慢性的な疾患と、私はその様に考えています。だから、それが2カ月という考え方もあると思います。「いつから痛かったですか」と聞くと、「どうも2カ月前から何か変だった」とか、そういう答え方が一般的にあるように、限定するなら、もう期間しかないのではないのでしょうか。やっぱりそうやって認められているのだと思います、健康保険組合あるいは各政管の健保に対しても。どうしてもそれに我々が合わせてカルテに書こうとするときに、「いつから痛いですか」「2カ月前」「ちょっと2カ月前じゃ古過ぎるから、近々で何か覚えがないですか」「この前重いものを抱えたから腰が痛くなりました」「それならば十分通るんじゃないですか」と。その辺は上手にやってきたんだけど、それでもおかしいということで、こういう問題が起こっているわけです。

皆さんたちが日常茶飯事に接している問題で単純的に分けていけばそうです。だから、私が考える1~2週間というのが妥当だと思うし、それ以降に関してもやっぱり妥当だと思います。1カ月以上経ったものに対しても妥当だと思います。だから、私は期間しかないだろうと思います。

○荒井座長 塚本先生、どうぞ。

○塚本 我々の立場としては、治療する立場ですから、筋骨格系の疾患に対して我々が治療する場合、急性であれ慢性であれ違うことをするのか。まずその辺から。そして、整形外科の医師はまた違うことをしているのか。そこの検討のほうは僕は大事だと思います。ほぼ同じことをしていると思います。だから、それを急性だからどうの、慢性だからどうのこののではなくて、とりあえず一緒に物理療法しているんだということが非常に大事だと思います。

慢性疾患に対する物理療法は我々どういうことをしているのかということ、まず皆さんほとんどご存じだと思います。いわゆる電気療法、電療です。これには低周波、中周波、干渉波、SSPとか微弱電流などあります。そして温熱療法、ホットパックです。血管拡張のためにホッ

トパックを使う。その他、マイクロなんかは組織を加熱して温熱効果すると。そこで柔整師だけが特別な手技をしているように世間では言われているのですが、どういった手技をするのかというと、トリガーポイント、経絡、AK、カイロなどを、男女別、年齢別によって独自の手技を行っていると言っています。

医師はその場合どうしているかということ、理学療法士が行っていたり、最近では柔道整復師が医師のところで雇われて、我々と同じようなことをしているというのが物理療法の現状なんです。だから、治療における物理療法使用の手技、目的、エビデンスというのは、我々がいわゆる治療効果があると言われている厚生労働省認可の機器を使って治療しているというのが治療のエビデンスなんです。それは血液循環の改善、老廃物を排泄して筋の緊張や痛みを除去、軽減させること。そして関節の可動域を拡大して日常生活の質の改善、QOLの改善です。そして筋力を強化して、各関節の天然のコルセットと言われている筋力を増強させるというのが、我々慢性疾患に対して行っている治療です。

だから、誤解したらいけないことは、気持ちのいい治療をしたら慰安行為と捉えているようですが、中周波とかメドマーなど医療機器をかけている段階でも患者さんは「ああ気持ちいいですね」とおっしゃる。メドマーは、整形外科でも患者さんに一番使っている医療器です。そして、気持ちのいい治療をして、脳内物質であるドーパミンが分泌されて、さらにその治療効果が上がってくる。これはもうベストです。

今、痛みの85%は原因がわからないと言われ出している現状の中で、今申し上げた物理療法の中でも柔道整復師が行うマッサージが一番効果があるかもしれない。だから、そういったところをいろいろ分析して答えを出していかないと、今風の社会に合わない答えが出てしまい、とんでもないことになってしまうと思います。あと、最後のほうで、それに対して兵庫県柔道整復師会では今どういう取り組みをしているかを、またお話しさせていただこうと思います。

○荒井座長 ありがとうございます。もう一回、亜急性という言葉ですが、急性期、亜急性期。私はこの亜急性という言葉を知りませんでしたので、学校教育の中でもまだ新しいようですが、米田先生のお話の中には、厚労省が管轄する養成校では既に亜急性概念が学生に教育として浸透しつつあると。もう既に学校教育の中にあるわけです、教科書の中に。特にこれで厚労省に、クレームとか何かあるんですか、この概念は。

○本多 僕は熊本の本田さんと同意見です。栃木さんの資料を見ますと、急激な外力によって起きた外傷と、急激ではなくて繰り返して、あるいは反復して痛めた外傷と分けた言葉遣いのように、書いてあることは。そうすると、こういう言い方をすると怒られるかもしれないけ

ど、これは保険を適用せんがための概念ではないかと思えます。保険をスムーズに適用せんがために、そういう用語をお使いになったのではないかと疑われてしまう。そういう意味で医学的には「期」、急性期あるいは亜急性期、慢性期と、こういう医学的な概念で説明したほうが誤解は受けなくて済む。そうすると、継続して反復して起きた外傷というものがあるのかなのか。あるとすれば、どういう現象で、どういう症状が出ているのか。そこをきちっと抑えないと言葉の遊びになってしまうと私は思えます。

だから、今日の議論の中でガイドラインをつくる必要がありますから、ガイドラインをつくる上では、反復、継続というのはどういう生活実態の中で出てくるイメージがあるのか。それはどういう症状になっていくのか。そこをはっきり抑えないと、議論は言葉の遊びになってしまう虞があると僕は思うんですが、いかがでしょうか。

○野澤 急性、亜急性という言葉ですが、本田先生がおっしゃったのは、要するに時間の経過を見た病状、傷病ということですね。こちらの栃木県のは、けがの原因の成り立ちの仕方を捉えて、急激に一発でなったのか。例えば疲労骨折も、いつなったかわからないわけです。どこをもって負傷日とするかと考えると、とても難しいと思えますが、皆さん外傷として治療はされていると思えます。そういうものもやっぱり亜急性なのかという解釈で。

ですから、私らの考えの急性、亜急性、そしてその先には慢性があるわけです。慢性は基本的には現状では柔整師が健康保険を使えないわけです。先生のおっしゃった形でいうと、時間経過で見ると、急性も亜急性も、いわゆるその後の回復期、安定期も健康保険は使えるのではないかと思えます。当然そうですね、治るまで使えるわけですから。

時間で見るか、けがの成り立ち方で見るかという違いだけで、無理にこじつけたということはないとは思えます。ただ、けがの原因の成り立ちから考えたほうが、結果的に柔整師が診られるものが増えるでしょうし、患者さんにも利益があるのではないかと思えます。ひいては国のほうにも利益があるのではないかと思えます。我々のほうが整形より単価は安いですから。

○荒井座長 坂本先生、どうぞ。

○坂本 JBの会員の坂本です。ここでちょっと確認事項として皆さんにお聞きしたいのですが、特に栃木県の先生に確認したいんですが、ホームページを見させていただくと、亜急性に関して、参考文献として柔道整復学の理論編から引用されていますよね。ということは、この内容で今の養成学校、専門学校、大学等では教育をされているということよろしいでしょうか。

○野澤 学校のほうまで私は把握していませんが、恐らくそういうことになると思えます。

○坂本 教科書からの引用ということで間違いないでしょうか。

○野澤 これを総括してつくったのが保険部なので、私は携わっていないものですから、はっきりしたことは明言できません。

○坂本 なぜこんなことを確認したいのかというと、亜急性がもし教科書に載っているとすれば、これは学校として、柔道整復師の共通見解としてこの考え方を持っているということを前提に話をしなくてはいけないので、そのことをちょっと確認したかっただけです。どうもすみません。

○野澤 その辺は学校の先生が来られていると思うので、ご意見を聞いていただいたらどうでしょうか。

○山田 先ほどからというか、終始尽きることが多いお話ですが、私が昭和の終わりに明治東洋医学院で柔道整復を受けたときには、この亜急性の概念はありました。平成7年に保険取扱要項に上げられたように思います。平成9年頃から徐々に学校協会のテキストに載ったのではないかと思います。ですから、初版の分に関しましては載っていたか載っていなかったかは私も記憶がありませんが、その次からは載っております。私が10年ぐらいから担当してから、その後はずっとこのとおり、原文どおりで載っておりますし、これをもとに国家試験もつくられております。今年、今度の次期改訂版に関しましては、どうなるのかは私は関わっておりませんので存じないところですが、国家試験になってから、いわゆる知事試験より国家試験になってからの教育は全てこれで行っていると言っても間違いではないと思います。

○坂本 ありがとうございます。

○本多 学校で教えているんですか、亜急性外傷という言葉で。

学校でどんなことを教えていますか。亜急性外傷とはこういうものだという教え方をしているわけでしょう。どんな教え方をしていますか。

○山田 理論編で、総論としての急性、亜急性。これは捻挫、いわゆる関節の損傷という場合、それに軟部組織・筋・腱の損傷という場合もありますが、急性は原因と結果の間にはっきりとした直接的関係が存在するもので、落下、直接の打撃、骨・関節・軟部組織に加えられた瞬発的な力によって発生すると。損傷時の力の分類として、どのような力が、どのような外力が加わって起こったかという分類の中で、それを急性と位置づけております。

亜急性に関しては、蓄積性あるいは反復性という括弧書きがつきますが、これはいわゆるオーバーユースを含めたもので、反復あるいは持続される力によって、はっきりと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。この中には臨床症状が突然発生するものと、徐々

に出現してくるものがある。

前者は、先に述べた過重不均衡状態あるいは静力学的機能不全の状態であることが多く、組織損傷が拡大していく中で外力として認知できない場合、あるいは軽微な外力で突然発生したかのように機能不全状態に陥る。後者は、静力学的機能不全の状態であることが多く、症状は次のような経過をたどることがある。まず疲労感を覚えやすくなることで身体に何か異常があることに気がつくが、当初はそれを強く感じない。経過とともに疲労するのが早くなり、また安静によって容易に回復しなくなることで、それを損傷と認識するようになる。次いで、この疲労状態は疼痛となってあらわれ、さらに症状が強くなると、局所の腫脹、発赤などがあらわれたりする。

亜急性損傷は、次に示すような分類がされている。いわゆる使い過ぎ (overuse)、使い方の間違い (misuse)、不使用後の急な負荷、いわゆるずっと安静を保っていて急に使ったとき。こういうときにもそういう負荷によって起こると教えております。

○森島 幹事の森島です。お聞きしたいことがあるんですが、昔、昭和11年通知と先ほど荒井先生がおっしゃったんですが、あの当時は農業とか体を動かす人が多くて、原因にモーションがあったはずなんです。今みたいにコンピュータ、ずっと座っているときに腰が痛い。立ち上がったときに痛くなっていない。ただずっとやっているけど、慢性の痛みがあるという場合は、それは亜急性に入れていいんですか。それとも慢性と僕らは区切ったほうがいいんですか。

○山田 分類の仕方での呼び方なんです、あくまでも。どういう力がかかったかで分類するのであれば亜急性でもいいと思います。だけど、常に痛みを感じているところが急激に悪化したのか、それともいつも痛みを感じているから、その痛みは全て慢性と扱うのか。

先ほど座長から、各論に関しては腰、腱、肩部というふうに。急性期、亜急性期という解釈であれば、整形外科はそれで扱っているのだと思いますが、それであれば2012年の腰痛ガイドラインで、腰痛の急性期というのは1カ月以内のものを示すとあります。慢性というのは3カ月以上を越えたもの。それまでが亜急性期とはっきりと明記されております。ということであれば、各腰部の痛みということをつまえば、腰部はガイドラインがもう出ておりますので、1カ月以内は急性というふうに、その損傷や場所や内容によって期間を変えないといけないことにもなりかねないです。

脱臼に関しては、はっきりと明記されています。脱臼は2~3週間までは急性です。2週間以上を越えるもの、これは地方試験のときは2週間でマルでした。現在多分3週間ぐらいになるのではないのでしょうか。脱臼の3週間以上は亜急性とは申しません、陈旧性です。

そういうはっきりとした区別、分類がありますので、分類をもう一度しっかりと理解していくか、もしくはもう一回再教育も必要なのではないかと思います。

○塚本 ちょっとよろしいですか。いろいろ先ほどと同じように亜急性について議論されていますが、要するに慢性的な治療も我々にはできるとか、認められるべきだという話のもとにやっておられると思います。ただ、先ほど申し上げたように慢性が不適正と言われている中でも、筋骨格系の慢性治療と原因不明の慢性治療は混同してはいけないと思います。というのは、筋筋膜性の場合、もう既に認められていると僕は解釈しています。その理由はなぜかといいますと、原因が明白であることです。治療方法においては、物理療法で急性も慢性もそんなに変わることをしない。医師の治療においてもほぼ同じ物理療法である。

そして、皆さんご存じだと思いますが、昭和45年に柔道整復師法で骨折・脱臼の応急処置が認められ、そして昭和63年の一部改正で、再診以外、医師の同意なしで治療すると30万円以下の罰金が処せられることになりました。この法で、例の44条2の通達である柔道整復師に対する療養費の支給は、医師不足で保険者が給付困難な場合に限りという通達は意味のないものになったと解釈したんです。保険者の皆さんとお話ししても「そうだね」とおっしゃっていました。というのは、医師が近隣にいないければ同意はもらえないわけですから、同意をもらわないで続けてやるということはちょっと矛盾する話になるので、「そういうことだね」ということに今なっております。

これと同じような解釈で、筋骨格系の治療においては長期逡減が設けられました。ということは、長期してもいいと。慢性疾患的なものでもいいということ、そのかわり逡減をするという形で認めているという解釈なんです。だから、今さら急性、亜急性の議論はどうかと思います。ただ、今申し上げているように原因不明の慢性治療がなぜ不適正と言われているかは突き詰めていかないといけないと思います。これは、はっきり申し上げて検査機関を使えない。柔道整復師の診断は重大な疾患を見逃すおそれがあると。だから認めがたいということだと言われているわけです。

では、どうしたらいいのか。先ほど申し上げたように骨折・脱臼の、骨折というとどんな事態が起こっているかわからないのに応急処置はいいと法的に認められ、これは医師の類似医療じゃなくて、代替医療として認められたということで解釈できている。

そして柔道整復師は、現在高齢者においては、皆さん現場でおわかりだと思うのですが、筋骨格系以外の、我々治療している中で内科的な疾患に対しては、もうほとんどの患者さんはほかの医師の診断を受けています。だから、そういう重大な問題があったら医師が見つけてくれ

るわけで、そういったものの危険は開示されていてという判断から、それと同時に我々は治療中に疑問を感じたら医師の対診を図ると。患者を守ることを図っていますと認識していただくことによって、この慢性疾患に対することは解決できるのではないかと思います。

実際に先ほどから申し上げているように、どなたか申し上げたように、我々の業務が低コストで、非常に会話によったり、高齢者の閉じこもりを防いだり、介護利用額の増加を防いだりとか、いろいろな面で貢献しているわけですから、そういった別に問題のないことを「だめだ、だめだ」と言われるのも、結局は医療費抑制のためだということであれば、それはかえって逆効果になって、療養費は減るけども、医療費全体は増えているかもしれないと。

これは本当に最近あった話で、健保組合の方が、今まではこれだけ請求が出ていたが、今はこんなだよとおっしゃったから、我々の柔整業務に対してこれだけいろいろ照会されれば必ず抑制されます。だけど、「会社に帰って、療養費は減ったけども、医療費全体として上がっているか調べてください」と言って、後日聞いたら「医療費が上がっていました」「でしょう」。我々の安いコストのものは抑えて、医療費の高いほうを上げれば、保険者の皆様もかえって損になるわけですから、その辺もしっかり分析して、我々の必要以上の抑制はやめられたほうがいいですという話を最近しています。

今はそういう状態なので、皆さんもそういうことも頭に入れながら、余り難しい話を。保険者の皆さんも聞かされてもわからないような話になっていると思うので、その辺もっとシンプルに、ずばっと相手も納得するような話し合いが今日はできたらいいのかなと思います。

○荒井座長 どうでしょうか。一応、急性期、亜急性期、慢性期というのは、この期間ということで検討させてもらってよろしいですか。岸野先生、どうぞ。

○岸野（雅） 医学的には、お医者さんがおっしゃるのは「期」をつけたがるんです。我々柔整師、特に全柔協は絶対「期」をつけません。あくまで急性、亜急性でいきます。また学校でも、平成医療グループは全て急性、亜急性でやります。

その理由は、塚本先生がおっしゃったように、ある程度この問題で柔道整復師の診断権であるとか、いわゆる保険請求に絡むところへ持ってこようとしています。つまり、急性も亜急性も含めてですが、急性期でなければ柔整師には診断権がないから、療養費はそれ以外はだめだと言いたい人たちがたくさんいらっしゃるんです。

例えば、私も腕が悪いのでなかなか治らなくて、1カ月経ってから患者さんが転院をしたら、それはもう慢性だと言われかねません。つまり、保険の適用外だと言われます。そういうケースが頻発する可能性がありますので、「期」をつけるというのは、まさに気をつけなくてははいけ

ない。

次に、保険者が言うのと我々が言うのと、柔整師は負傷原因に余りに気を使い過ぎてい
るのではないかと。柔整師は治療家でありますから、現在来られている患者さんの症状を聞いて治療の方針を立てます。負傷原因は本来的に患者さんで、先ほどから学校でも教科書のように教えていますが、現実はその負傷を起こした場に、あるいは時に立ち会っているわけではありません。どれだけの力で直達外力が働いているのか、あるいは繰り返しされているのか見たわけでもありません。患者さんに聞いて、それを書く。はっきり言って、患者さんがわからないというケースも数多くあると思います。そういうもので保険の適否が判断されるよりも、むしろ今来られている患者さんの症状をよく聞いて、もちろん負傷原因も聞くのはいいでしょう。だけど、今の症状を捉まえて、自分の技術で治せる範疇なのか、あるいは再現性がどういうふうに出ているのかということをはっきり書いて、それで保険適用を考える。

つまり、1カ月前でも3カ月前でも、今日の前にいる患者さんは今の治療なので、今の症状なんです。それを柔整師が治療するんだ。そういう考え方に捉まえられないと、負傷原因で保険が決まるという話では、私はちょっと納得できないと思います。ですから、我々はお医者さんと違う概念を持った言葉遣いをしなくてはいけないのではないのかと思っています。

○本多 今、岸野先生からお話があったんですが、誤解されるといけないからつけ加えておきたいんです。私も一面は同意できます。しかし、負傷原因も必要なんです。負傷原因がない、わからない場合、明確にわからないというのは、患者さんがそういうふうにご認識されていない場合があります。寝違えなんかそうです。あるいはやや老人性の認知症状の方も自分で原因がわからない。しかし、症状はこう。そういう場合もあります。

しかし、やはり柔道整復師は原因は聞くべきであって、聞いてもわからない場合に、どういう症状なの、その症状はどういう原因から生まれてきたものかということをやっていく。やはり原因の探求はなければいけないと私は思っています。原因を全く吹っ飛ばしてもよろしいという議論はちょっと怖い。しかし、原因がわからないものもあるということを確認しておく必要は当然あるわけで、そこら辺の使い方を分けないと、とんでもない治療が増えてしまって信頼関係を失ってしまうおそれがあります。

そこら辺の原因までは押さえながらやってもらって、なお判明できない場合に、それを症状で固めていくのか、あるいは説得力があるのかなという感じを今持っております。

○荒井座長 ありがとうございます。この話だけでもう1時間ぐらいたってしまうので、どうでしょうか。基本的に急性外傷、亜急性外傷というのは発生机転のことであるという解釈で検

討させてもらってよろしいでしょうか。

○岸野（雅） 先ほどの申し方で誤解があったらいいませんが、私どもは、急性というのはその症状が非常に変動すると。いわゆる急性症状というのは傷病が変動していると。慢性というのは余り症状が動かない。そういう位置づけです。その中間的なものが亜急性だと。それは発生机転にも影響を受けることは間違いありませんが、必ずしもそういうことじゃなしに、今現在の症状が非常に急性的に動いているという状況の判断でやっています。

○荒井座長 わかりました。先生のところでは「期」をつけないと。急性、亜急性、慢性と、期間的なことは言葉だけで。確かに「期」をつけると、例えば山田先生も言っていましたけど、1週間、2週間とか、ある程度の期間を決めないといけないかなとも思っていますが、先生のお考えですと、症状によって急性、亜急性、慢性とあるということで理解してよろしいですか。

わかりました。そのようにまたこちらで検討したいと思います。

続きまして、ほかに先生方から何か提案ありますか。言葉の定義として、共通事項として持っておいたほうが良いということがあれば。

なければ私のほうから。症状固定という言葉がございます。これをどのように定義したらいいか。もしご意見がありましたらお知恵を拝借したいんですが。症状固定治癒という言葉もよく使われることがあると思うんですが。

坂本先生、どうぞ。

○坂本 すみません、もう一回確認させて欲しいんですが。今、言葉の定義の話がされていましたが、先ほどの亜急性も含めて、症状固定も含めて、これは業界独自の定義をしたいと、そういったところなんでしょうか。それとも、あくまでも現代医学的に共通した、共通言語としての定義をしたいということなんでしょうか。その辺、亜急性も含めてと、皆さんのお話を聞いていて、全くわからないんです、私。すみません、その辺をちょっと教えていただきたいと思いました。

○荒井座長 今ガイドラインをつくろうということで幹事が集まっていますが、その場合に、このガイドラインは共通した業界の統一した見解を持ったものとしてつくりたいと思い、いろいろな各方面に文書をお配りしてご意見をいただき、その検討のもとにガイドラインを作成したいと考えています。

○坂本 ありがとうございます。ということは、業界の共通言語として通じるものであれば、極端な話、極論ですが、対外的には、現代医学的には全く理解もないものであってもよろしいということで、方向としてはよろしいですか。

○荒井座長 なかなかいいことをおっしゃったと思います。多分これは医学用語とずれてくると思います。さっき山田先生も腰痛ガイドラインのことで急性期と慢性期の具体的な数字をおっしゃっていました。今、岸野先生がおっしゃったのは症状によって違うんだと。ここら辺がもう既に医学的なことと違っていると思いますが、多分そういうふうになぜか出てくると思います。

○坂本 そのずれを許容して定義を決めていくということですね。

○荒井座長 そうです。

○坂本 わかりました。

○荒井座長 あくまでガイドラインなので、これは指針です。第1回目の幹事会をやりましたが、積極的なガイドラインのつくり方と、消極的なガイドラインのつくり方があるのではないかという話が出ました。積極的というのは、具体的な治療の仕方を事細かく書くか。もしくはアバウトに最低限このことは患者さんに保証する。もしくはやってはいけないことはこういうふうにしよとか、そういう消極的な方法でつくり上げようと思います。

この対象とする方は、開業してから5年とか10年ぐらいの方を対象としています。その時期が実は一番過誤が多く、私が分析したところによれば、大体過誤の45%は開業5年で起こすんです。6年～10年の間で25%ですので、開業10年までの方が過誤の70%を起こしているのです。そこら辺を対象にしたガイドラインをつくりたいと思っています。

去年、接骨医学会で、議論の中で整形外科のベテランの先生だと思いますが、先ほどおっしゃった腰痛ガイドラインのことを非常に評価していなかったんです。多分私らがつくるこの慢性のガイドラインも、結局は10年ぐらい未満ですから、皆さん方が読んでもこんなことは当たり前じゃないかということになりそうな気がしています。そんなような趣旨で今つくることを予定しております。

○塚本 整形外科の方が腰痛ガイドラインを、我々の言っていることはもちろん理解できないというお話ですけど、整形外科学会から今85%は原因がわからないと言っているわけですから、そういったところでガイドラインをつくれというほうがおかしい話だと思います。

先ほどの症状固定の話ですけども、恐らく症状固定というのは、これ以上治療を続けても、組織の回復というか治癒というのか、望めないだろうかなというところで、もう症状固定だという判断をよくします。交通事故なんかでよく症状固定と言われてたりしますから、そういう判断だと思います。患者さんのほうはそれでも、ちょっと治療してもらえれば1週間なりいい調子で仕事ができるということであれば、それはそれで話し合いをしないといけないと思います。

先ほど申し上げているように、結局保険者さん、特に健保組合の皆さんにご理解をいただくために我々は何をするのかというお話を、もうちょっとシンプルにお話しさせてもらったほうがいいと思います。というのは、急性の治療であっても慢性の治療であっても、治療方法は違うのか一遍皆さんに聞いてみてもらったらいかがでしょうか。急性ならこうする、慢性ならこうすると。ただ、ポイントとしては、慢性治療の場合は、やはり生活習慣的な治療が必要ということで、各関節周囲の筋肉の筋力強化、そしてストレッチングとか、そういうことをやっぱり我々も治療で行っています。椅子へ座って、足首を持って膝を上げなさいという四頭筋の強化とか。そういったものやっつけていくことによって慢性的な筋骨格系の治療につながっているわけですから。ところが、ちょっと違うところは、俗に言われている肥満とかは解消してくださいとか、会話の中でいろいろお話しさせてもらっています。

それも続けてもらえればいいんですが、やはり忙しいとかお仕事であるとか、いろいろな条件があって治療が飛んだりすると、いい経過のものがまた後戻りしてしまって、長期の慢性かなという感じの状態が現場としては起こるといのは、これはもう事実の話なので。

だから、その辺も皆さんでよく話し合ってもらって、急性と慢性と全く違う治療をしているという人がいれば言ってもらったらいいいし。助手として整形のところへ行っている人もたくさんいるわけですから、全然違うことをしているという話があれば、そういったものも聞かせてもらえたら、せっかく集まった中でいい勉強会になると思います。

○本田 支払い側の保険者さんも参加されている、柔整師、あん摩マッサージ指圧師、はり灸師をお持ちの方も一緒に参加されているわけですね、この会は。

交通事故の話と健康保険の話はまた別物だと思います。

症状固定というのは、いわゆる事故に遭われた。交通事故の場合、事故に遭われると必ず慰謝料が発生します。休業補償、物損、いろいろなものが発生するから、単純的に払いたくないわけですが、保険者側としては。長くかかると。だから、払いたくないから、このケースではこれぐらいにしてくれ。いわゆるむち打ち症状では3カ月もいいところだろうと。4,200円、東京海上だと8,400円いきます、40日までは。各保険者側によって支払いが違うんです。例えばそういうケースの中で、向こうは早く終わりたい、早く示談させたい、でも患者さんは来たい。なぜ来るかというのは、我々が受付から会計までするからです。

昭和48年か49年、50年前後だったと思いますが、皆さんの医療費が、全骨接ぎを足しても、病院に払う国家の医療費の内科の湿布代しかなかった。7厘ですよ。医者が100%とすれば7厘しかない。0.07%。だから、非常に少ない予算でよかったんです。ところが、だんだん増

えてきたんです。当然柔整師も増えました、開設者も増えました。我々があつたときは7校しかなかったのが、今は100校ある。100校ある中で毎年1万人卒業すると、どんどん増えてくる。増えてくると保険者側はどうなるのかと心配するわけです。田舎で一つの病院が増えますと1億円の予算を立てなくてはなりません。

そういう時代になってきたときに、これを認めてくれ。我々は今慢性と言われる、症状固定と言われるのに関しては逡減をしているはずです。ものすごく良心的です。しかも、昔は10カ所出しても10カ所くれたんです。不支給決定を食らったことないです。だから、悪徳と我々が言う先生に至ってはビルまで建っています。今は3カ所でしょう。しかも0.7掛けが0.6掛けです。だから、利益を得にくくなった団体になっている。そこで皆さんたちが慢性疾患なんだ、これを認めてくれと。保険者側は「そんなことはもうだめだ。払いたくない」。払いたくないわけです。皆さんのこれは適正な税金です。保険料というものを徴収した以上、責任ある仕事をしなくてはならない。だから、私たちが責任ある仕事をするわけです。こうやって全体会議をしているのも、認めていただくための方法なんです。

いい加減な治療をするから、こんなことと言われる。不正、水増し、架空、それが多。これが事実なんです。私も審査をやっています。一遍私の会員もやられました。だから、「おまえちゃんやりなさい」と始末書も書かせました。そういう適正な指導及び体制をとっていけば、信頼は回復します。でも、目に余るものがあります。

私は下通の繁華街にあるんですが、接骨院と書いて赤いパトランプを回すんです。救急医療体制なのかと。表から、通路から中が見えるんです。やっていることは全部あん摩さんです。整体とあん摩とどこが違うんだと。保険者の支払いさん方はわかっています。整体に行けば保険は払わなくていいんだから。我々のところに来れば保険料を払わないといけない。どこが違うのか。接骨院に行ったら揉んでいるじゃないかと。これはあん摩マッサージ指圧師の領域を侵していることになる。柔整師のマッサージというのは、負傷しました、そこに対する軽擦法、強擦法、いろいろなものやっっていくのが後療だったはず。それがいつの間にか腰痛だ、膝関節の痛みだ。物療を使う方もいらっしやるかもしれませんが、そういう中でいかに信頼できるかというのは、やっぱりこの先生でなければ。

柔整師はこれだけの国家免許を持ってやっているんだから、信頼されるような団体にならなくてはいけないです。だから、経済と技術というのは非常に相矛盾するところがあります。これだけ不況になってきたから、恐らく厳しくなってきた。私も不支給決定を食らったことがあります。それはどうしてかという、この原点に戻ります。

診断するでしょう。私は診断とは言いません、施術なんです。首が動かないから少しでも動かして欲しいと来ました。健保組合から問い合わせが患者にいったそうです。「何で行ったか」「昔から痛かったもの」。ところが、私のところへ来たら「急に痛くなりました」。言葉が違っている。しかも不支給決定した人は事務官でしょう。私は柔道整復師です。診たにもかかわらず、1カ月か2カ月後にその患者に問い合わせをしたら、何かほかの疾患もあるのではないですかと言われて、私のところには不支給決定。今ちょっと保留にしています。患者さんに幾ら保険者が聞かれても、まともに答えられないケースもあります。だから、私どもに直接聞いて欲しいと言います。直接問い合わせしたら、わざわざ患者の電話番号は書いて。患者さんに聞きました。今どき柔整師のところへ行って電話番号まで書かせられた上に、サインまで。電話番号まで書けなんて個人情報を提供しますか。おかしな話です。病院へ行って提供しますか。歯医者に行って、内科に行って、自分の電話番号を書きますか。書かないです。個人情報の保護がこれだけ進んできたときに、療養費払いだから書かせるというのは非常に不当な差別である。印鑑が一応撤廃になったのは非常にありがたいことです。

そういう中で私たちは非常に真面目に古くからやっています。真剣に患者さんと正面を向いてやってきています。今、病院に行ってごらんください。どんな治療をするか。治療じゃないです。コンピュータがあって、パソコンたたいて、レントゲンを見て、「異常ありません。お帰りください」、こんな。問診、触診、打診、望診、我々に与えられた検査条項をしっかりと見ていた上で、私たちは施術に携わっているはず。それを「おまえらは信用できないから不支給決定した」、ふざけた話です。だから、「あなたは柔道整復師なんですか」と私は聞きたいです。

それが私たちの生きる権利だし、患者さんを守る地域社会、地域福祉、医療の原点である骨接ぎ医療です。それをちょっと曲がり解釈して、普通は腰だけなのに、必ず股関節をつける、膝をつける。首が痛いのに、首、肩、右肘とか。いわゆる頸肩腕症候群あるいは坐骨神経痛等の症状に対して、必ず三つつける人がおります。こういうものに行政側は不信感を抱いているのだと思います。当然三つだから、1人来るのと、3人患者が来たのと一緒です。増えている。

だから、インフォームド・コンセントとって患者とコミュニケーションをとって、どうしたんだ、いつやったんだ、それを明確に書かせる。皆さんたちも問診票を持っていると思います。その中で記載していくか、あるいはカルテに、施術要項に記載する義務がありますから、いつどうしたんだと書いていって、それを報告すればいいんです。それで慢性的な治療というのは、私たちは受付から会計までして、理学療法士から看護師から全部一括にやるわけです。そこで指導を聞かないから治らないわけで、それを慢性疾患だから、おまえたちにはもう症状

固定として払わないというのは、また別の問題です。だから、一生懸命治療をなさっていれば、それは社会的に貢献する原点だと。

骨接ぎに要らん話をしましたけども、そこから支払い側からずれているんだと。我々も一生懸命やっていない。いわゆる同業者でもちょっと目に余るところもある。それをやっぱり今後は正していかないと、この問題はずっと起こります。これだけは私が今日来て言いたかったんです。要らんことを申しまして済みません。

○塚本 先ほどの急性と慢性で違う治療をしているという方、ご意見があれば言ってください。なければ、同じような治療をしているという具合に解釈させていただきます。どうでしょうか。

○本田 急性期というのは固定をされませんか、いろいろな冷湿布とか。慢性期になると、それは当然けがだから取り外します。それに対しての施術をされるのではないですか。

○塚本 固定が必要なら。

○本田 固定が必要であればでしょう。

○塚本 テーピングとかで安静を保てるようにはします。

○本田 それを1年間つけるわけじゃないですよ。

○塚本 そうです。

○本田 適宜外していくわけですから、そういう感じで考えていけばいいのではないのでしょうか。

○塚本 それはそうですね。各人がみんな考えてやっていることだと思います。

○岸野（雅） うちも急性、亜急性、慢性、先ほど言いましたように症状ですから、それぞれ特徴を持った治療をしています。言われるように熱があれば冷湿布を使うし、熱がないものについては罨法とか、そういう治療の差はあります。

○荒井座長 一応急性ですとR I C Eという言葉があります。これは教科書にも多分出てくると思います。私が今考えているのは、ある程度経過した外傷の、慢性でもいいですが、そうしたときに、例えば運動療法だとか日常の生活指導であるとか、そういうものも含めて、R I C Eにかわる言葉。宿題でもいいですが、何か皆さんに考えていただけたらなと思います。R I C Eにかわる言葉が何かあったら。その前に、慢性的になったらどうですか。どういうことを患者さんに、治療として急性期と違うか、もしくはどういうご指導をするか。

○諸星 急性期はみんなほとんど変わらないと思いますが、痛みが慢性的に長く続いた場合に、特に急性と違って考える部位とか機能面に関してですが、それ以外に特に精神的な面はとても大事だと思っています。その辺に重きを置いて。また、社会復帰もしなくてははいけませんので、

そっちの社会面のことも考えて、慢性期には特に注意を払っております。

○塚本 先ほどから私が申し上げているようなところも、慢性期に対してはそういったアドバイスが必要になろうかと思えます。整形外科へ助手に行かれた方もいると思えますが、整形外科では特にそういう物理療法に対してどういう。我々と全然違ったことをしていることはないと思えます。その辺何かあれば、またおっしゃっていただければと思えます。

○荒井座長 ありがとうございます。ご意見として、この症状固定に関して、一般的には治療を行うと症状の軽快が得られるが、しかし翌日には再び治療前の状態となる。しかし、これが悪化予防の治療処置であれば、症状固定も治療していいのではないかというご意見もいただいております。どうでしょうか。

○塚本 その件については、僕は回数制限はするべきではないと申し上げているのは、我々の治療自体が、自身がどれだけの時間効果があるのかということと考えた場合、薬を処方しないですから、せいぜい24時間がいいところだろうと思えます。そうしたら、また明日になったら痛みが出てきているというのは普通の状態だと思えます。

だから、それにかかわらず回数を制限するということは、患者さんの立場からいけばですね。それはケース・バイ・ケースで、そうでない人もおります。また、そうである人に、あなたは10回、15回と決めることは、国民皆保険制度の精神からいったら非常にばかげた話だと思つて。

僕らも審査会で整形外科の先生にお伺いするのは、今こういう具合に厚労省から言っていますが、いかがですかと言ったら、それは通知で決まったことじゃないのという話をされます。そうしたら、僕のところへ患者さんが来て10回しました。これからは回数制限なので、今月はもう来れない。そのかわり先生のところをご紹介しますから、月末まで先生が診ていただけますか。そしてまた来月になったら返してくれますかというお話をしたことがあります。それは無理だろうという話で。そうしたら、患者さんが痛みで困っているのも、我々の場合10回か15回とか制限していくんですかという議論を審査会でお話しさせていただきました。

やっぱりこういうことは、本音と建前じゃないですが、きっちり患者さんの立場になって、何でもかんでも悪いことしてるからこうだとかいうようなことは避けてもらわないといけないのではないかと考えて。実際にそういうことをはっきり議論しましたから。だから、そういう具合になるわけです。我々薬を出せないですから、そんなに長い時間、1回治療して3日も4日も治るほど神の手を持っているわけではないですから。我々の治療というのは、せいぜい24時間痛みが和らいだらいいことだろうと。その繰り返しによって、その時間が少しずつ延びていって治っていくというのが我々の治療経過です。だから、そういうところの現場をしっか

り、柔整師の治療はこういうものであるということはやっぱり踏まえてもらわないと、何かとんでもない方向へ行ってしまっているような気がしています。

○本多 塚本先生の臨床的な経験でのご意見はよくわかりますけど、この痛みというのは非常に主観的なんです。客観的に非常に捉えにくいんです。そのために治療の制限や回数の制限をかぶせられるのは仕方のない部分があります。だから、そこのバランスをどうとるかが、このガイドラインをつくるときの大きな仕事なんです。

痛みがあるからやっていいんだというと、痛みというのは主観的で、極めてわからない部分があつて、第三者は見えませんから、見えなければ何でもいいかということになってしまう。そういう痛みの性質というか、そういうものを柔整師も十分に再確認して、もちろん理解している人が多いと思いますが、その痛みというものをどう捉えていくのか。科学的に捉えにくいんです。これは厚労省の痛みの報告書にも書いてあります。非常に捉えにくいんです。

それからもう一つは、症状固定後の治療をどこまでやれるかということです。

我々弁護士としても、交通事故が起きてから症状固定します。症状固定して損害賠償を請求する、これは確定できますから弁護士としてはやりやすい。症状固定かどうか非常に関心を持つところなんです。しかし、患者さんから見ると、症状固定してもまだ痛みがある。何か手が不自由だと、何か違和感がある。それを症状固定とぱっと突き放されると、ますます気持ちが悪くなってきて不条理な議論が出てきます。だから、もし医学的に症状固定という言葉があれば、その症状固定後の治療を柔整師はどこまで、どういう形で捉えてやっていくかということも、ガイドラインをつくる上で非常に大事なんです。

私どもがこのガイドラインで考えているのは、客観的な部分がある程度しきながら、そういう具体的な個別の事情をどこまで取り上げられるか。そういうことでどう規則化できるか。こういうところが非常に悩みです。これは別に柔道整復師ばかりではなくて、医者でも悩みは同じですから、そういうところをちょっと押さえていかなければいけないと考えております。

○塚本 今、厚生労働省のお話が出ましたが、厚生労働省も、今国民の多くが腰痛、関節痛、肩こりなどの慢性痛を抱えていると。筋骨格系の慢性痛を有しながら暮らしていくことは、長い人生を通じて生活の質、QOLの低下を招き、大きな問題となっている。このような慢性疾患対策の充実を図る必要があると述べています。そしたら、我々がそれをさわらない場合は、こういう具合に抱えている痛みを誰が治してあげるんですかということを知識人は考えていたかないと。誰がするんですか。

この誰がするんですかという話はちょっと離れます。と申しますのは、結局今でも予防介護

は大事だとうたっています。それなら誰が機能訓練するんですかということになれば、精度が上がっていないというのは、かかわっているスタッフがいないということなんです。厚労省の大串議員に聞いた話ですけど、スタッフがいない。だから、柔道整復師のマンパワーでそういったものを改良していただきたいと。バイタルは看護師さんがやって、あとの機能訓練的なことは柔道整復師でやってもらわないと、この問題は解決しないという話をされているので、やっぱりこの実態を踏まえないといけない。

何も我々が隅へ追いやられたような話ばかりしていないで、もっと表へ出て行って、我々の利用価値、役割なんかを訴えて、貢献度なるものを話して、なるほどと認めさせて。4,000億円、5,000億円の費用で、費用対効果をあらわしたら2乗も3乗も値打ちあるのではないかと、厚労省なり財務省が認めるような話を持って。実際に僕はそれを自負しています。それぐらいの活動を柔道整復師がしていると。だから、それぐらいの形で話をしないと。何か追いやられて、ちょっとだけさせてちょうだいという話なら、もうやめたほうがいいと僕は思っています。

○本多 今、塚本先生が引用されたのが、資料としては、厚生労働省が「慢性の痛みに関する検討会」というので平成22年9月に出された提言です。今回のガイドラインをつくるのに私としては非常に興味を持っているところは、今塚本先生が読み上げた場所と、ほかにこう言っています。ここが柔整師の入る部分かなと思っているのは、1ページのところです。

「慢性の痛みを来す疾患は」ということで三つに分けています。一つが筋骨格系あるいは結合組織の疾患から痛みが出てくる場合があります。それから、内科的な疾患があります、リウマチなんかそうです。それから、原因不明なものがあります。柔道整復師が本当にここら辺を区別できるのか。区別するときには、どんな治療上のルール、施術のルールをつくれるのか。

今塚本先生が、我々の仕事もあるんだ、できるんだと言っておられるのはよくわかりましたが、そのルール化をどうするかというのが、このガイドラインをつくる上での勉強会なんです。

現に厚生労働省は、この慢性の痛みについては、これから高齢化社会、超高齢化になると、ますますこのことが大きな社会問題になるんだということは言っていて、その中で柔道整復師はどうやって対応していくか。こういうためには、やはり「やらせろ、やらせろ」だけではだめなので、ルール化をどうやってガイドラインとして落としていくか。こういうことが大変重要であるというのが私どもの認識です。

○塚本 そこで先ほどから申し上げているように、我々はどんな治療をするんだということがエビデンスと言われているんですか。柔道整復師はどんな治療をするんだと言われているんで

すけど、何も変わったことをするのではないですと、さっきから申し上げています。物理療法です。いわゆる電療、罨法、手技です。それをどういう形でしているかということがエビデンスであって、その医療器具というのは、いわゆる厚生労働省が認可して効くと言ってる医療機器を使って治療しているわけですから、それをこれはいかん、あれはいかんと言われていること自身が、僕は何を言っているのという具合です。

これはもうはっきりしたエビデンスなんです。このまま慢性疾患に対してかかっていくなら、柔道整復師はこういうことをしていると。そこへプラス筋力強化運動といったこともできて、いろいろな運動指導もできるわけですから、このマンパワーを生かすことが一番この人たちを救うのではないかというのは、何も間違った話をしているつもりではないです。これは医師がやりますということだったら、医師がしてくれたらいいんです。

○本多 そんなことを言っているのではなくて。この痛みの原因が、いろいろな類型があったでしょう。柔道整復師はそれが類型できるんですか。できるためにはどういう訓練を受けたらいいんですかということが大事なんです。治療していること自身を否定しているわけではないんです。この痛みは内科的な疾患で来ている痛みなのか、あるいは運動系の痛みなのか、あるいは原因がわからないのか、そこら辺の判別というか。そこを皆さんはどのように日ごろの施術の中でやっておられるのか。やっておられることについて、それをルール化してガイドラインに上げられませんかというのが我々の関心事です。

塚本先生がおっしゃっているのは、そういう治療をしています。多くの方は多分そうだろうと思いますけど、問題はその判別です。実は判別が非常に難しいわけですから、そこをちょっとお教えいただければ大変ありがたいと考えています。

○塚本 その決め方は、いわゆる診断機器を我々使えないですから、患者さんの問診によって、どういう原因で起こったのかとか、今どんな症状が起きているんだということを言われれば、これは筋骨格系の疾患だという判断は、これは我々の長年の経験でできるわけです。

○本多 そこを聞きたい。どういう問診をしたらいいか、どういう触診をするか。その類型化ができないとだめなんです。

○塚本 それは患者さん自身も多々あって、全部同じ患者さんではないですから。

○本多 だから、その類型化が必要なんです。その類型化をどう持っていくかということなんです。

○岸野（雅） 類型化していても、結局原因不明という範疇があるぐらい今の西洋医学全てが解明されているわけではないですよ。先ほど本多先生が言われた中でも、複合的なものも

あるというふうに言っているわけです。私たちは、今日の治療が明日の症状にどう変化したか。それによって、例えば先生が筋骨格系だと思って筋骨格系の筋肉強化とか筋肉に対するアプローチをして、それが痛みとか症状の軽減につながっているのであれば、筋骨格系を中心に治療すればいい。それで反応がなければ筋骨格系を捨てて、神経か内臓かということ疑って、またそれにアプローチをしていく。いわゆる実際にやってみてアプローチをして、行き当たりばったりという言葉が適当なのかもわかりませんが、もともと我々の医療はそういうところですよ。エビデンスというのは、塚本先生が言われるように、その手技によるエビデンスを科学的に証明しようといったら未来永劫出てこないです。むしろ統計で、こういうやり方をして、こういうふうに治った人が何百人、何千人おりますということがエビデンスになっていくと思います。実態上これだけ、3,000年かどうか知りませんが、少なくとも私どもの治療がずっと患者さんに受け入れられているというのは、一つのエビデンスです。もし治っていない、あるいは悪化するというのは患者さんは来ていないはず。だから、そういうところをもう少し相手というか、厚生労働省あるいはお医者さんにもわかるような説明に文書をつくるというのが大事なことだと思います。

それからもう一つ、症状固定という文書、先ほど熊本の先生がおっしゃっていたように、確かにこれは費用の話もあるのですが、基本的にこのエビデンスをもとに回数でガイドラインをつくるかということになると、これは大問題になると思います。回数では患者さんは一通りにはいかないと思います。必ずそれ以上の患者さんも出てくるし、それ以上やったことによって治ったという患者さんも出てくる。そうすると、そのガイドラインが誤りなのか、症状固定として診断された先生が誤ったのかという問題が出てくるので、もう少し誰しもが納得するような数値を持つようなガイドラインの数値をつくって欲しいと思います。

○菅俣 さっきの「はじめに」の中にある慢性の痛みを来す疾患の類型というところですが、最初の間診だけでこの類型をばしっと判断できるものであれば、それは最初から範疇外なので、医療機関に紹介するなり、的確なことはできると思います。

ただ、最初に筋骨格系のものであろうと見立てを立てて、治療方針を立て治療していったところを多分術者は適時評価しているはずなんです。ある程度評価していく中で効果があれば続けていくべきであろうし、効果がない、もしくは悪化しているというところであれば、その時点で方向性を変えていくべきである。

だから、もしガイドラインという形でそれをつくるのなら、ここまで判断しなくてはいけないというような制限というか、判断をつけるべき基準を、さっきの言い方で言えば消極的と

いうのかもしれないですが、考えていく必要があるのではないかと私は思っています。

○塚本 先ほどの話で、一応やりながら2週間ぐらいしていて余り効果が上がらないなと思ったら、恐らく対診、これは皆さんしていると思います。内科のお医者さんなり何なりにちょっと診てもらっておいで、レントゲンを撮ってもらっておいでという話はしていると思います。だから、とりあえずやって、2週間しても余り芳しくないと思ったらやらないと怖いからです。それはちゃんと皆さんしていると思います。

○菅俣 それをやっていない人たちがいるからガイドラインが必要なんです。

○塚本 それはやるべきだでいいのではないですか。それと、今日一番聞きたかったことは、医療機関はいろいろあるわけです。痛かったらどこへでも行けるわけです。なぜ柔道整復師を選ぶのか、選んでいるのですかということと今日は一番聞きたかったんです。なぜ柔道整復師を選ぶんだ。柔道整復師の治療に来るんだということと一番聞きたかったんです。

そして、それを参考にして我々の明日からの治療にまたプラスできればいいかなということで、今日お伺いした目的です。

○荒井座長 ありがとうございます。田中先生、どうぞ。

○田中 日本柔道整復師会会員の田中です。いろいろ先輩先生方のお話を聞いていると、このガイドラインの趣旨と全くずれています。はっきり言って、この会は我々の既得権を守る会合ではない。あと、保険者の方も、聞いていて多分そう思っているとは思いますが。

患者さん、我々、保険者さん全員がウイン・ウインの関係になるための会合なんです。私が考えるには、確かに亜急性、急性、そのほか期間の分け方等いろいろありますが、一番大事なものは、患者さんは痛みを持ってきている。それに対して適切な判断をして適切な治療をする。いつが急性期で、いつが亜急性期か。それを明確に、いつから痛めて、どういう負傷原因で、治療方針を立てて治療して行って、それに対しての効果を保険者さんが認めてお支払いする。それが療養費だと思います。ここからグレーゾーンと言われている部分に対してどうするかということです。それに対してどういう痛みが出て、可動制限が出て、肩もそうですし、腰も、前屈がどこまでできるか、何度前屈できるか。それが1カ月後になったら何度まで改善したか。そういう効果を見て、治療効果があるとして療養費として支給という形になると思います、このガイドラインが完成していくと。

そこで効果があるかどうかわからない治療に関して療養費を支給してくださいというのは、ちょっとおかしな話で。効果があるかどうかわからない、要するに症状固定です。症状固定でも、確かに患者さんは治療を求めてきます。ですが、症状固定のものに関して治療していくの

に、いきなりもう3カ月だから今日から症状固定と言っても患者さんは納得しません。ですが、そこで一定期間を区切って、これだけの治療をしたのに効果が見られないからということの説明責任をちゃんと果たした上で、症状固定として患者さんに認識させる期間として、例えば一月なら一月という、症状固定後の治療期間はこれだけは療養費として認めますという形に持っていくようなガイドラインをつくるのが、ここの会合の趣旨だと思います。

そもそも急性、亜急性という期間はどうでもいいです。はっきり言って、痛みがいつから起きて、痛みの症状が急性の症状であるならば急性に対しての治療なので。途中で急に、今まで慢性的な腰痛があっても、ぎっくり腰になったやつは急性の痛みになります。なので、急性期の治療をします、先生方。そこから症状が改善して行って、以前の症状に戻った時点で慢性だと思います。そこから治療効果が見られなければ、症状固定として患者さんにちゃんとある程度の治療を、一定期間の治療をして納得していただいて、これ以上は自由診療ですという形に持っていくのが私はベストじゃないかと思いますが、先生方のご意見いかがでしょうか。

あと、支給する側の保険者さんからの意見も聞いたほうがいいと思うのですが、いかがでしょうか。

○荒井座長 ありがとうございます。今日は柔整師のガイドラインで、保険者さんからは保険者会議でいろいろお話はいただいております。保険者さんがおっしゃっているのは、やはり今のレセプトだけでは情報量が少な過ぎる。内容もわからないし、どういう治療をしているのか。

ですので、私たちは平成25年11月施術分よりJB接骨院の申請書を新しい申請方法で、方策(案)に沿って提出をしました。それには事細かに情報提供書という書類をつけて提出しております。先ほどの症状固定の話や慢性の話もそうですが、一応検査機器としていろいろな角度計だとか、症状を事細かに書いて情報を提供して、毎月それがどのように変化したかというのは提出するようにしています。

それと、よく整形外科に通っていて、例えば脊柱管狭窄症だとか、そういう患者さんが我々のところに来ることがあると思いますが、基本的にそういう器質的な疾患があったときでも治ることはあります。それは本当に脊柱管狭窄症だったのか、実際にはどうなのかというのはよくわからないこともあります。

先ほどの本多先生のお話の鑑別診断というのは、確かに1回ではできないです。2回、3回治療して、これは柔整適用かどうか、そのときに判断できると思います。塚本先生がおっしゃったように、やはり内科的な疾患、結構危険な患者さんもお見えになるとと思いますが、やはりそこら辺のことをガイドラインには書きたいなど。せめて2~3回ぐらいは、菅俣先生がおっしゃ

ったみたいに、ある程度の期間は認めていただかないと、次のステップに患者さんを紹介できないです。

私ども柔整師は痛みの窓口であるので、いろいろな患者さんが見えます。変な話ですけど、柔整師というのは医療のふりいじゃないかと私は思っています。要するに最初の窓口であって、ホームドクター的な存在で、この痛みは柔整適用かどうかをまず判断します。柔道整復術が適用かどうか。それで2回、3回して、おかしいと思ったときには、他で診ていただきなさいと。それでおかしくなかったら、私たちにはこういう治療法しかないし、これでよくなるのであれば、また戻ってきてもいいですよというような話をします。せめてこの鑑別診断がわかる2〜3回目とか、菅俣先生がおっしゃったみたいに、ある程度の期間は認めて欲しいというのが私の本音です。

○本多 先ほど塚本先生がこれを聞きたいというお話がありました。どうして患者さんは整形外科医ではなくて柔整師を選択するのか。どうしてそこに来院されるのか。私は患者さんだからわかります。今、日本の医療は総合医療じゃありません。個別医療ですから、自分で判断しているわけです。今日の腰痛はどうかとか、この痛みは何だろうと自分で自己判断して、あの先生なら多分説明してくれるだろう、あの先生なら信頼を得てやってくれるだろう。まずそういうところで、その先生に意見を聞きたいんです。自分の今の症状の意見を聞きたい。これは多分患者の心理の20〜30%だろうと思います。もっと他にもあるかもしれませんが、私はそう思っています。そのときに柔道整復師はどう説明していますか。ほとんど説明していない。「はい、ベッドに入ってください」、はいとすぐやってしまいます。痛みの苦しみや悩みや、そういうことについての聞き方、聞く方法、実は勉強してないのではないかと思います。そういうことをガイドラインの中には是非入れて、そして痛みの窓口とおっしゃったけど、そのとおりでして、その痛みをどうやって柔整師が自分の治療の中で生かせるか生かせないかというのも、このガイドラインの中には取り込んでいきたい。

塚本先生の質問の答えになったかどうかわかりませんが、多分多くの患者さんは痛みを訴えて、その痛みの説明を聞きたい。いつ治るか聞きたい。こういうところに大きな要求があって、整形外科医ではなかなか答えてもらえないし、敷居が高過ぎて答えてもらえないとか、説明ができないとか、すぐ薬を持ってこられて薬づけになってしまうとか、いろいろなことで不満が残って、その不満があって先生方のところには来ております。そういうところをどう捉えていくかというのが、多分このガイドラインをつくる時には大事です。

もう一つ、坂本さんは超音波のご研究をされている先生なのでお聞きしたいのですが、今、

鑑別の問題がありましたが、超音波というものはどういうふうに、特に慢性期に入るような痛みです。急性期の場合はいいです。慢性期に入ってしまったような、急性期を越えたという言葉を使っていますが、そういう疾病に対して、外傷というか、そういうものに対して超音波というのはどういう形で機能しているのか、機能していないのか。あるいは将来こういう機能が期待できるか。ちょっとお話を賜れば大変参考になりますが、どうぞ。

○坂本 私、今超音波の学会認定講師をやっています、20年ほど、エコー検査と言うとちょっと語弊があるかもしれませんが、エコーで患者さんの体を診させていただいております。

慢性疾患に限ってというところとちょっと厳しいところがありまして、慢性の、例えば首や腰の痛みの患者さんに対してエコーで何が診えるかといいますと、筋肉の状態、靭帯の状態、こういったものが見えますが、それが正常と、健常なものと比較して、痛みの原因となるような異常を示している所見がエコーで診えるかという、首や腰に関しては、エコー検査に関しては難しいというのが現状です。

ところが、肘や膝や、そういった体幹よりも体肢、四肢の骨の変形、いわゆる慢性と言われるものが、もし変形のほうに背景として原因するものであると仮定してお話をしていますが、そういった場合には、変形に関してはレントゲン、X-pと同じレベルで診ることができます。当然膝関節の水腫ですとか、その他一般骨棘というものも、レントゲンと全く変わらないか、むしろ解像度はレントゲンよりも非常に高く、一般に普及されているエコーはMRIと同等か、それ以上の解像度を持っていますので、そういったことで緻密な、非常に解像度の高い状況で確認することができます。今の話題の慢性、亜急性という話題からはちょっとそれですが、どちらかという骨折だとか靭帯損傷とか、そういった急性の外傷にとっては非常に有用な画像診断であって、骨接ぎにはなくてはならないものであると考えておりますが、こと慢性に関しましては、変形と痛みの関係がどういう解釈になっているのかという問題は、明らかに別として考えなければいけないと思います。変形イコール痛みというふうに皆さん一般的に、これは患者さんの皆さんというレベルでお話ししておりますが、そういった意味では変形が痛みの原因であると考えがちですが、実は変形というのは、エコーでつぶさに診ていきますと、結果であって原因ではないと。原因でなくて結果として出ているものだという症例に出会うことが多いです、その辺は慢性と絡めていくのは逆に危険なかなという印象を持っております。ただし、一部骨化したような筋や腱、こういった骨化性のものや、一部石灰化しているようなものは、当然レントゲンでわかるようなものの120%ぐらいリアルに、無侵襲性、被曝することなく把握できるということは現状として皆さんにお伝えしたいと思います。

○荒井座長 だんだん時間もなくなってきましたが、統一的な言葉で、何かこういう提案がありますか。決めておいたほうがいいことというか。

○岡本 柔整真進会の審査担当理事をさせていただいています岡本と申します。先ほど本多最高顧問がおっしゃっていたように、患者さんが整形外科ではなく私たちを選んで来ているというのは、話をよく聞いていただきたいという思いでいらっしゃる患者さんがほとんどだと思います。であるにもかかわらず、今の柔道整復師自体が、そういう話を聞いてもらえない、すぐに手技に入ってしまう先生が多いとおっしゃっていましたが、必ずしもみんながみんなそうではないと思います。柔道整復師の間診、その間診の中の一つである徒手検査法、それに基づいたところで保険適用であるか、そうでないかというところの診断をした上での治療。その中で、1回目ではわからなかった徒手検査法で、2回目、3回目と入るうちに関節の可動域が広がったことによって、急性期の状態で来たときには診れなかった症状というのも、どこの筋、どこの骨格だとか、その損傷状態がわかっていくこともすごくよくあることだと思います。

患者様が、整形外科医でなく私たちを選んでくれているというところは、その間診の中、1回目の初診の段階だけでなく、2回目、3回目を通して、だんだん患者様の生活習慣だとか、どうやって痛めた、最終的な結果がこれだったのかという原因を突きとめられるというのも、私たちを選んでいただいて、たくさん会話をしていく中で選んでもらえるところだと思います。

このガイドラインをつくるということに対して、急性、亜急性、それ以上の慢性の状態、それがどう保険適用であるか、そうでないかという判断と、それに基づく治療自体の一番最終的な判断の基準としては問診、初診の段階での問診だけでなく、2回目、3回目も含めた上での問診というのも大きな意味になるのではないかと思います。

○荒井座長 ありがとうございます。本田先生、どうぞ。

○本田 ここにいい資料がございまして。痛いから私たちのところに来るんだと。最初本多弁護士がおっしゃり、今岡本先生もおっしゃったように、なぜ我々のところに来るか。痛みをとってあげるからです。すぐに社会復帰ができるような状況に改善してくれるから来るわけです。痛みということで、原点で、みんなわからないのか、わざと知らないふりをしているのか、ちょっと図解して。ちょっと黒板使っていていいですか。

熊大の薬学部には甲斐広文教授がおられます。我々電気治療器を使うので、ソーマダイーンという機械を持っておられると思いますが、この人の理論で、人間の細胞は電解質です。いわゆる一つの細胞は電解質。これが1 cell です。これが60兆個集まると人間の身体ができるわけです。電解質、いわゆる科学的に言えばNa、K、Cl。人間の細胞は電解質でできています。

この60兆個の集まりです。痛みはどのように起こるのか。彼はカリウム(K)のプラスイオンの増量だと言います。これはアメリカのダニエル博士も同じ理論です。ただ違うのは、ダニエル博士が13年前に人間の周波数を8Hzと決めたこと。甲斐広文教授はこれを50Hzと決めたことです。2カ月前に甲斐君と話したところ、私は日本の薬剤師学会から総スキャンを食らっている。お薬をやらないで、機械開発してどうするんだと。でも、人間の医学界にとってはとても貴重な話。山口県の東京日動火災の係から聞かれました。今の医学界でもこれに非常に興味を持っているそうです。カリウムのプラスイオンが増量することでどうして痛みが起こるかという、脳の知覚神経が拾います。だから人間は痛みを感じるのです。もともと人間というのは電気で動かすんです、200~700マイクロアンペアの。電気で人間は動かすと。だから、ペースメーカーも乾電池で動かすでしょう。同じ電流を流しているのです。その電気を、超微弱電流を流すと、カリウムのプラスイオンが正常なNa、K、Clに戻るのだそうです。

はっきり言うと、癌にも効果があるし、耳鳴り、めまい、アトピー、全ての疾患にうまくいきます。だから、医学界は余りやりたくないんです。これをやると薬をやらなくていいから。日本の医学界にとって、患者さんにとっても、物すごくいい明るい材料です。ただ、それをやると医学構造が崩れるでしょう。だから余り言わないのだと。

1 回流しますと筋弛緩が起こります。変形とか何とかって、今はもう痛みの原因はストレスです。ストレスということでみんな感じるから痛い。それも脳の知覚神経が拾うからです。その電気信号を人間は送るから。これをカットする材料を、皆さんいい機械を持っています。ただ、低周波でなぜできないかという電流が強いから。5~25 ミリアンペアを流すからです。これを200~700マイクロアンペアぐらいの非常に弱い、100万分の1アンペアを流すことによって、これは脳が拾うんです。だから脳の働きが正常になります。だから自律神経の調整もできます。だから痛みを早くとることができる。症状固定ということで長引かせないで、我々はこういういい治療道具を持っていますので、そういう方向でも早く治る。ただ、早く治るから一番困っています、患者が来なくなりました。それが事実です。やっぱり早く痛みをとることによって患者は来なくなります。それだけの話です。

○荒井座長 どうもありがとうございました。私たちこういう道具とか、こういう理論というか、学会発表するときでもそうですが、こういうのをメカニズム論といいます。私らがここまで証明することというのは、柔道整復師には非常に難しい。基本的には私たちエビデンスを求めるのは、現象論といいまして、治療の結果からN値を、たくさんの被検者を集めてやる方法がいいと思います。

長い間、ありがとうございました。最後に本多先生からひとつ締めのお言葉をお願いします。

○塚本 済みません、その前にちょっとだけ。今日は保険者の方もおみえということなので。我々の最終的な目的は、今言われている平均寿命と健康寿命があるわけですが、健康寿命をできるだけ平均寿命に近づける。いわゆる我々の慢性的な痛みを緩和させてあげて、治療効果ということをすると言いますが、高齢者にとっては、よくなって飛び上がるのではなくて、やっぱり維持できていることが非常に大事なんです。その維持できていることによって入院を避けられる。健康でいられて平均寿命に近づけるということが我々の最大目標であり、医療費抑制につながるということなのです。その中で、先ほど申し上げていたと思いますが、やっぱり我々の会話力というのは心療内科的な効果も出ているわけですから、我々にはそういったところの能力があるんだということを保険者の皆さんにご理解いただきたい。

一部とんでもない連中がいることを、みんながそうであるように言われてしまうわけです。僕も審査会で審査会長から「君らは10回しか来てないのに15回で出したり、来てない患者を請求したりする人がいる」と言うから、「います」と言いましたら、「ええっ」と言うんです。それはどの業界でも一握りの悪というのはあるわけで、「先生方もおいででしょう」ということではっきり申し上げたんです。だから、一部のことを捉まえていろいろやっていると、逆に日本の国の医療費は抑制にならないと思うし、やっぱり今言ったように予防的なことができる我々の力を十分発揮できるようなことを保険者の皆さんからも声を上げてもらえば、厚労省、財務省は納得してもらえと思うので、よろしくお願ひしたいと思います。

○本多 最後になりましたので、ちょっとまとめてみたいと思います。

このガイドラインをつくらうと思ったのは、保険者の方々とか、あるいは患者さんにお会いしてみると、柔道整復師はどういう施術をやっているんですか、何をやっておられるんですかと、極めて当然のような、当然でないような質問を繰り返されます。なぜそういう質問が出るかということ、いろいろな原因があります。どうも私の経験では、柔道整復師施術を認識する最大公約数的なものがないと言ったらおかしいかな、乏しいんじゃないかと思います。何かばらばらな感じがしている。これはやっぱり社会の支持を得られない。それで何とかガイドラインをつくってみようと思ったのです。この全体会議を何回か繰り返しやるわけですが、この会議を開いたときにこういうことを耳にしています。これはどこの団体とは言いませんが、「我々は急性外傷しかしていないから、こんなガイドラインをつくる必要はない」ということをおっしゃるんです。私は「本当ですか。嘘をついてはいけません」と。塚本先生がおっしゃったようにやっています。効果も上げているんです。だったら、それをもっと正面に出して、そして正々

堂々と議論されたらどうですかと。それをやっていないと言って後ろへ隠して議論をしているから、全然発展性がない。昔のレントゲン問題もそうでした。レントゲンは撮りません。刑事事件になったものですから、僕が何回聞いても、偉い先生方は「撮っていません」「嘘をつけ。ポータブルを持って歩いているじゃないか」と。もう事実はそうなっているじゃないか。それを一生懸命「撮ってない、撮ってない」と言う。それを話題にすると潰されるから話題にしないでくれと言って、嘘をついてきたんです。

嘘からは何も生まれません。嘘から生まれるのは不信感だけです。だから、やっているものはやっていると、きちっとそれを提示して、そして良し悪しをきちっと議論して、ルール化していくというのが、この業界が発展していく基礎になると私は確信しております。

もう一つは、こういう意見も出ました。こういう議論をしているのは時期尚早だと。どういう時期が尚早で、どういう時期だったらいいかよくわかりません、その方が言っているのは。そういう意味で、やはりまだ柔道整復師は保険者さんに疑われたくない、支給をとめられたら困る、そういうことだけに囚われすぎている部分があって、本当の技を世間に開示していない、示していない。

こういう悔しさを私は感じていますので、このガイドラインを通して、そういうものを表へ出して、そしてきちっとしたルール化をしていきたい。つきましては、一握りの人がガイドラインをつくっても何の意味もありませんから、非常に汎用性が高いものをつくりたいと思っています。これを機会にお友達にも誘いをかけて。時間的にも距離的にも、こういうところに出られない方は、インターネットあるいはファクス、メール、いろいろな手段で意見を聴取していきたいと思っておりますので、ぜひご協力をお願いしたい。

今、荒井さんをお願いしているのは、フリートーキングは2~3回やって欲しい。大体わかるから、本格的なガイドラインづくりはそれから各論的にやっぺいこう。こういうふうなスケジュールを組んでおります。特に本田さん遠くから、塚本さんも遠いけども、野澤さんも遠いけども、ひとつ来ていただきたい。特に野澤さんをお願いがあるのは、日整さんにも大いに声をかけていただいて、どしどしとこういうところに参加していただけるように内部でご説得を願いたいと、このように考えております。以上でございます。ありがとうございました。

○澤田 本日はこれで柔道整復施術ガイドライン作成のための全体会議を終了いたします。

午後2時35分 閉会