

柔道整復施術ガイドライン作成にあたって

(第2回 全体会議)

平成26年2月16日(日)

“患者と柔整師の会”

於：柔道整復師センター

午後1時00分 開会

○澤田 本日の司会を務めさせていただきます社団J B日本接骨師会事務局の澤田と申します。よろしくお願いいたします。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日に日整の会員の先生も参加されて開催された「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て開催されました。そして、去る1月19日に第1回全体会議が行われております。

「柔道整復施術ガイドライン作成にあたって(第2回全体会議)」に先立ちまして、会議における注意事項等について簡単にご案内いたします。本日は速記士を入れておりまして、議事録を作成します。後日、社団J B日本接骨師会のホームページを借用し、公開を予定しております。なお、ご出席の方々へは議事録を別途お送り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とお名前をおっしゃってからご発言をお願いいたします。前回と同様に神奈川広報支援機構、平野様を通じて、当会議のニュースリリースをマスコミに流す予定になっております。本日は当会議にご関心のある保険者の方々も参加されております。ご参加ありがとうございます。

会議を始めさせていただく前に、本日の資料がお手元にあると思いますが、その中に、業界団体82団体、日整さん47都道府県本部及び727の保険者様にご案内させていただきました。このご案内によりまして、本日ご着席の方々にご参加いただきました。ありがとうございます。

前回ご出席になられていない方には、前回の1月19日の資料を別封筒でご用意させていただいております。

座席表に準じて、今回初めてご参加される方のみご紹介させていただきたいと思っております。

東京海洋大学教授、佐野裕司様。

フィジカルコンサルティングカンパニーecotphy 代表、瀧内佑介様。

社団J B日本接骨師会会員、小林宏之。

社団J B日本接骨師会常任理事、河野示。

社団J B日本接骨師会常任理事、平野征洋。

社団J B日本接骨師会会員、及川和巳。

接骨医療臨床研修所付属J B接骨院院長、小林勉。

以上の方々为本日初参加の方になります。ありがとうございました。

当会議にはご欠席ですが、文書にてご意見をいただいた方のお名前をご紹介させていただきます。

協同組合NSK保険協会、早川真様。社団JB日本接骨師会会員、川辺二郎様。社団JB日本接骨師会会員、園田昭仁様。社団JB日本接骨師会会員、平川敬史様。社団JB日本接骨師会会員、田柳和儀様。簡単ですが、ご紹介させていただきました。

本日の共催団体をご紹介します。

当会JB日本接骨師会、協同組合NSK保険協会様、さくら接骨師会様、熊本中央整復師会様、一般社団法人柔整真進会様。以上の5団体が共催団体になっております。

では、「柔道整復施術ガイドライン作成にあたって（第2回全体会議）」を開催いたしますので、ここからは当会議の座長であります社団JB日本接骨師会、荒井俊雅常任理事、よろしくをお願いします。

○荒井座長 社団JB日本接骨師会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。このガイドライン作成の幹事長及び本日の座長も務めさせていただきます。

ただいまから今回の、第2回目になりますけど、趣旨説明をさせていただきたいと思います。

前回1月19日の会議では、発生機転における急性、亜急性外傷の定義、そして期間としての急性、亜急性、慢性の定義に関する議論を行いました。

亜急性外傷の文言は「柔道整復師の施術に係る算定基準」に載っているにも関わらず、柔整師同士及び保険者との共通の理解のないことがわかりました。これは新しい概念として養成校の教科書に載っているため、ベテラン柔整師の方々及び保険者の方々にも周知されていないことのようにありました。そして、急性、亜急性、慢性の期間の捉え方は、患者さんの状態にあわせて表現したほうがよいのではとの意見が出ました。部位により急性期、亜急性期、慢性期と期間が決められている医療の考え方は、診療保険点数の問題も絡んでくるのか若干柔整では表現も変わるのかもしれませんが。

さて、このガイドライン作成は、全ての柔整師が養成校で統一した教育を受けた急性外傷の、いわゆる5負傷、骨折・脱臼・捻挫・打撲・挫傷に関するものではありません。それ以外の亜急性外傷、急性期経過外傷もしくは軟部組織損傷に関してです。この目的は、我々柔整師に国家資格があるにも関わらず、最低限国民に担保された基準のある治療法が統一されてはおりません。そのためにも業界で共通理解のもと、ガイドライン作成に皆様のご意見を伺うことが、この会議の目的でございます。なお、会議には速記士を入れ、公開させていただきます。会議はフリートーキングとしまして、1回大体2～3分。それと、先にお配りした資料などに基づいてご意見をいただいてもよろしいですし、進行上、議題を変えることもございます。

今回の議論の議題は二つございます。最初に慢性痛や慢性疾患に関することと、鑑別診断方

法のガイドラインについて議論を進めたいと思います。趣旨説明は以上です。

それでは、慢性痛、慢性疾患に関して議論を進めたいと思いますが、最初に前回同様、山田先生いかがですか。

○山田 JB接骨師会理事の山田です。慢性痛というものの考え方の一つとして、厚生労働省が「今後の慢性の痛み対策について」という「慢性の痛みに関する検討会」の、これは厚労省のホームページにもいろいろな報告書や調査された内容と検討された検討会の資料が出ております。一応出ている資料は全部目を通させていただきました。

ここで言われている慢性の痛みというものに関しては、癌とか精神的なストレスによるものの中には含まれています。あとはほとんどが病気です。ただ、我々が遭遇しているような変形性関節症とか、四肢における慢性の痛みというものも載っております。ただし、余り具体的には載っていない。ここで見受けられる場合は、どうも余り再現性のないような痛みを主に慢性的な痛みということで取り扱っているように思います。

我々が日常遭遇している中で、やはり慢性的だと言われるものもたくさんあります。一番代表的なのは五十肩のような、よくグレーと言われている部分です。五十肩自体が200年前ぐらいから論文が実は出ていて最新版が2000年ですが、まだ原因は不明です。約半分ぐらいは何となくこういうことが関係あるだろうということがわかっている、原因はまだ不明なのですが、それを我々は昔から扱っていた部分です。

普通の関節の捻挫と違うのは、経過が違うということです。ただ、最終的には治ります。その他の肩の慢性疾患とは全く違うものです。ですから、その辺を我々も鑑別的に考えていったらいいのではないかと思います、いかがでしょうか。

○荒井座長 ありがとうございます。今、再現性がないという言葉もございましたけど、慢性というのは、皆さんの頭の中にある概念というのが、何かずれがあるように感じます。これは私たちや医療者と例えば患者さんです。患者さんもみえたときに「いつから痛くなったの」と聞くと、「前から痛いんです。慢性の痛みなんです」と、よくそういうふうに表現する方もいらっしゃいます。また、保険者も慢性という意味の捉え方はまた違うかとは思いますが、一体慢性というのはいつから始まったのか。もしくは誰がそれを慢性と決めているのか。それと、慢性にはちゃんと最後、例えば治癒であるとか、慢性の最後はあるのかとか、そこら辺どうでしょうか。慢性の定義でもいいです。捉え方とか。一体誰が決めたのか。

○山田 厚生労働省の「慢性の痛みに関する検討会」の中では、一応痛みの定義は国際疼痛学会の定義がありまして、組織と組織の実質的、潜在的に結びつく、そこからの痛み、不快な感

覚や情動体験というふうにもなっていますが、慢性の痛みに関しては、これは定義ですが、慢性痛は急性疾患の通常の経過あるいは損傷の治癒に要する相当な時間を越えて持続する痛みとなっています。ですから、期間ははっきり定められるものではないですが、基本的には普通なら治っていないとおかしいですよねというところの相当時間を越えているもので、なおかつ持続しているものというふうに定義はされています。

ただ、ほかの内容から見ていると、検討会では月単位で1カ月以上続く痛みもそのようなものとして取り扱われているので、一概に期間だけで決められるものとは思われません。

○本多 厚生労働省がホームページで出しているのは、資料によると平成22年9月に厚生労働省の「慢性の痛みに関する検討会」で提言をされています。前回出したと思いますが、その中に、多分山田先生は読まれてお話をされていると思います。

ここで我々が議論の対象にするところは、1 ページ目のところの厚生労働省の見解ですが、近年の我が国における健康づくりの取り組みについては、人口構造、高齢化社会という意味でしょう、人口構造や疾病構造、いろいろな生活様式が変わってきましたから、疾病構造の変化によって、慢性疾患への対策の重要性が高まっているという認識を示されています。これはそのとおりです。

これについて慢性の痛みを来す疾患は、変形性脊椎症や腰痛症といった筋骨格系と結合組織の疾患から、神経痛やリウマチのような内科的疾患、さらには複合性局所疼痛症候群の原因不明のものまで、多種多様なものということを書いていまして、柔道整復師が遭遇するのは前半のほうです。その辺について柔道整復師のレベルで議論してもらえれば、このガイドラインをつくる上でも大変重要な参考になるだろうと思っております。1 ページ目の最後に、こういう表現になっています。まず、患者の数が非常に多いということです。それから、原因や病態が十分に解明されていないと言われていています。それから、機能的要因が主な原因となって引き起こされている。こういう痛みは患者さんの生活の質を落とす原因になっている。だから、これを治療しなければいけない。こういうことを指摘されているわけです。

先生方の徒手整復がこういうものに対してどういう役割を果たすべきか、果たせるか、そういう意味でのガイドラインの設計について参考にしたいと思っておりますので、よろしくご議論を深めていただきたいと思います。

○荒井座長 いかがでしょうか。先ほど言いましたが、慢性痛だけではなくて鑑別診断の方法に関して一緒に議論していいと思います。慢性の痛みの中でも柔整適用と適用外というのは、もう皆さんご経験あると思いますが、その鑑別診断方法でもよろしいですけど、どなたか。

○菅侯 JBの菅侯です。先ほどからお話に出ている厚労省の痛みガイドラインを読んでいくと、柔整の範疇と重なるところもあれば、重ならないところもある。特に私が思うに、痛みのガイドラインに出ている話というのは、動作に関係しない話が主であって、私たちが本来適用するであろう痛みというのは、動作に関係する痛みということである程度限定できるのではないかと。そうすれば、その部分で一つ大枠、動作痛が伴わない痛みに関しては、他のものを疑うチャンスができるのではないかと思います、いかがでしょうか。

○荒井座長 いかがですか。動作にて、とりあえず適用か適用外ということがわかるのではないかとのご意見でした。我々鑑別診断するとき、医科と違って検査の機械とか道具がないですよね。問診やテストはしますが、当然1回で、その場でわからないことのほうが多いように私は思いますが、いかがですか五十嵐先生。

○五十嵐(貴) 菅侯先生がおっしゃったとおり、柔整師というのは、どっちかという運動器に関わることが非常に多くて、病的なもの運動器の鑑別の診方をちゃんとまた再認識する必要もあるし、もっと知らない部分を広げていったりする必要もあると思います。

ある程度スキルを持っている先生方はその鑑別はできますが、柔道整復師は3年の養成校で、卒業してすぐ開業できるということを考えると、そういったものを再教育したり、ある程度ガイドラインの中でやっていかないと大きな問題が起きる。慢性疾患を診るにしても、その裏には怖いことがたくさんあるということを知ってほしい。

○荒井座長 慢性と鑑別診断のほうも一緒に議論していただきたいと思いますが、患者保護の立場から考えれば、当然鑑別診断の間違いというのは非常に好ましくないことですが、適用と適用外をどのように、今、動作ということもありましたが、それ以外でどうでしょうか、鑑別診断の方法。

○本多 その前に、なぜ鑑別するんですか。鑑別の目的は何ですか、先生方。そこをきちっと押さえておかないと、その方法論は出てきません、論理として。こういう目的があるために鑑別を我々はやるんだと、ある時点で。その目的をもう少し皆さんと議論しないと、はっきり議論が深まらないと思います。

○及川 JB接骨師会会員の及川と申します。前回の会議に出ていないので話もよくわからないし、まだ勉強不足なんです、ガイドラインをそもそもどっち側にどういう形に向けてつけているのかというのが、そもそもわからなくて。というのも、慢性痛におきまして施術した場合に、最初に患者さんに問診した場合、昨日、今日痛いのか、数カ月前から痛いのか、その時点で慢性痛を疑って診察しますが、そのときに検査法とかあるわけなので、その慢性痛の概

念が治療から診ている患者さんなのか、患者さんから見てこっちなのかという部分が、いま一つこのガイドラインの内容ではわからないというか。ちょっと意味通じないですか。

○荒井座長 おっしゃるとおりで、慢性という、患者さんがおっしゃるその頭の中に描いている慢性ということと、どういうふうに引き出したらいいかということなんです。例えば前回のときも亜急性外傷という言葉が出ましたが、これは反復性の繰り返しによる痛みということで、算定基準にも載っています。これは教科書にもそのような定義として載っています。

ということは、慢性の痛みがあったとしても、そのような本人の自覚なき亜急性外傷は起こり得るわけです。ですから、我々が一番ここで分けなければいけないのは、慰安行為と治療行為をどのようにして分けたらいいかということです。だから、その鑑別診断をどの様にすればいいか。慢性でも医療の対象として適用できるということと、それを分けないと保険者も納得いかないと思います。

○伊集院 JB日本接骨師会の伊集院と申します。先ほどの鑑別をなぜしなくてはいけないのかということで、今の荒井先生のような目的の鑑別もあると思いますが、私はもうちょっと危ないほうから考えて、自分の例ですと、例えば問診の段階で、癌の手術をして、肝臓の癌はもう完治しましたという患者さんの言葉を信じて、今日はぎっくり腰で来ましたということで治療を始めました。何回か治療しているうちに、最初1回、2回はよかったけど、だんだん悪くなる。そこで初めて「あれっ」と思うわけです。これは自分がやっているのか、やってはいけないのかということを考えるときに、そこで最初の間診の癌が出てきて、病院に送ったところ、骨転移がありました。患者さんに病院は治ったと言っていたんですが。そのまま私が引っ張っていれば大変なことになると、そこのお医者さんからも言われまして、きちっとそこで医者に患者さんを離さない、抱え込んでほめだということ。こういうためにも鑑別をしっかりしないといけない。私たち柔道整復師は抱え込みがちなんです。だから鑑別が必要だと思います。

○荒井座長 そうですね。そのためにも再検料があるように私も思います。

○菅俣 鑑別診断、最初の診断で一番肝心なのは、どうするのが患者さんにベストによくなるかということだと私は思います。抱える抱えないよりも、早く治すためには自分がやるべきなのか、やるべきではないのかを考えていけば、病的なものにしる、慰安のものにしる、本来は外されていくのではないかと思います。

○荒井座長 そのときに患者さんにはどのように説明しますか。

○菅俣 例えば最近の例で言えば、椎間板ヘルニアの患者さんがいらっしやいました。他の整形外科では最初ただのぎっくり腰だということでした。消防士さんで、仕事上どうしても動か

なければいけないということで、うちに転院してきましたが、徒手検査上、これはヘルニアの症状の神経痛が出始めているということで、整形外科と共同でというか、近くの大学病院の知り合いの先生に処置をしていただくという方向にしました。そのときにやっぱり選択権は患者さんにあるわけで、自分で抱え込む抱え込まないよりも、当然時間かけてやってあげれば、自分のところでもよくなっていくだろうし、一時的であれば楽にさせてあげることができますが、どうしますかという選択権は最終的には患者さんにあるわけです。ただ、患者さんが選ぶときに、検査行きましょうとお勧めしたんですが、することによって、多分その後うちでは保険使えなくなります。現状では、接骨院では椎間板ヘルニアという名前がつくと治療は継続できなくなりますが、どうしますかということで。ただ、消防署の事務上というか診断書上、どうしても整形があったほうがいいのではないかとということで検査しました。案の定、今は自費で継続的にうちで治療はしていますが、健康保険組合のほうは認めてくれなかったので自費でやって、1カ月に1回、東海大のほうで検査、経過観察ということで今やっている状況です。

○荒井座長 私たちの療養費の請求というのは出来高払いなんです。どうも倫理観のない方はそこら辺が、先ほど引っ張るという言葉がありましたけど、経営的にそういうこともあり得るのかなと。ぜひともガイドラインにはこういう倫理観のことも一言書いておかなければいけないと思いました。

○河野 JB日本接骨師会の河野です。前回参加していませんので、また重複するような話になるかもしれませんが、それは少し勘弁していただきまして。ガイドラインを作成するということですが、私らがやるこのガイドラインは、多くの患者さんにとって安全で効果のある治療方法を選ぶための指針であると考えていけば、慢性疾患かどうかという前に、急性以外は慢性というような大括りの言葉をつくって、それでまず話を考えていったらどうかということと、治療法が人によって全然違うわけです。そうするとヘルニアでも、俺はできる、それは絶対無理だ。ヘルニア症状だけ違うかもしれない。それでやってみたらすぐいったとかいう、その辺のことが人によって全然違うわけですから、そういうものを含めて、ここまではガイドラインで扱ってもいいものとか、扱ってはいけないものとか、柔整になじむものとか、そういう定義の大括りからやっていったほうが話が早いのではないかと思います。個別だと、全然治療方法が統一されていない中ではやりようがないと思います。そのデータを集めるとか何かあればいいかもしれないですが。

○荒井座長 一応事細かにそういう治療法まで書くのはやめようという方向で考えております。そのガイドラインによって逆に過誤を起こされても、そこまで我々は保証できませんで、やる

べきことと最低限やるべきこと、やってはいけないこと、このぐらいのことは書くつもりです。

○本多 今、河野先生がおっしゃったのに関連しますが、急性期というか、急性の外傷の場合にはそれなりに病態が明確でわかりやすいわけだから、ガイドラインの必要性がないとは言いませんが。でも、急性外傷でない疾病に対しては、やはりある程度のルール化をしていかないと、これの治療の客観性が担保できないという感じを経験的に持っているわけです。それで今回このガイドラインをつくるのは、そういう分野について一定のこういう基準というか、そういうものをつくってみたいと考えています。これが1点。

そのために今日のこの全体会議は、急性外傷でないものは、河野さんがおっしゃるように、そういう大きな枠組みの中でやっている。その中で今JBが示しているのは、変形性のものと、繰り返して行う作業によって起こるもの、これをもとに絞りながら治療のガイドラインをつくり上げてみよう、こういうことになっている。それが2点。

もう一つ、非常に難しいのは、さっき言ったヘルニアの疾病に対しては痛みがあった。その痛みを徒手整復である程度緩和できるという場合に、これをやるということについては皆さんすぐ保険と結びついて物を考えると、これは間違いです。保険ではなくて、先生方が仕事としてやられるかどうかというのが最終的に議論しておかなければいけない。保険なんて後からくっついてくることです。そこがきちっとできれば保険は当然できるかできないか、保険関係者との今後議論になりますから、まずここではそういうことが、先生方の治療としてなじむのかなじまないのか、効果があるのかないのか、そこら辺をはっきりやらないと客観性のある治療としての評価がしにくいということです。そういう議論を深めていきたい。

先ほど言った鑑別というのは、診断と言っていいんでしょうか。それは何のために先生方は実際行っているのか。もう少しこの辺をつまびらかにしないとガイドラインのつくりようがない。ひとつその辺をつまびらかにしてもらいたいと思います。

○荒井座長 今、変形という言葉が出ましたが、よく整形外科へ行くと変形性膝関節症とか、「変形しているから」と患者さんもよく言われて、もう原因もそのように決められることがあります。そういう患者さんも当然接骨院へ来ますが、治療してよくなることもあります。では、一体その変形が治ったのか、それとも別のところに原因があったのか。そこら辺はどうですか。鑑別診断というのは。

○山田 椎間板ヘルニアにおいても、一応診断上、椎間板ヘルニアがあったとしても、椎間板ヘルニアがある人が全部痛みを訴えるわけではありません。椎間板ヘルニアも痛みがやがて消失して、日常問題ない人もたくさんいて、結果としての痛みです。変形性関節症の人が全て痛

いわけではありません。ですから、原因というよりも、その状態が変形であったりヘルニアであったり、器質的なそういうことがあって、その結果、痛んだり、痛まないときがあるので、その辺は最近も整形外科とかも含めて、そういう認識にあると思います。画像診断上もそうになってしまうので。

○本多 そうすると、変形だから常に痛みが発生するとは限らないんです。変形と痛みの間に何か別のものが入っているのか。そこら辺は先生方の鑑別能力というか、鑑別手段で発見できるのかどうか。ちょっとその辺を聞かせてほしい。

○荻原 JBの荻原です。簡単に言うと、急性と慢性の患者さんが来られて。足首を昨日捻挫したと、それは急性とはっきりわかります。何だかわからないけど、膝が痛くなったとか、足首が痛くなったという患者さんも結構います。そういう方を診るときの治療方法として、ただ昨日捻挫したという人だったら、もちろん足首だけをやります。電気かけたり、包帯で固定したり、テーピングしたり。だけど、原因不明で痛くなった人は、私の場合は、腰からのバランスを考えたり、その人の左右のバランスを考えたり、こっちの足が悪かったから痛くなったのかとか、全体的に診ます。慢性と急性の大きな違いは、やっぱり治療方法が違うと思います。

○山田 慢性、急性というよりも、我々が適応できる痛みや障害や損傷ということで、適応できないものというのは病気が多いです。病的なもので関節等に痛みを呈する疾病は35疾患以下しかありませんので、それは確実に鑑別できるようにしていかないとはいけません。

もう一つは、明らかに違うのは、厚労省の検討会でもいい参考になりましたが、再現性がないものがほとんど多いということです。我々が診ているのは、それがいつから始まろうが、我々のところに訴えてきた時点で再現性がある。いわゆる徒手検査等でその痛みを再現させて確認することができるもの、ざっくりですけど、これでまず線引きをするというのが。普通はこうしたらこういうふうに痛いとか、我々ができるものというのは、治療して治していけるわけですから、どういう状況でそうになっているということも大体想像もつくし、それをもとに検査もしています。だけど、これをやっても痛くない、あれやっても痛くないのに、この人はいつになったら痛いとか、朝起きたら痛いとか、全く再現性が今ないという場合、ちょっとイレギュラーでそこを大事に診ないとはいけない。骨折であれ脱臼であれ、病的脱臼、病的骨折は扱ってはいけなくて。扱ってはいけないというよりも、我々もそんなものを抱えたら大変なことで、患者さんのためにも、我々のためにも、はっきり鑑別しないとはいけないところなので、再現性だと思いますが、いかがでしょうか。

○本多 言葉としては意味がわかったけど、再現性を確認するにはどのような観察方法が

ありますか。

○山田 我々の場合はやはり徒手検査です。

○本多 痛みを訴えている部分について、運動を加えて圧痛とか、あるいは動かすとかいうようなことをやって、その痛みを再現させるということですか。

○山田 そうです。それで再現できないものは、我々も判断できません。

○本多 それが一つ。そうすると、先生方の観察方法としては、変形性があるって痛みが出るのではなくて、変形性が何らかの内部組織というか、あるいは関節というか、そういうところに炎症か何か与えていて、炎症があるものについて、それがどの程度になっているか、あるいは本当にそうなのかということ再現性というか、手技を加えて再現をさせて、その痛みの部位とか性質を特定していくと、こういうふうに理解していいんですか。

○山田 そのとおりです。再現できない場合でも、X線検査上変形があるような患者さんはいっぱいいて。ですから、それを客観的、それだけで判断しているのではない。我々はやっぱり徒手検査よっての再現性を一番重要に思っております。

○佐野 海洋大の佐野です。私、治療家ではありませんが、研究者として考えますと、今の変形性何々とか、そういう器質的变化があって、ただし、痛みが出たり治ったりということではぐなことがそこに起こっています。器質的な変化はもう治らない。それを痛みの原因とか、そういうふうに考えてきた時代はあったかもしれないが、先生の言われるように、やはりそこは違うものが介在していると考えていくべきだと思います。鑑別診断とか、そういうのも大事だと思いますので、是非ここでいろいろ議論してつくり上げていただきたいと感じました。

○河野 具体的な例で言いますと、○脚変形している膝の患者さんがいまして、普段は歩けませんが、ちょっと長距離歩いたり、階段上がり下りすると、もう痛くて歩けなくて来るわけです。その方は自費でやっていますが、その痛みが出ているところをどうしたら痛みがとれるかという動作検査ですよ。膝の痛みが上半身の身体の動かし方がおかしくて出ていけば、その動作をさせると、動作って分析しながら診ていくと、消える時点があるんです。

○本多 消える時点。

○河野 痛みが消える時点。でも、それは格好としては非常におかしいわけです、全体的な体形から見ると。その上半身の動きを逆に戻していくと、膝の痛みがとれて普通に歩けるようになる。そういうような鑑別の仕方とか。痛い人に痛い動作をさせるのもきついですから、鑑別の仕方もあるんですけど、これは治る変形性だとか、痛みがとれるといいですか、そういうふうに私は考えています。

○本多 ちょっと整理しましょうか。今もう少し議論を深めてもらいたいのは、まず鑑別する目的というのは、今までの議論の中で整理していくと、一つはやはり患者保護というか、医療事故とか、そういうものを防止するという意味では厳格にやっていったほうがいいと。それから治療方法を特定すると、先ほど荻原先生がおっしゃったように、慢性的な痛みと急激にcoming痛みでは治療の方法が違うという意味で、そこをどう捉えていくかという方法が一つ。それから、慰安的な行為を治療から外していくためにも、この痛みというのは一体どういう痛みなのかを特定していくためにやっていくと。今までの議論の中で三つ、私が理解しているのですが、その他に何か鑑別する目的はあるかどうか教えてください。

○平野 JBの平野と申します。問題は、整形外科的な疾患というのは、そう心配することはない。どちらにしろ、それは本人の実力で左右されます。その他に、今度は慢性的疾患。例えば病的疾患がそこに含んだときにおいて問題になります。例えば腰が痛い。靱性の痛みであるのが非常に多いですが、それか癌であるとか、いろいろなものがある。それを漫然として、これは腰の痛みだから、そこに低周波、いろいろ熱性のものを加えてよくしようと思っても、それは一時的なものであって、その鑑別がうまくいかなければ、そこでうまくいかないです。整形外科的なものであれば、それは自分の実力で治るか治さないかというのは十分わかります。けれども、そこに下地が、癌とか腎臓の疾患とかあったとか、そういうことになるともう全然。命に関わることだから、その鑑別をしっかりとっておかないとうまくいかないと私は思います。

○本多 私の質問は、さっき言ったように三つの他に鑑別する目的はあるんですかと聞いている。それを教えてもらいたい。しっかりとやるということはわかりましたから、私の目的はそこを聞きたいんです。他に何かありますか。もう一度繰り返します。慰安行為的な治療をしないという意味での鑑別をやる。医療過誤とか医療事故が起きないために、あるいは転院を的確に行うために鑑別をするんだと。それから、治療の方法、施術の方法について特定するためにやるんだと。こういう話でした。その他に何か鑑別する目的はあるんですか。

○菅俣 当初の鑑別の意味とはちょっと違うかもしれないですが、その治療効果を評価するために適時鑑別診断をしていきながら、この治療方針が間違っていないのかというのを評価するというのはあると思います。

○本多 その場合は、どちらかといえば初診のときではないですよ。継続治療のときですね。

○菅俣 そうです。

○本多 その他に何かありますか。大体こんなもので押さえていっていいですか。では、また思いついたら後からつけ加えてもらうことにして、その次が、その鑑別方法について少し先生

方の経験と論理というか、そういうものをちょっと教えてもらいたい。方法について。とりあえず菅俣さんのほうで再検のときの鑑別のところをおっしゃったけど、再検はちょっとやめて、初検のときの鑑別の方法について、ちょっとお話を聞かせてもらいましょうか。

○武田 JBの武田です。やはり初診のときは問診と徒手検査、それでその患者様の痛みの原因が特定できないという場合は、他のことを運動器疾患以外のことを考えるべきだと思います。例えば、何の原因もないのに急激に腰に痛みが出てきたという方もいて、本人はぎっくり腰だとおっしゃっていたんですが、腎臓結石だったとか。すぐお医者さんに行ってくださいと伝えて転院はしてもらったんですけど、そういうことがあるので。初診のときは徒手検査と問診をしっかりとやっていくべきだと思います。

○荒井座長 武田先生、特定できないとき、例えば今の腎臓結石の方だとか、当然初検のときではわからないですね。それはやっぱり何回か治療なさって効果が見えないとか。

○武田 いや、初検のときからちょっとおかしいなというのはわかると思います、強い痛みだとか。話を聞いていても、問診にしてもわかることはあります。

○荒井座長 それは先生がベテランだからとか、そういうことはどうですか。例えばその患者さんが開業したての先生のところに行った場合、もしアドバイスするとしたら、どのように表現したらいいですか。

○武田 まず一番最初に大事になってくるのは、やはり問診です。どういうときに痛みが出たとか、それは開業したての先生であろうが、患者様に聞けばわかるので。とにかく痛み自体が違います。急激にすごい痛くて。まず問診をしっかりするというのは大事なことだと思います。

○本多 先生にお聞きしますが、先生は問診にどのぐらい時間かけますか。まず時間的には。

○武田 時間的ですか。

○本多 平均です。

○武田 結構もう、10分、15分とか。聞くときは本当に生活習慣から、どういうお仕事をしているとか、いろいろ聞きます。

○本多 この慢性的な痛みに対しては、生活習慣とか、あるいは生活歴、生活実態というものは大変大きく影響してくるのだろうと、私も素人なりに思います。そこら辺はどういうふうに関診されるのか。平野さん、そのことに絞って話をしてください。

○平野 結果的には、今の痛みはいつ出たか、そこから始まります。どうしたときに痛みが出るのか、時間的にいつ頃か。夜か昼か晩か、そういう状態から初め聞きます。それでいろいろなことを手探りながら問診、触診をやっております。

○山田 私は柔道整復していますから、まず予診票を書いていただきます。皆さん患者さんは健康保険証を持って。やはりそのときにもいつからですかというのは確かに聞きます。ただ、外傷を診ていく上で、本当のところ患者さんからの訴えを鵜呑みにしてはならないというのが診察の基本なんです。というのは、社会的ないろいろな状況関係もあって、交通事故とか、いろいろなこともありますし、何もかも本当のことを言ってくれていると思っはいけないと思います。私のところでも、1カ月前、いやずっとなんです、半年前から腰痛いんです、1年前から2年前から3年前から、そんな人いっぱいいます。そうすると、それは保険扱えないですと、はっきり私のところは結構それにはドライです。そうすると、「いや1カ月前だったかな」「1カ月前もだめです」。そうすると、やはり2週間、1週間とか3日とか、患者さんのほうからもそういうふうに戻ってきてくれてもいるんですが、基本的には一応書いてもらっても、鵜呑みにはしていません。私、経験上、残念な例があって、その子は高校生のときから知っていて、高校野球に出ていた子なんです、大学に行ったときに、スクーターに乗ってて電信柱に膝をぶつけてきました。走っていてぶつけていますから当然内出血しています。どうしてこんなになったんだろうという感じだったんですけど、野球部で丈夫です。確かに膝には打撲の跡があったけど、その彼の打撲の状況が、そのときは膝までぐらいしかまくってなかったので余りよくわかりませんでした。2日目、3日目、とりあえず毎日来てくれということで、普通は内出血は下へおりていきます。吸収に従って重力とともに。その彼の足は大腿部、股関節部が膝よりももっと紫色になっていたわけです。股関節を曲げようが、回転しようが、全然痛みも何もありません。何でこんなに内出血しているの。上から触っても、そんなに痛まない。だけどすごい色で内出血していた。これちょっとおかしいなと。骨に何か起こっている。だけど、痛まないのはおかしいと。膝を直接打撲したときよりも、どこよりも、そっちの内出血のほうが何倍も色も濃くて量も多いんです。とりあえず骨折等はない。あつたらおかしいんだけど、ちょっと写真撮らせてということで他診、いつも診てもらっている外科のところへ行かせました。そうしたら急性骨髄性白血病でした。ただ、タイミングがばっちりだったので。それは事実なんです。本当にバイクでぶつけてきているんですから、ちゃんと打撲もして、血腫が起こるほどではないが、内出血して腫れていて。だけど、やっぱりイレギュラーな経過やイレギュラーな状態は疑ってかからなければならぬと思います。

○本多 今問診をかけてやるというご意見があって、その問診も視診も触診もしながら総合的に判断する材料になります。夜中に痛みが出る。要するに、運動は何もしていないのに夜中に痛みが出る、こういう症状が出た場合には、まず皆さんはどういう判断をされますか。

○山田 大半は悪性腫瘍です。

○本多 すなわち運動器系の疾病の痛みではないと、こういう判断をされるわけですか、基本的には。

○山田 はい。

○本多 その点は皆さん大体共通項なんですか。そうじゃないという方がいらっしゃいますか。

○河野 今言われた夜中に痛む場合ですけど、悪性腫瘍以外に心筋梗塞を起こす場合とか。肋骨が動いて呼吸してということなんですけど、仰向けになって寝ると後ろ半分の肋骨が動かない状態なんです。そうすると、心臓の疾患じゃなく、普通どおり動いていても、身体のかたい方とかは心臓が不整状態といいますか、不安状態になったり、ぱくぱくと脈が乱れてきたりとか。それが進むととまっちゃって朝起きなかったとかいう感じがあるんです。そういうときは肋骨の動きと横隔膜のかたさとか、頭のぼやけ程度といいますか、頭が寝不足状態になって、ぼ一っとなっているんです。それを診てみると大体鑑別できるかなと私は思います。

○荒井座長 寝ているときと今おっしゃったんですが、寝ているときも、例えば五十肩の方も痛みが出て目が覚めるとか、急性腰痛の方でも当然寝返りを打つから。ただ、今先生がおっしゃったのは、じっとしてて痛みがあるということですよ。

○山田 そうです。

○荒井座長 そこら辺は寝ているというところの表現がちょっと違ったと思いますが。

○本多 それから、痛みを認知するというか、痛みと一括りで括っても、痛みにはいろいろな表現方法があるじゃないですか。針を刺すような痛みがあるとか、鈍痛とか。いろいろな痛みの形容詞が日本語にはありますが、先ほど武田さんのほうで「いや、わかるんです。痛みの様子を見ると、これは徒手整復にかなわない痛みなんだということがわかるんです」ということをおっしゃっていました。ガイドラインをつくるとき、もう少しこら辺を詰めておかないと。

○荒井座長 もう一つちょっと意見を述べさせていただくと、私も長く接骨院をやっているの、その家族とかずっと続けて診ているので、過去の病気のことだとか全部頭に入っていますが、例えば本当に初めて来た方のときは、やはり過去の病気と、持病であるとか、あと家族歴は聞きます。例えば腰が痛いという若い女性の方でも、多分こら辺にいる方は皆さんわかりますが、股関節が悪い人は非常に多いです。そのときはやはり産まれたときに脱臼があったとか、「お母さんもそんなことなかった」「おばあさんでもそういう人いなかった」と聞きます。だから、家族歴であったり、その持っている持病です。

あと、特に気をつけなければいけないのは頸部、首が痛いとか来る方でも高血圧だとか、脳に

疾患があったりする方がるので、下手にいじり過ぎると首が動かなくなるのは、もう皆さん経験していらっしゃるからわかると思いますが、そういうところをちょっと、鑑別をどのようにするかということも含めてお願いします。

○五十嵐（貴） その鑑別の中で、皆さん教育の中である程度の徒手検査とか教わっていると思いますが、それで当てはまらない痛みというのは、要するに山田先生がおっしゃる再現性のない痛みというものになってくると思います。そのときに何を疑うのか。その疑うものに対しての裏づけはどういうものが出るのかとか。

例えばこの間ある整形のドクターと話したんですが、癌の既往がある人は転移を疑わなければいけないというさく言われました。そのドクターが言っていた症例ですけど、膀胱癌で、膀胱は診ているが、MRI等を撮ったら胸椎のほうの骨が溶けていたという経緯があって、要するにそこだけ診ていても全然わからなかったと。我々が治療の中で、首を診るときはくも膜下出血があるかもしれないし、背中が痛いときは大動脈解離があったりとか。そういった疑いがあるときに血圧一つ測ったらどうだったのかとか、そういったのが多分あると思うので、そういったのを一つのガイドラインのマニュアルとしてつくればいいのかと感じています。

○山田 やはり病的疾患を理解することが重要だろうと思います。病的疾患の特徴というのがちゃんと説明できますので、ガイドラインに載せることは難しくはないと思います。というのは、夜間痛がある場合とか、昔こういう病気をしたことがある、いわゆる既往歴にこういう病気があるとか、あと定期的に時間になると痛む場合はこういうものがありますという疾患が、関節の痛みの中で35疾患、日本にあるのも20疾患前後だと思うので、それは一個ずつが特異なものではないので、大体大括りに判断できると思います。

○荒井座長 先ほど武田先生に私も突っ込んで質問しましたが、長くやっていると、実は検査しなくてもわかるんです、おかしいというのは。ただ、それをどういうふうに文章化して若い柔整師の方々に伝えたらいいかということですけど、いかがですか。

○小林（勉） こちらに出ている先生方は非常に腕があるので、トップダウン方式で大体これだろうとわかっていると思います。ただ、私が研修生たちに言っていることは、必ず最悪の事態を考えなさいと言っているので、ボトムアップ、とにかく思い当たることを全部やりなさい。はじいて、はじいて、自分ができるということまでいったら行いなさい。病的じゃなくても自分でだめだと思ったら手放しなさいと言っていますが、そのときに、検査したときに必ず熱を測りなさいということと、痛いところを洋服をめくって必ず触りなさい。いろいろなところを診なさい、触診しなさいということ必ず言っています。そのときに病的なものは腫れ

であるとか、そういったことがわかりますが、腰とか肩であると、それをはじいてしまう先生方も結構いらっしゃいますので、必ず洋服をめくって触診をして診ることを、自分の感覚を磨きなさいということを行っています。

○荻原 夜中に痛みが出るという中で悪性腫瘍を疑うとか、もちろん病的疾患の諸元とかありますが、それはもちろんわかりますが、本当に細かいことにはなりますが、うちに小学生が結構来るんです。近くの小学校はドッジボールが強いものですから、ドッジボールの練習とか、もちろん野球やったりサッカーやったりしている子が多いんですが、その子たちは普段野球できるし、ドッジボールもできるし、昼間は暴れ回っているんですが、夜中になると足が痛いんです。また次の日になると普通に痛みがとれます。夜中、痛くて泣いて起きるという子が結構いて、親御さんが連れてきます。それで整形へ行ってレントゲン撮っても、何もおかしくない。そのとき自分で歩いたり走ったりして病院へ行くものですから、全然何ともない。けども痛いんだと。うちへ来ていろいろ検査というか、いろいろ話を聞くと、やっぱりこの子も運動をやっている暴れている子なんだなと思うような子も結構います。

○本多 それは昔からよく言う成長痛というかな、ああいうものじゃないんですか。

○荻原 ではないんです。成長痛はよく言われますけど、成長痛なんかないと僕は思います。成長する度に痛がっていたらたまらないですから。それは絶対ないと思います。

○山田 私が言っている夜間痛はそういうものではありませんので、病気の夜間痛です。悪性新生物に関しても、できているもの自体で痛んでいるのではなくて、夜間痛を必ず毎晩というか、ずっと訴える人というのはこの先においても近い未来に癌がある人が多いんです。これは問診の内容にもちゃんとありますので、そういったこともきちっと理解していただきたいなと思っております。

○荒井座長 私もう 20 数年やってますが、鑑別診断って難しいです。わからないことはわからないです。つい 2 カ月ぐらい前に、膝が痛いと来て、ちょっと熱もある、ひねったようなことをおっしゃっていたので治療していたんですが、その方が急に来なくなって、入院なさっていたんです。後から聞いたら蜂窩織炎だったんですけど、やはりわからないことはわからないです。ただ、なるべくそれを少なくしなければいけないと思っています。もしそのような失敗談でもあれば、何がいけなかったのか。

私は、疑問に思ったときには近所の内科の先生へまず行ってくださいと言います。この間も、手首が腫れていて、過去にやっぱり手首が腫れて、どうしても治療でよくならないと思っていたら、糖尿病だった方がいます。糖尿病から来る腫脹でしたが、そういう経験があったから一

回診してもらったほうがいい。私のところではこの程度しか治療はできないですし、一回鑑別診断してもらったほうが間違いないと思うから、血液検査なりやってきてくださいと。ちゃんと行ってきて、向こうではいろいろチェックしてもらったけど、そういうことはなかったからと。ちゃんと説明すると、必ず患者さんは戻ってきてくれます。自分のところではここまでできないけど、一度チェックしてみたらいかがですかということをする。私は、医接連携ということも大事だと思っています。患者さんの信頼を得るというのはそういうことかなと。そんなことも含めていかがですか。

○白沼 さくら接骨師会の白沼と申します。よろしく申し上げます。今回のガイドラインですが、たびたび先生方から若い先生のためにというお話も出ておまして、若い先生にお会いする機会も多いんですが、やっぱり鑑別診断に関してはできる限り細かくしていただいたほうが。若い先生方は、どちらかという臨床経験が少ないので、何がいいのか悪いのかの判断ができないという方が非常に多いと思いますので、その辺の部分に関して非常に細かく書いて、できれば先生方が選んでいくことができるようなものも出していただければと思います。

実際自分は13年前に、椎間板ヘルニアなんですがヘルニアの内部がかなり出てしまって、後縦靭帯を突き破って脊椎損傷になりました。その結果、大きな手術を経て、ボルトを入れることもなく今現在に至っております。病院の先生からは半身不随状態でいこうと言われましたが、今現在、自分がこうやって治療の世界に戻ってこれたのも、ひとえに接骨院の先生方に治療していただいたからだと思っています。今現在、先ほど変形性のお話もありましたが、変形というなら、私は腰部に変形があります。削ったものは二度ともとに戻りません。ない状態のまま、ボルトで保護もせず、今足にしびれも若干ありますが、日常生活に不便はありません。ですが、何かのときに、やはりこの間の雪かきのようなことがありますと痛みがぶり返します。炎症も高くなっているのでしょうか、自分で触っても熱感があります。内在的に病気があるなら、もしくは器質的な変化があるなら、痛みはまた出てくるでしょうし、それに対して運動性の痛みがあるなら、やっぱり接骨院の先生方の力が非常に重要なのではないかと思いますので、できる限り鑑別のところは詳しいほうがよいのではないかと思います。

○本多 そこで聞きたいんですが、今いろいろな病態を持っている方がいます。特に高齢になればなるほど。血糖値が高いとか、痛風が始まったとか、あるいは尿酸値が多いとか。そういうような健康診断を受けている患者さんと、受けていない患者さんがいるでしょう。皆さんの場合、そういう健康診断を受けている患者さんに対して、最近のデータを見せて欲しいと言うことはありますか。是非それを聞きたいです。

○平野 例えば肝臓が悪いと元々言われているから、それを持ってきてくださいと言って、血液検査を見ます。

○本多 割と患者さんは素直に持ってきてくれますか。

○平野 すぐに持ってこられます。

○本多 わかりました。

○諸星 薬も持ってきてもらいます。

○本多 服用している薬も持ってきてもらう。先生方は、どんな薬を使っている、これはどういう効果があるのかは。

○平野 今ちゃんと書いてあります。この薬に対して、この腰痛とか。いろいろ病状によって薬が変わりますから。

○五十嵐（貴） 薬に関してはとても貴重だと思いますが、一つの捻挫でも異常に腫れが強かったとか血腫が強い方がいて、何か薬を飲んでいませんかと言うと、血栓をつくらないための薬を飲んでいるとか。そういったのは骨折の中でもとても重要なことになるので、そういったのは特に必要なのかなと思います。

○本多 先ほどの話をぶり返すようだけど、痛みの形容、どういう痛みがということを表現する、認識する捉え方というのは、先生方、幾つぐらいありますか。我々素人が考えると、針を刺すような痛みだとか、シクシク痛みが出るとか、いろいろ我々は人となりの表現を使いますが、先生方の中の業界では痛みを捉える、認識する用語としては、どんな用語がありますか。

○菅俣 用語は幾つあるんだとか、どうなんだというのは、無理だと思います。その人その人の語彙によって、同じ痛みでも訴え方は全く違うので、どの痛みだとどうなんだという痛みの言葉で定義するというのは、まず無理だと思います。ただ言えるのは、おかしい、おかしくないの線引きとして私が思うのは、先ほどから言っている動作と痛みの関係で、動いているのにこんなに痛がっているのはおかしいだとか、こんなに痛がっていてこれだけ動けないならそうだというような関係性はあるかもしれないです。

○本多 そうすると、動作と痛みというのは、先生方の理解では結構関連性が高いと見ていいですか。

○菅俣 はい。

○本多 ほかに何か。その辺について。

○荒井座長 大体痛みというか、しびれというのが多いです、患者さんが言うのは。末梢側のしびれということが。その部分に痛みが反映しているとか。痛みの表現ですか。どうだろう

な、チクチクとか。何と言いますか、神経根による痛みというのは。

○諸星 東邦大学の麻酔科の先生が、痛みという言葉、表現を数えたそうです。すると608通りあるんです。それで個体差があって、閾値が違うので、どんなことを聞いてもわからない。その人の本当の痛みというのはわからないというふうに言っておりました。痛みの表現は難しいと思います。ただ、VAS法という、本人が主観の範疇で10点のうちの6点痛い、今度は8点痛いとか、そういうのを定期的にとっていくと、ある程度その人の痛みの感覚はわかっていくと思います。

○本多 厚労省の「慢性の痛みに関する検討会」で、こういう表現があります。2ページですが、痛みは体の異常を知らせる警告反応として重要な役割を果たしている。こういうことを言っています。すなわち、痛みというのは異常を知らせる警告の反応なんだと、そういう役割を持っているということで、これは多分医学界では常識だと思います。先生方も常識だと思います。そこで僕は気にしているんです。この提言には書いていませんが、警告反応として重要な役割とは、どういう痛みやどのようなことを意味しているのかということについて、ある程度類型的なものがあるのではないかと素人として思えるんです。

例えば私が自分の痛みを自己診断します。今日は飲み過ぎて二日酔いの痛みかなとか、今日は運動しないで体がかたくなった痛みかなと、結構痛みに対する自己判断していませんか。

僕が皆さん、専門家に聞きたいのは、痛みを、ただ痛みと捉えるのではなくて、何か原因を探究して痛みを捉えていくんでしょう。だから、何か原因と結びつけているのではないですか、無意識的に。それを意識化していくことの作業が必要だと僕は思います。そこで聞きたいんです。武田さん、さっきから痛みというのをあなたが言っているからこだわっていますが、あなたが言っている聞けばわかるんですって、そのわかるんですってところをもう少しわかりやすく私に教えてくれるとありがたいです。

○武田 先ほどの件ですよ。鑑別のときの話ですが、とにかく患者さんが痛みを伴って来院されるとき、明確な原因がないというのがまずは基本だと思います。例えば長時間座っていたの、何か持ち上げたの、そういったことなしに突然痛みが来る。それはまず他のこと、運動器以外のことを疑ったほうがいいと思います。

○本多 わかりました。これで大事なのは患者自身が痛みの原因を認識できていないと。先生方はその患者が認識できていない痛みをまず特定していかなきゃいけないでしょう、作業として。そこはどのような作業を一般にやりますか。

○武田 先ほどもいろいろ話が出ていますが、やはり触診とか徒手検査、我々ができる範囲の

ことです。

○荒井座長 痛みの程度ですよね。尋常じゃないとか。

○武田 例えばその体勢から動けないだとか、立ち上がれるとか歩ける、そういったことでもちょっと評価できると思います。

○本多 しびれ感というのは測定するんですか。痛みの中でしびれ感というのは特定するんですか。あるいは余り関係ないんですか。

○武田 しびれですか。

○本多 この痛みはどこに原因があるかと原因を特定していくわけでしょう。患者さん自身が痛みの原因を認識し切れない場合もありますから、あるいは認識しても間違っている場合もありますから、専門家として痛みの原因を特定していかなきゃいけない。そのとき痛みと同時にしびれ感が伴うか伴わないかということが重要になってくるのか、ならないのか。

○武田 例えば神経痛だったら徒手検査で、例えば坐骨神経痛だったらSLRしたり、それで陽性であれば、その神経症状……。

○本多 先生のほうで患者さんに、しびれがありますか。あるとすると、いつ頃しびれが発生して、どういうしびれですか。強いですか弱いですかとか、そういうしびれ感というか、そういうものは問診しないんですか。

○武田 それは聞きます。ビリビリしますか、どういった感覚ですかというのは、患者様にはお聞きします。

○本多 それはどういう意味がありますか。

○武田 神経症状があるかどうかというのを確認するためです。

○平野 問題は、しびれがいつ起こったかなんです。そこをちゃんと決めておかないと。これは1週間前とか、いやもう2年前からといって、それで来ましたと言われると困りますが、本当はいつ発生したかが問題です、しびれは。

○本多 僕も多分それもあると思いますが、痛みがあってしびれが発生する場合と、しびれがあって痛みが出てくる場合と、痛みの機序があります。そこら辺をどう捉えているかということを知りたいんです。

○平野 ずっと痛みがあったと。そして急にまたしびれが、例えば5しびれがあって、今日は8しびれが出てきたと。そのところなんです、問題は。どういうふうに急にそのしびれが出てきたかが問題なんです。例えば座って立ったときにしびれが、俄然痛みが出てきましたと、こんなことを言われる人はおられます。

- 本多 それを鑑別にどういう役割を担っているかを聞いています。
- 平野 それで今言われたように神経症状なんです。神経がちょっと痛んでいるか、筋肉と伴って痛みが発生しているか、そういう状況です。
- 五十嵐（貴） 今ちょうどしびれについての意見だったので、うちで過去にこういう症例がありました。男性で過去に当院に来て、腰から来る坐骨神経痛で通っていました。この方が大晦日、最後の日にうちに来院されたんですが、「先生、朝から足がしびれるんだよ。ビリビリして痛いんだよ」。それでよく聞いていると、「実は冷たいんだ」という話が出てきました。実際に足の脈をとってみたら、患側のほうが脈がとれない。知り合いのドクターに急遽相談して「どうしたらいいんだ」「救急搬送してくれ」と。結果的に血栓で詰まっていた。そういったことでもしびれてあり得るようなので気をつけないといけないと思います。
- 本多 平野さん、僕は素人だからこういう表現を使って悪いんだけど、神経がなければ痛みがないと思っています。神経がないところに痛みはない。
- 平野 神経はみんなあるんです。
- 本多 いやいや、神経がないところに痛みがない。だから、痛みというのは神経に刺激を与えるから、何らかの神経に当たれば痛みが発生するでしょう。みんな神経の痛みになってくるから、痛みというのは神経に刺激を与えるわけでしょう。僕が聞きたいのは、先生方が徒手整復をする上で、徒手整復に親しむ痛みと親しまない痛みと、どう鑑別しているかということを知りたいんです。神経が痛いのは当たり前の話で、その痛みが先生方の徒手整復に親しむものなのか親しまないものかをどう鑑別していますか。例えばしびれ感が発生した場合にもうやらないという意味なのか、しびれ感が発生しても徒手整復に親しむと判断していいのか、そこら辺がよくわからないから聞きたいんです。
- 平野 わかりました。しびれがあっても、例えばいつも2あると。そして今日は7しびれが出てきて痛みが出てきた。そのときには徒手矯正はやります。やって、大分しびれとれましたと、こういう状態が往々にしてあります。
- 本多 しびれのほうが痛みよりも重篤というか、重いと先生方は思っていますか。それとも同じぐらいと思っていますか。しびれ感のある人と痛みのある人と比較した場合、どちらを。
- 平野 それはしびれがあるのがちょっと。
- 本多 重篤ですか。
- 平野 重篤というような感じですか。
- 本多 それは大体いいんですか。

○菅侯 比べる物差しが違ふと。

○平野 物差しがちょっと違いますけど。

○荒井座長 神経によるしびれというのは、先ほど五十嵐先生が言ったのは比較的まれなほうで、我々がいつも取り扱っている一般的なしびれというのは神経根症状、根っこです。神経根症状といいまして、末梢のほうに、手や足にしびれが出る方が多いです。そういう方は大体神経が通っているところで、どこかで絞扼しています。坐骨神経痛というのは、大臀筋と中臀筋の間から出てくるところの坐骨神経というのが圧迫していたり、あとは腰椎の腰の部分とか。

どうするかというと、先ほどどなたか言いましたけど再現性で、そこを圧迫してあげると、すぐにその反応をしてくれます、「そこです」と。そんなようなことで一応検査はします。

○本多 痛みとしびれと同時に発生する患者さんも多いですが、範疇的に分けると、そういう範疇に分けられるとした場合に、両方とも接骨院の徒手整復は親しむ場合もあると、こう理解していいんですか。例えばしびれが起きた場合には、もうやめたほうが良いというルールはつくれないかということです。

○菅侯 画一的には言えないと思います。例えば同じしびれだとしても、先ほどの根症状の場合と仮定したとして、出たてのものであれば、かなり改善は望めると思いますが、根症状の時間的な経過がもうかなりたっていて、3年も前からしびれているというのを改善するのはなかなか難しい。ただ、根症状以外でも肘部管症候群、手根管症候群のような、他のところで絞扼しているのであれば、それはまた改善することも望めるだろうし、その物によってやっぱり違うので、だからこそしびれと痛みどっちが大事なんだというのも、それは鳥と動物どっちが大事なんだと言っているようなもので、全く物差しが違ふので比べようがないと思います。

○本多 私の質問の意図は、説明が悪かった。例えばよく私どもは腰が痛いとする、足の指を動かしてみてくださいと。動かない人と動く人がいるじゃないですか。これは動かないですと。これは神経がどっちかという相当まいっているから足が動かないというしびれ。そういう場合に柔整師の徒手整復というのは親しむのか親しまないのかということを知りたい。これは痛みも同じですが。

○五十嵐（貴） 本多先生、とてもすばらしいことをおっしゃったと思います。初めの段階で力が入らないものが、施術したことによって力が上がるんだったら神経の疎通は見られるんだろうと。それで変わらないんだったら、さっき菅侯先生がおっしゃっていた長い間の圧迫が続いて神経自体がだめになっている場合があるので、そうするとなかなか。保存療法の限界かなとは思っています。

○山田 まず、しびれが伴ってきたら要注意だと考えるのがガイドライン的にはいいのではないかと思います。痛みだけの場合は、どれだけ痛くても、ほとんどの痛みは改善できるというのが今の現代的な認識だと思います。しびれに関しては、特にヘルニアはしびれを伴う人が多いですが、手術して改善できる人は、手術しても半分いるかいないかでしょう。ですから、それは脊柱管狭窄でもしびれを伴っている場合は、整形の先生方も「しびれのほうは50、50だね」と。痛みや歩行は何とかなってもというぐらい、しびれというのは緩慢でしつこいものです。痛みは少し除外されているけれども、今も皆さんのお話の中でも、はっきりした原因がある外傷のようなものに、そういうものは余りないでしょう。はっきりした外傷がない痛みの部分で、慢性期を過ぎるような痛みの中にある場合も多いわけですから、やはりそのところはまずは要注意で、本当のところは何だろうかというのをもう一つ深く検査や考察していく必要があるものと取り扱ったほうがいいと思います。適応、非適応ということじゃなくて、まずはそれだと思います。

○菅俣 さっきのヘルニアの話もそうですが、彼の場合は職業柄、消防士だったので診断書が必要ということで、そういう経過をとったんですけど、普通一般的に当院に来た場合、疑いがあるという話はしつつ2週間ぐらい様子を見て、牽引療法なりして経過が改善するものであれば、そのままいくが、そこで改善が見られなければ検査をしましょうという方向性を出して治療はしています。

○本多 もう一つそれに関連して、よく知覚感覚というかな。わかりますかって足のところを叩くじゃないですか。知覚反応というんですか、医学用語では。そういうのも皆様の場合はおやりになるんでしょうか。

○山田 必ずやります。知覚検査だけじゃなくて、神経反射テスト、それに先ほど本多先生がおっしゃっていたように、足、腰椎でしたら、第5腰神経だと反射がないものですから、母指の背屈ということになりますが、脊椎神経の内側から刺激されていた、いわゆる脊柱管の中から刺激されていると、まず前肢が刺激されます、脊髄神経は2本あって。そっちは運動神経支配なので、そっちらからやられているものが運動麻痺を起こしますから、やはりそれは深過ぎて、我々の外から手が届きにくい場所と、まずは判断してもいいと思います。ただ、牽引医療とか受圧することは有効だと思います。

もう一つ、痛みに関しては外側肢なので、どれだけ痛くても、運動神経を触ってなければ、外側での何らかのアプローチ力というのも改善できるので、やはりその辺も脊髄症(myelopathy)と神経根症(radikulopathy)を見分けるのは大変重要だと思います。

○本多 それからもう一つ聞きたいのは、今私が言っている知覚症状というのは、頭の中で連想しているのは、手や足の先を先生方が叩いたり触ったりします。それから温感もあります、温かいか冷たいか。温感のほうは血流がうまくいっているかどうかということを探るためにやっていますか。

○山田 いえ。血管も血管運動神経がやっているので、基本的には運動神経支配です。あと、手の色とか脈を診るのは、血管の中に栓塞、詰まりがないかとか。一応検査は全部ありますので、やりますが。

○本多 だから、血流を診ているわけですね。

○山田 そうです。血流も診てます。

○本多 診るんですね。

○菅俣 神経痛の種類によって灼熱感。

○本多 灼熱感もありますね。それから、例えばよく目がかすむとか、あるいはぐらつくとかというような症状を訴える患者さんも先生方のところに来ると思う。特に肩とか首あたりからの疾病で。僕なんかもそういう傾向があって、急に視界がぼやけたりするとき、あるいは言語が少しとろくなったりともありますが、そういうのも先生方は診るんですか。どうですか。

○荒井座長 目が痛いとか、そういう視力に関することというのは、首と肩の神経は、首や肩の痛みというのは、大脳の皮質の表面で感じています。ここにいる方は皆さん勉強してわかると思うけど、大脳の表面に反映している部分は必ずありますが、肩と首の部分はちょうど眼神経のそばを通過して大脳皮質に通るんですが、その通過するとき目の痛みとして感じて本人は再現します。勘違いするんです。なので、そういう痛みというのは大体首と肩から来ている痛みだと私は思っています。

○本多 そういうのを鑑別の中に使うんですかと聞いている。お使いになるんですか。

○山田 はい、使っています。

○本多 わかりました。ありがとうございます。

○菅俣 今の口がおぼつかないだとか、頭が痛いだとかというのは、基本的に私は全てまず検査をさせます。最悪なパターンが否定された後であれば、試しにちょっと周りの筋肉を緩めていくだとか、そういう環境を整える治療はしますが、とりあえず自分の治療の経過を診てチェックするというよりは、先に最悪なほうのチェックを優先させます。

○瀧内 ecotphy の代表の瀧内と申します。私、今 28 歳ですが、多分この中で国家資格を取ったのが一番最近ではないかと思っております。その分経験も不足しておりますので、今日は先

生方のお話を聞いて大変勉強させていただいておりますが、まず私たちの世代からすると、「治療」という単語を柔道整復師が口にするのに対して疑問が、正直かなりあります。僕たちの学校教育は、施術であって治療ではないと。医療ではないという教育を専門学校では受けてきておりますので、先生方のものすごく勉強していらっしゃる知識を聞きながら、すごいというのが正直な感想であります。ただ、今の痛み、しびれ、鑑別というところに関して、僕の感覚で、どうしても柔道整復師としての業とするところと、療養費を使っているという部分との感覚というのが、正直、先生方の世代とは違うところがありまして。鑑別を何のためにするのか。それは患者様のために行う。患者様が一刻も早く日常生活に戻れるように痛みを改善する、しびれを改善する。でも、私たちは医師ではないと。柔道整復師の範疇としてやるべきである。なので、先ほどの目のかすみとかしびれがあるというお話のときに、菅俣先生のおっしゃるように、まずはドクターでの診断をしていただく。その中で柔道整復師の業務範囲の中なのか、そうではないのかというところをガイドライン上できちっと明確に。若い柔整師たちが、これは自分たちが患者様に施術をしていいんだ、これは接骨院の業務範囲内なのか内ではないということを確認できるガイドラインという部分が、私は若手としてまだまだ経験のない柔道整復師としては非常にありがたいと思ってお話を聞かせていただいております。今後とも勉強させていただきますので、よろしく願いいたします。

○本多 次に話を進めていきますが、そういう意味で問診とか視診とか触診とか、あるいは鑑別方法もあるんですが、小林先生、器具を使って鑑別するというのも一つ柔整師にあらうと思う、全くないわけではないと思うが、今2階の接骨院ではどんなものを使って、どんなことを期待しているか、ちょっとご披露願いたいと思います。

○小林（勉） 器具の件ですが、先週まだ入ったばかりなので、まだ練習している最中で、値としては余り出ていないんですが、説明させていただきます。

総合評価システムといいまして、軟部組織のかたさを測る組織硬度計、痛みを測る圧痛計、筋力を測る徒手筋力計のシステムのセットなんですけど、こちらは、先ほど言ったようにVAS法といって、どのくらい痛いかというのを患者さんに最初聞きまして、そのときに筋のかたさはどのくらいだったのか、圧痛はどのくらいだったのか、筋力はどのくらいだったのかと測って、実際に施術が終わった後に筋力はこのくらいアップしたとか、やわらかさがこのくらいになったとか、そのときの値を表として出したいと思って、購入いたしました。ルーレット式知覚計は、先ほど先生が知覚を調べますかというときの知覚計なんですけど、コロコロ回るような知覚計なんですけど、はけとかペンではないので、コロコロやれるものなので、研修生やなれて

いない方でも簡単にできる知覚計です。デジタル体前屈計は、実際に来た患者さんの腰部の角度を測るのは、やはり背中の中の脊柱の角度は大変難しいので、角度ではなくて体前屈で測ったらどうかと思ったんですが、実際にやってみると、やはり施術の終わった後にもう一回やってもらって治療効果を確認してもらったときに、角度を測るよりも体前屈計でやったほうが患者さんにはよくわかるかなというのをこの頃感じています。アナログ背筋力計は、普通にやっている背筋力を最初に測ってもらって、ある程度治療が終わった後にどのくらい筋力がアップしたかということです。うちは痛みがとれたから、はい終わりではなくて、痛くならないためにはどうしたらいいかというのを指導していったほうが大切だと思いますが、そのときに患者さんはロコモティブシンドロームを今すごい、この捻挫から動けなくなってロコモになってしまうのではないかと心配がすごくあるわけで、そこから痛みがどんどん来てしまったりとか、運動療法をしてあげて、筋力アップしたことによって健康になってもらうということを考えております。ゴニオメーターは、関節の角度とかを簡単に測れる機械です。油圧式ピンチメーターは、握力を測るだけではなくて、お年寄り是指先の力というのが変わってきますので、それを測る機械です。チューニングフォークは、いわゆる音叉です。音叉によって測ったときに表面の近くだけではなくて、何か怪しいなと思ったときに骨膜に音叉で刺激を与えて、もしそこで何か違和感があったらお医者さんに行くように勧められます。あとは、イージーテムという非接触型の温度計です。パルスオキシメーターは動脈血の酸素飽和度と脈拍数を測る機械で、これは単に最初に来たときに受付で測ってもらって、終わったときに受付で測ってもらって、そのときにこの飽和度が上がったとかして治療効果が上がったというのを見ようと思ったんですが、そのときに左右差を必ず測ってもらうようにしたら、やはり血管が詰まっている方は左右差のある方がすごく多く出てきて、これは検査に意外に使えるのではないかなというのはありました。今購入している機械はこのような形でやっっていこうと思っています。

○本多 皆さんの施術で、これ以外でこんな道具、器具を使ってうちはやっているというのがもしあれば、ご披露願えませんか。どうでしょうか。

○荒井座長 多分JB接骨院だから予算もありますし、検査の道具は買えるんですけど、私どもは検査の機械を買うよりも治療の機械が欲しいんです。どうしてもそちらが優先なので、検査の機械というと、安価なものですけど、血圧計とか体温計、角度計ぐらいなもので。パルスオキシメーターとか非接触型の体温計というのは、コンマ1ぐらいまで出てますか、コンマ2桁まで。

○小林(勉) パルスオキシメーターは98とか97とか、そういう形で出ます。ただ、非接触

型の温度計は、使ってみて意外に余り正確じゃないかな。この温度差が、患部と健側を測った場合に、健側が余りに低いとエラーが出てしまって測れないことがありますので、やはり接触型のほうが安定しているかなと思います。

○荒井座長 どうですか。ほかに検査の機械を使っているという方がいらっしゃったら。

○五十嵐（貴） 最近使っているところは多いと思いますが、超音波の観察、あれは使えるなというところがあります。

○本多 慢性的なものでも使えますか。

○五十嵐（貴） 最近の超音波で、慢性疾患の中で筋肉のかたさを測れるというのが出てきましたが、とてもじゃないですが我々で買える金額じゃないので、まだそこまで至ってないです。

○本多 超音波は前回の全体会議で坂本さんにお話を聞いたら、慢性的なものについては効果が余り期待できないようなことを言っていました。もっと改善しないといけないのかなという感じがしました。

次に、皆さん経過観察という言葉を使います。この経過観察も鑑別の中で大きな役割を持っているんじゃないかと。経過観察には種類が二つあると思います。一つは初検を得るため。今すぐにはわからないけど、ちょっと様子を見ながら病態の変化を診て、ある病態を特定していくというやり方があると思います。もう一つは、自分の治療の効果が上がっているか上がっていないかということを経験かけて長く経過を診るというやり方。

私の言っている前者のほう、初検を得るための、病態を発見するための経過観察というのは、やっているのは当然です。やっていないという人は余りいません。それは当然ガイドラインにも入れたいと思いますが、どの程度の期間、経過観察をする必要があるのかということをお聞きしたいんですが、どうでしょうか。病態によって違うでしょうけど、ある程度類型化してもらっても結構ですから。河野さん、どうですか。あなたの経験では。

○河野 痛みに関しては大体1週間程度見て、状態が少しでも改善しているかどうかということを経験診ますが、しびれとかいうことに対しては大体1カ月ぐらい見ながら、効果があったのか。症状は改善したけど、またすぐ回復して。回復してというのは、悪いほうにもとに戻ったのかとか、そういうことを診るので、1週間程度で判断する場合と、適用外じゃないかなというときは大体1週間から10日ぐらいかなと思います。

○本多 二つに分けて欲しいんだけど、まず原因がよくわからないと。患者側の説明からも、先生も触診、視診、いろいろな器具を使ってもわからないと。なじむか、なじまないかわからないというので、でもとりあえず治療というか経過を診る。こういう場合にはどのくらいの期

間が必要かということです。

○河野 期間というよりも回数です。何回やってみて、改善が、効果が見られるかどうかというようなところから大体判断しています。

○本多 そうじゃない。それは治療の効果でしょう。僕が言ったのは原因を探すための期間観察というか、経過観察はおやりにならないですか。

○河野 原因がわかった段階で治療をしていますから、原因を調べるのと治療が同じという考えでやっています。

○本多 原因がわからなくても治療に入りますか。

○河野 原因がわからなくても、痛みというところをポイントにして、どういう角度か、どういうところに可能性があるのかということを診ながら、診断といいますか、鑑別しながらやっています。

○本多 これは非常に重要なことなので、ちょっと聞きましょう。

○菅俣 今の話の中で、私の場合のポイントなんですけど、全くわけのわからない、何でこだけ痛んだというのは、その場で転院させます。ある程度ぼんやりでも幾つか絞られて、これだろうな、あれだろうなというある程度のターゲットが持てれば、1週間程度の判断日数をとることは多いです。ですが、最初から全くわからない、これは何だろうなというのは、もうその場ですぐ転院をお願いしています。

○荒井座長 私の場合は治療というのは、病気でもけがでもそうですけど、基本的には自己治癒力なんです。おこがましいようで、私が治したなんてことは絶対言えない。治癒するということは、治療というのはあくまで自己の治癒力で治るわけで、私たちはそれを活性化することなんです。ですから、私が見ているのは1週間から、長くても10日です。その間に改善するか、逆に状態が悪くなるか、変化がないというのは1週間ぐらいですか。

○本多 ちょっとこの点、先生に聞きたい。今、私もなるほどなと感心して聞いているんですけど、原因がわからないけども、保存療法として親しむかもしれないなと思って治療に入りますか。それとも、ある程度原因がぴしっと決まるまでは治療に入りませんかということが、まず一つ。それから、原因がはっきりしないけども治療は多少するんだと。その治療と原因がはっきりしたときの治療では、治療の姿勢というか方針というか違うのか。この二つを聞きたい。

○及川 まず、患者さんがどういう症状で来るか。腰痛を例に挙げて言うと、もうベッドに寝られないくらいの腰痛に関しては、まずその痛みをとるような処置をして固定をして、それで次の日に来てもらいます。それで経過を診て、昨日より今日の状態はどうか、症状はどうかと

いうのを確認した上で、悪化しているのであれば、先ほど先生のとおり、紹介状を書いて、提携病院に送ります。腰痛から坐骨神経痛を持っている患者さん、特に激しくない痛みがある場合は、施術した後に神経状態を確認した上で1週間後に来てもらいます。ただ、痛みがある場合には「2~3日中に来て」と一言つけ加える。それは、患者さんの症状もそうなのですが、自分がやったことに対して正しい施術をしたのかどうかという経過の確認を見るという状態にしています。僕の中では、これは前の状態に戻りますが、中学生の男の子がテニスをやっているのですが、前の整形外科で脛が痛いということで受診して、レントゲンを撮って異常がないと、その後うちに来て、シンスプリントかなという状態で触診等で診たんですけど、シンスプリントっぽい症状なんですけど判断がつかないと。初回処置ではシンスプリントの処置をしたんですけど、ちょっと遠いところから来ているので1週間後になるということで、1週間後に来てもらったんですけど、その間の痛みがちょっと増しているという状態で、患者さんのほうからそういうのがあったんです。それで、ただ1点だけ、「テニスをやっているときに痛いのか」「試験中でテニスを休んでいるのに痛い」と。これは先ほどの先生が言ったとおり理屈に合わない症状だったもので、はてなマークがついて病院へ送って見たと。そうしたら骨肉腫だったんです。手術して切断にはならない症例だった。だから、そういう面で経過を診るという分に関しては、自分の中では状態に分けて経過観察をしています。

○本多 期間的にはどのぐらいの期間を想定されますか。

○及川 自分は、次の日か1週間以内です。1週間以上は逆に怖くて。その間、自分はこれはこういうふうにして安静にしてと言うのに、患者さんが重たいものを持ちちゃうとか、そういう他の原因も出てきたりするので、自分の中では1週間以内です。

○本多 これは回数も関連してきますか。

○及川 炎症に関しては、患者さんに湿布、包帯を変えなきゃいけないので、炎症のひどい場合には続けて来ています。それと、さっきの病院に送る状態の部分も関係してくる。神経痛というのは、先ほどの先生のおっしゃったとおり、残念だけど、すぐに改善は見られません。僕の経験上、痛みとしびれだったら、痛みのほうが先に消えていって、神経痛は最後まで残ります。そうすると、1週間以上の経過を診ないと、よくなっているのか悪くなっているのかというのは、僕の中では判断はつきません。明らかに検査法で、これはちょっとまずいなといったものに関しては、MRIを撮ってあったほうが良いと思います。逆に僕らが言わなくても、患者さんがMRIを撮っても異常がない症例はいっぱいあります。腰椎に異常がないのに神経痛が起きるといふ部分もあります。その場合、経過を診る過程で1週間以内にそういう状態があ

れば、病院の紹介状を書いて、血液の問題なんかも探ってもらうことが可能だと思っています。

○本多 そうすると、経過観察をするというのは全く治療しないんじゃないくて、多少治療はしているんですね、先生方は。どうですか。

○及川 特に患者さんが訴えている痛みがあるということ、特に炎症があるものに関しては治療します。どうしてかという、実際腰が痛いと言えません。だから、湿布と包帯して固定して、動かせるようにして患者さんを帰します。

○本多 小林さん、どうですか。大体そんなところでいいですか。

○小林（宏） JB接骨師会の小林です。ちょっと大ざっぱな言い方かもしれないですが、僕ら柔道整復師が施術できる範囲としては、筋肉とかの運動器に対しての痛みや不調だと思っていますので、痛みや不調を訴えてきた患者さんには、まず筋肉の圧痛とか運動痛、運動制限とか、しびれがあるかないかを診て、筋肉とか運動器に対してアプローチできそうなものでしたら、していきます。先ほどのしびれというのもあったんですが、しびれに対しても、例えば腰が痛くて足のほうはしびれだけという方に対しても、もしかしたら足の筋肉の張りで圧迫してしびれが出ていることもあるかもしれないので、そういう方に対しては大腿部、下腿部の圧痛、運動痛、運動制限あるかないかも診ながら、あれば治療していきます。その間に内科的疾患がないとか、既往歴とか、先ほど皆さん方が言われたようなことも聞きながら、経過を診ながら、やっぱり1週間ぐらい目途に治療していきながら、効果が改善したのかどうかというのは診ていくようにしています。

○本多 そうすると、やっぱり治療はある程度されていくんですね。その治療というのは、いわば本格治療じゃなくて、応急処置的な治療なんですか。その点どうですか。

○荒井座長 そうですね、経過観察みたいな。よく整形外科だと、原因がわからないと湿布を渡されて、ほとんどの方は様子を見ましようと言います。それに近いと言ったらあれですが。

○本多 その場合、忙しい人もいるし、いろいろな家庭の事情があって、そう頻繁に来られない患者さんが結構いるじゃないですか。電話で聞くとか、そういうことはやるんですか。必ず電話で症状を教えてくださいとか、そういうことはやらないんですか、先生方は。どうですか。

○山田 痛みの強い患者さんだとか、そういう方の場合、毎日でも1週間診れますけど、以前からこんな感じでちょっと痛くて、いわゆる神経疼痛もあつたりするような患者さんは、毎日続けて来ないです。私のところなんかめったに毎日来る人いないです。普通に診ても、週に1回か2回ぐらい診れたらいいところで、私自身としても。ですから、その中で判断していくとなると、時間的には2週間ぐらいいただきたいと思います。

それともう一つは、柔道整復でやっていく治療というのは、基本的に検査と治療を同時にしているような状況が多いです。いわゆる再現性があるものに対して指標を立てて治療していくものだから、その再現性がどのように変化していくか。変化していかない場合に、やはりこれはおかしいんじゃないか。普通だったら、一般的には多少改善するだろうと思って、やっぱり見込みがあるからやっているわけで、見込みがないと判断できる時点というのは1週間から、長くて、はっきり原因がわからないような人たちも2週間ぐらいというところだと思います。その中で治療と検査を同時に行いながら診ています。

○本多 そうすると、先生方は確定診断はいつ頃やるんですか。これだと、確定診断。今のは一応診断ですよ。一応の診断をやりながら続けていくわけでしょう。確定診断はどこかでやるんでしょう。それはいつ頃どういうポイントでやるんですか。

○山田 治療と経過を診ていく上で、一般的にこれぐらいだったらこういうふうに沿っていくでしょうと、やはり予測を立てています。治療計画ですから。そこでその結果が出てきたら、このまま継続していいかと。もうそのときには確定診断です。だけど、その経過が得られるかどうかまでは確定できないまま、経過観察として1週間~2週間ぐらいは診ていると思います。その間でしか患者さんとコミュニケーションをとれないので、たった2~3回だけで。最初からわかる人は、はっきり違うというのはわかります。そこはもう基礎的な検査と医学知識でわかると思います。

○本多 河野先生も、確定診断とその前の一応診断と分けているんでしょう。その辺はどうですか。

○河野 大体こういうことが原因であろうということで診断かたがた治療を始めてみるんですけど、確定するときはあるんですよ。いつもじゃないですけど。それはその状態、そのポイントにいい刺激が行くと、そこで痛みがとれたとか、そういうことがあります。

例えば背中が痛くて何かよくわからないと。お腹を触ると、さっきの触診じゃないですけど、過敏痛があつたりとかしますと、足の角度と椎骨の痛みのあるところを合わせて刺激入れると、それがぴったり合うと瞬間で痛みがとれて圧痛が消えるとかいうのがあるわけです。そうすると、これは内科系から来ているとか、対象外だとかいうふうにして。だから、痛みが劇的に変わったとき、解除されたときを確定するというふうに私は思っています。

○荒井座長 患者さんははっきりとした原因を知りたいんです。病気もそうなんですけど、自分の病気が何だとか、原因をはっきりしたいものなんです。それがわかると患者さんはものすごく安心します。ですから私は、原因は最初するときには一つか二つぐらいお話しして、わから

ないことはわからない。あとは内科的な問題もあるかもしれないから様子を見ましょうというお話はします。そういうきちっと自分のできる範囲のことを話すと、例えば1カ月後ぐらいに「先生、動脈瘤があって入院して手術になったんです」と電話かけてきてくれたり、ちゃんと自分が真摯に話をすると、向こうから電話かかってきます。

○本多 今城さん、あなた患者さんだけど、柔道整復師にかかるときに何を期待していますか。診断のことです。治療じゃない、診断のことです。今、荒井先生は傷病を言ってほしいと、一番安心すると言うんだけど、どうですか。

○今城 原因は何かということ、こういうことで痛くなったんですと。そうしたら、どうしたら治るんですかということを知りたいです。患者としては何が原因でこうすれば治りますと。こういう手術をすれば治りますとか、期間はどれぐらいか、そういうのを知りたいと思います。

○本多 あなたの経験でそういうことを答えてくれた柔整師はいますか。率直に言ってください。

○今城 例えば慢性疾患の場合、五十肩とか、そういうものは「もう諦めてください」と、医者ではそう言われました。はっきり言って医者では。じゃあ、接骨院で痛みを少し和らげてもらおうという考えで治療に来ています。

○本多 河野先生、ここの部位を押さえたら痛みが消えた、消失したと。では、こういうところに内部損傷があったのか、あるいは内部に疲労があったのか、あるいは内部的な疾患かなとわかったとします。痛みは解消したんです。治療は続けるんですか、それとも終わりですか。

○河野 基本的に対象外の患者さんは病院に行って検査してもらって、薬もらってくださいと。それで痛みが変わらないとか、こちらに来たかったら抑えることはできるから来ましよう、そういう感じで自費の分と兼ねながらやっています。

○本多 そうではなくて、先生が今言った確定診断のときこういう痛みが解消した、この治療で解消したと先生が得心しますよね。それであと治療はしないのか、するのかを聞いている。

○河野 それは患者さん次第です。一応病院に行って確認をしてくれとは言います。

○本多 そうですか。

○河野 そうしないと患者さんも安心しない。私がこうであると診断したのと、病院で検査してやっぱりそうだったという、すごく安心するんです。

○本多 痛みが解消したというより、軽減したという捉え方のほうがいいのか。

○河野 そうです。ちょっと続いているものなんか、痛み軽減しても完璧にとれるわけじゃありませんから、それはちょっと続ける必要がある。

○本多 そういう趣旨ですね。

○河野 ええ。

○本多 わかりました。今度は確定診断に入っていきますが、先生方の中では、今城さんがおっしゃったように、これは治らないと。だけど、痛みを和らげること、緩和することはできる。あるいは運動制限が今これだけ、屈曲がこれしかないんだけど、もっと広く屈曲できるようになると、でも完全に 100%屈曲することはできないよと。こういうふうには先生方が判断したときには、患者さんにどういう説明をされるんでしょうか。そこをちょっと聞きたいんです。

○河野 私の場合は、痛みは改善したり可動域が改善することは可能だけでも、残りそうだとか、完璧にはいかないと。それで生活態度とかで痛みの再現が出ないような方向に生活習慣を改めてもらう方向に持っていく。あと体操です。体操が意外と効いたりしますから。

○荒井座長 今日、小木曾先生が長野から来るはずだったんですけど、昨日の夜に電話があって交通網が復旧しなくて。今回言いたかったことをちょっと思い出したのですが、彼は機能訓練士をやっているそうです。そういうところに来る方たちは、患者さんじゃなくて利用者さんとおっしゃるんです。そこに来る方たちは、脳疾患の麻痺のある方だとか、今でいえば柔整適用外ですけど、そういう患者さんが多くて、QOLとかADLを上げるためにいろいろな。「柔整と違うことをやるのか、同じようなことをやるのか」と聞いたんです。「いや、同じことをやっている」。厚生労働省はちゃんとデータを持っていて、柔整師がやる機能訓練で効果が上がっているということをお話ししています。今それを披露したくてお話ししました。

○本多 河野さん、そういう機能訓練みたいなのはあなたの治療の中に入ってくるんですか。

○河野 機能訓練はやり方と結果といいますか、ここまで改善するよというのは、五十肩でいいますと、肩の位置を変えて肩甲骨と肋骨の関係がこういうふうになると、ここまでいく。ここまでいかないのが、ここまでいくということは、その場で他動的にでも痛みがなくて上がる状態までしてみせると、こういう運動をすればいいんだなというのがわかりますから、指導するところまで。運動の仕方を教えるところまでで、治療とはまた別にしています。

○本多 この点どうですか。大体いいですか。機能訓練と治療というのは違うという概形を持っているんだけど、その点はそういう理解でいいですか。

○菅俣 機能訓練と治療は違うというより、私の考案的には、けがをするなり何なりで機能的な問題が起き、痛みだとか使い方、うまく使えるようにゴール地点を設定したのであれば、機能訓練、トレーニングも治療の一環として私はメニューに入れています。

○本多 その点、五十嵐さん、どうですか。

○五十嵐（貴） 菅侯先生と同じ意見なんですが、例えば慢性疾患になってしまうのか難しいんですが、運動していて年がら年中痛みが出る子なんていうのは使い方が悪いから、こういうトレーニングをしてもらおうとその場でちょっとトレーニングさせて、お家でこれをやろうという話にはなったりします。だから、治療の施術の中の一つと考えていいのかなとは思いますが。

○本多 僕が質問しているのは、こういう生活をして、こういう運動をしなさい、朝夕散歩しなさい、ラジオ体操しなさい、あるいは柔軟体操しなさい、いろいろ。これは指導しています。これも治療訓練というのかな。いや、私がやってあげますと先生が手を上げてあげたり、腰を屈曲させたりという治療、これは治療と僕は思っていたんだけど。僕の言っているのは、お家に帰ってこういうことをしなさい、あるいはこういうことをしてはいけませんと、こういうものは治療の一環ですか。

○菅侯 生活指導として。

○本多 生活指導。そう思って理解していいんですか。そういうことは治療中に言うんですか、治療が終わってから言うものなんですか。

○菅侯 ながら。

○本多 治療しながら言うんですね。その成果はどこで観察するんですか。

○菅侯 それはさっきから話に出ている評価。それはトレーニングだけの評価ではないかもしれないけど、自分が指導している治療、施術、全てを総合的に効果が出ているのかどうかというところで評価をする。

○荒井座長 ただ、本多先生、運動というのは一律に私たちは指導していません。一般的な、ただ体力アップのための運動じゃなくて、その人の動作だとか、右足だけ鍛えろとか、右足だけを爪先立ちしろとか、筋力のバランスをとるような。多分それぞれ皆さん、そういうような処方の仕方ですから、一律な運動ではないということです。

○河野 今そう言おうと思っていたんです。一律の運動じゃなくて、変形性膝関節症で○脚で歩くと痛いとかいう人とか、私がやっている運動法とかあるんですけども、それは立ったり座ったりするので膝のねじれをとっていくという。そのやり方を間違えると結構痛くなるんですけど、うまくやると2週間か3週間すると、その変形しているのが、曲がりの角度が変わってきて、ちゃんと歩けるようになったと。そういうのはずっと診ていて指導すると時間がかかるんです。ですから、そのやり方だけ教えて、あとは家で1日何回やってくださいとかいう感じでやるようにしています。

○本多 小林先生、うちの2階にはそういう道具であるようでないようなものが転がっている

んですけど、実際どうなっていますか。

○小林（勉） 道具は余り使わない。チューブとかボール程度で今やっていますが。例えば男の子がピッチャーなんかで一生懸命投げていると、インナーマッスルが痩せてきてしまうのでチューブでトレーニングしなさいとか、椅子からの立ち方でも、大腿だけ使わないで腸腰筋を使って立ったほうがいいのか、そういった形の指導とかはしております。

○本多 そうすると、二つあるんですか。筋力をつける指導というか運動方法と、それから変形性を少しでも治していく。完全じゃなくても治して行って、少しでも痛みを軽減する。今のお話はこういう二つあるように聞こえましたが、そんなところで。あるいは他にもあるんでしょうか。

○河野 他にあるかどうかということよりも、筋力が落ちている場合は、関節のアライメントとといいますか、それが狂っている場合が多くて、それで筋力が発揮できないとといいますか。ですから、それを合わせるための体操とといいますか、運動をしてもらうというのが私の考え方の基本です。

○荒井座長 運動の手法もそうなんですけど、整形外科だと例えば何とか運動とかというのはみんな一律に書いてありますけど、私たちは結構お年寄りが多いですし、ひとり住まいの方も多いので、けがされちゃ困るんですよ、自宅で運動するのに。ですから、けがしないような運動方法だとか、もしくは介助してもらう人がいれば手伝ってもらう運動の方法だとかはいつも考えています。

あとは日常生活動作で、一例ですけど、この方は冷凍室の中で棚の上の物をとることで首に痛みが出て、手にしびれが来ているんですけど、日常生活動作の中では遠くで物を持たないように、なるべく体に近づけて物をとるようにとか、腕を上げるのも、肘を伸ばして上げると長さ分のモーメントがかかりますから、なるべく体幹に近いところから手を上げるとか、そういう指導です。

○本多 濱本先生、どう。患者さんにはそういう指導をやっていますか。

○濱本 当然そういうのはいっぱいコピーをして、あとカレンダーを用意して、1日から30日まで、できたらマル、できなかったらバツ、半分やったら三角で、また持ってこさせてということをやって、ちょっと褒めてあげて続けさせるようにはしています。

○本多 今までののは、鑑別とか初検を得るといのはどういう目的ですかという話をしました。そして、初検のときと、継続診断の場合は自分の治療効果がどの程度出るかという問題をやってきました。若干ここで落としたのは、こういう事件が起きているケースがあるんです。患者

さんは交通事故だと言ってきた。あるいは骨折だと言ってきた。なぜそう言ったかという、患者さんには患者さんの狙い目があるんです。損害賠償を請求したい。治療費とか慰謝料を請求したい。だから自賠責で適用したいというので、患者さんとしては交通事故。交通事故に遭ったことは遭ったんです。全くなくて嘘をついてきたわけじゃないけど、交通事故は大したことがなかった。たまたま既往症を持った人が交通事故に遭った。こういうケースの方がおられるとします。先生方が治療して、初めは患者さんの言うとおりに、多分交通事故かなと。交通事故にしては、さっき誰かが言ったように、ちょっと股関節のほうまで膨らんだりして、事故とは直接関係ないところが多いなと思って、柔整師さんは交通事故と関係ないんじゃないですかということで保険を切りかえるということをやります。こういうときにトラブルが起こります。

それからもう一つは、患者さんのほうで骨折だと言ってきて、よく見ると骨折じゃない、明らかに骨折は見られない。しかし、骨折によると傷害保険が適用されるということで。先生方の診断は、ほかにも休業補償が出るとか、いろいろ労働法の問題で、そういう法律関係に影響してくるんです。先生方と患者さんだけの内部的な問題だけじゃなくて、それが法律関係に、患者さんの持っている社会法律関係に大きく影響を与えるという場合がこの診断の中にはあるので、やっぱり厳格な診断をしていかないと大変なトラブルに巻き込まれるというのが診断の目的の一つにあるわけでありませう。

そこで今度の議論は、そういう診断をカルテあるいは施術の記録にどういうふうに記録をとるかということなんです。記録をとらないと、後から全然わからないことになるんです。記録のないものはやってなかったことにみなすというのが法律の世界です。常に記録をとりなさいというんです。先生方は特に記録をとることを職業にしているわけです。だから、記録をどうとるか、今の診断をどう記録に映していくかということについて、先生方のご意見を少し聞いて終わりにしたいと思いますが、ちょっとお話をいただけませんか。

○荒井座長 一番困るのが傷害保険です。多分皆さんもそうだと思いますが、治療していて、もうよくなっているんじゃないかなと思うのに来る患者さんがいます。そういう方って、一番最後のときに「これに書いてもらえませんか」ということありませんか。ありますよね。そのときどうします。その時点でもって治癒としますか。そうせざるを得ないとは思いますが、現実にはそれよりもっと前に治癒していることありますよね。これが私、一番困るところなんです、どうですか。

○菅俣 うちが特殊と言われているところなので、多分ないです。最初に怪しいのは全部回す、治ったら終わり。それで済みませう。そうすれば、傷害保険もちゃんと書けるので。

○荒井座長 なかなか良心的ですね。

○五十嵐（貴） 大体診ていく経過の中で、今あなたの状態はこんな感じだから、今週いっぱい診て問題なければ、よしとしましょうかとか、そういった目標を立てるので、そういったのは多分ないです。

○荒井座長 私、この間初めてわかったんです。植木屋さんの社長なんですけど、木から落っこちて救急搬送されたんです。この方は社長なので、もちろん労災に入っていないので、大型保険というのかな、個人の社長が入る。救急搬送されて、そこの病院で3部位の診断書をもってきて、あとうちでお願いするって来たんですけど、そのときに警察官が来るんです。私もびっくりして。事情聴取するんです、自分で木から落っこちただけなんですけど。

要するに、詐欺まがいの行為じゃないかというので、例えば自分で勝手に落っこちたんじゃないかとか、同僚が社長が足をかけるところの木の枝を少し切ったんじゃないかとか、そういうようなことを想定して警察官が入ったんです。だから、本多先生が今お話ししたときに、やはりそういう詐欺というか、多いのかなというのは私も今ちょっと思いました。

○本多 私どもは法律家ですから、先生方の医療事故とか、いろいろな裁判の問題で先生方のカルテを、施術書を読ませてもらう。これは医者も同じなんですけど、ほとんど書いていない。書いてあると、誤字脱字ばかり。医者で書いてあるのは、ドイツ語なのかフランス語なのか英語なのかわからない。「ラテン語だ」と言うので「スペルが違うんじゃないですか」とこっちが言うと、「苦労したんです、この単語を覚えるのに」と。昔のカルテはいいんです、そういう間違いでも。なぜかといえば、それは備忘録ですから。治療者が自分の記憶をとどめるためだから、どんな表現を使おうと使わまいと関係なかったんです。ところが最近、医療事故等が発生して、カルテは医者だけのものではなくて、患者と共有の文書だと。もっといえば、公のことを証明するための基礎資料だと、こういうようにカルテの意味が変わってきたんです。昭和40年代から50年代頃かな。まだ私が学生のときはそんなことなかったんですが、司法修習生になった時分から変わってきまして、今現在ではカルテは患者さんとの共有の情報を記録したもの、必ずしもドクターオンリーのものではない。だから開示しなさい。昔は、内部文書だから、ドクターの備忘録だから、そんなものは開示しなくていいし、渡す必要もない。今はどんどん出しなさいと同時に、最近のカルテは法律関係を証明する資料だと、こういうふう言い方を変えてきています。そういう中で先生方が今いろいろお話しされた診断について、どのようなカルテをお書きになるかということが一つあるんですが、カルテにそういうところのスペースはありますか。白沼さん、ありますか。

○白沼 一応経過欄があります。

○本多 そこにどう書く。

○白沼 先ほど本多先生からも聞きましたが、ここ3~4年、健康保険法にも記されているように、保険者様から施術録を添付してくださいというのが非常に増えてきています。何を知らたいのかというと、その方はなぜそれだけ長く通わなければいけなかったのかとか、初検時の症状はどうであったのか、あとはきちんと生活指導されているのではないのか。治癒になったときには何をもって治癒とされているのか。そういったものを聞いてくる保険者様が非常に増えてきています。私どもも、自分の院もありますけれども、そちらでもスタッフにもしっかりと言っているのは、患者様の初検時の症状を事細かく、問診の内容も事細かく書くようにはさせております。ただ、支給基準上にあるフォーマットの中ですと、どうしても記載する部分が非常に少ないので、別紙添付という形でも受け取っていただける保険者様がおりますので、支給基準に載っている施術録のフォーマットで内容が載らないものに対しては別紙の用紙をつけて添付するという形をとらせていただいております。ただ、いろいろな先生がいらっしゃいますので、どれが十分で、どれが不十分でということを私ども会の人間が、これではだめですよということは言えませんので、先生方の皆さんのご判断の基準で書かれております。やはり保険者様が聞きたい内容と、私どもが記載しなければいけない内容は一致しているのではないのかなというところも、こここのところ思うようになってきました。ただ、現場の先生方がお忙しいのもわかりますし、記載する内容がそこまで書けないとおっしゃられる先生のお気持ちもわかるんですが、やはり皆様方の頭の中のことを文章にできれば、もっと疎通ができるのではないのかなということは感じております。

○本多 どうですか。ここが一番頭の痛いところですけど。

○荻原 カルテに記載するものの中で、カルテには記載しますが、保険者さんに対してレセプトを出します。レセプトには出さないんですが、保険者さんが一番知りたいのは、きっと経過だと思います。1カ月、2カ月かかって治癒したけど、2カ月も足首の捻挫でかかっているから、何でかかったんだということだと思います。それをもちろんカルテには絶対書かなくてはいけませんが、レセプトには書く欄がないです。どのようになってこういう治療をしたから、こういう状態がちょっと続いたんだけど、2カ月目に治ったよというのを書くところがないものですから、それだけはカルテにはしっかり書かないとだめだと思います。

○本多 五十嵐さんはどんな書き方をしていますか。

○五十嵐（貴） 物によってなんですけど、痛みが出る角度が何度だったとか、しびれ度合いが

どうなのとか、握力はどうなのとか、そういったもので書けるものと書けないものがあるんです。漠然とした痛みとか。

○本多 例えば、そのときはどういう表現を使うんですか。

○五十嵐（貴） 非常に困ります。

○本多 やっぱり言葉は苦労しないといけません。私は小説家じゃないけど、物を書くほうですが、言葉を選ぶとき苦労します。ましてや読むのは裁判官だから、間違っ読まれたら困るなどと思うから。今、白沼さんもおっしゃったし、荻原さんもおっしゃったけど、二つに分けなきゃいけません。保険者に知らせたい情報と、患者に知らせたい情報と、自分の治療上やらなきゃいけない情報と、公の証明のための情報と、目的は随分違います。保険者が知りたいのは、何も公の法律関係を証明するための情報なんか必要ないと思います。それよりもお金を払って構わない治療なのか、払う必要がない治療なのかというところが多分大きな関心事なんです。だけど、我々医療事故を扱うほうとすれば、なぜこんな判断をした、なぜこの治療をした、なぜこの薬を投与したという治療の流れを知りたい。それから、いつどの時点で症状を捉えたのかということをお我々は非常に知りたい。特に転院勧告なんかの場合、どの時点で症状を押さえたのかということが非常に裁判では気になることです。

ですから、それぞれの目的によって違いますが、カルテはそもそも保険者に療養費を請求するためにつくるものじゃなくて、先生方が患者を次から次へ治療していくための、いわば治療のステップをつくっていくというのが一番基本なので、そこら辺のつくり方をどうするか。その結果、保険者も情報がわかるということになる。それがどういうように、これは診断です。せっかく今こんな大きな議論をしたんだけど、それをどうカルテに落とししていくかということ

で、武田さん、答えにくいかもしれないけど、カルテの作成にどのくらい時間かかりますか。

○武田 カルテ作成の時間ですが、一般的に言われているカルテに関しては、今パソコンで入力して印刷して、あと熱感だの炎症症状等を記載する部分があるので、それは記載して、そんなに時間はかからないですが、ただそのカルテとは別に1枚、どういう検査をした、どういう結果が出た、どういう治療をしたというのを全部、来院した日ごとに書くのをつくっているの

で、ちょっと時間は。詳しく何分とかは言えないですが、それなりに細かく書いています。

○本多 今、白沼さんからもお話があったように、療養費を支給してもらうためのカルテの書式は極めてスペースが小さくて書き切れないから、大抵の人は別のものに何かを書いているだろうと。書いてない人もいると思いますが、その書き方なんです。どこに書くかは別として、書き方を少しガイドラインでは出してみたいと思っています。最低このぐらひは書いておいて

くださいという書き方をガイドラインでは記載しておきたいと思っています。それは保険者のためじゃなくて、先生方の治療のために最低このぐらいのものは書いておいてくださいというのをやっていきたいんです。それを、さっきパソコンで不動文字を使って打っていくとうまくいくのか、よくわからないですが、うまくいくんですか。そういうやり方がいいのか、肉筆で書いていくのがいいのかという問題も若干ありますが、どうですか。この書き方について提言があれば、こういうふうにやったらどうかというのはちょっと教えてもらいたいです。

○瀧内 私、接骨院もオーナーとして持っているんですが、うちの場合は、A4の紙を1カ月分で30日、月によって違いますけど、区切って、症状と患者様のおっしゃっていたこと、言葉の内容と、あとは施術した内容を毎日一人一人全部書かせるようにしております。横の欄は30等分しておりますのでごく細いんですが、きちっと記憶を引き出すときに必要な最低限の情報程度で大丈夫だと思っているので、症状と患者さんの痛みの内容、あとは施術の内容、患者様としゃべったことの四つだけです。少ないかもしれませんが、この四つは毎日欠かさず書かせるようにしております。

○菅俣 他の先生はわかりませんが、私は全て一人でやっていますので、最低限しか多分書いてないと思います。ただ、初診のときのカルテの表は、多角的テスト、やったテスト全て、原因等、多角的テスト全て。それによってこう判断したということは書いてあります。裏面に関しては、毎日書いていません。最初のころ毎日頑張って書いたんですけど、毎日書いていても、余り変わらないんです。なので、1週間に1回、一応多角的テストの結果を全て書くことと、さっき五十嵐先生の言った、それに当てはまらないような人の場合はペインスケールで、一応自覚的な疼痛のスケールを出して、10が幾つになった。来たときを10として、全然痛くないを0とすると、今日は幾つということで、週に1回の評価という形でつけています。

○本多 及川さんは、どうですか。

○及川 僕も菅俣先生と一緒に、初検の検査法と初回の処置はちゃんと表面に書きます。裏面は、やっぱり患者さんの経過が大事なので、痛みを5段階評価にして、今日はどのレベルですかという状態で調べていきます。その間、再受傷があった場合には、新たにまたそこで検査を入れるという形でやっています。

○本多 人体図なんかを利用される方はおみえですか。全体の人体図はあるけど、部分的な人体図。言葉で表現するのはなかなか難しいので、人体図を少し細かくつくって。あんなラフな人体図ではなくて、全体の人体図をつくって、人体図のここですと、まず全体の位置づけをして、それから局所的なことについてちょっと拡大した人体図をパソコンでつくられて、ここだ

というような指定をするという方法でやると、意外と文章をつくらなくても絵で特定するんじゃないかと思うんだけど、そういうのはどうですか、五十嵐さん。

○五十嵐（貴） 絵は描いて、矢印書いて、こういう検査でこういう痛みがあったからというのはやります。

○山田 私も一人でやっているのですが、実際自分で書くということがすごく時間的に大変な部分で、最低限のことしか書いてないです。それと、欄をつくって評価を3段階ぐらいにして。というのは、今使っているカルテが保険者のカルテなので、京都は毎日絶対に書きなさいと。書いてないところは支給しませんということを集団指導で言ったので、何を言っているんだと。私、明治国際医療大学の柔道整復学科で柔道整復概論と実技とどっちもですが、その総論は私が担当したんです、80 ページまで。最後の評価というところがあるんですが、評価はカルテの書き方なんです、先生がおっしゃったように中間評価というのは毎日書く必要はないと、きちっと述べてあります。そのこともちょっと突っ込んで聞いていただいたんですが、厚生局としてレセプト用のことで経過なしでもいいから書いてくれという返答になりました、京都は。変化なしでも書いてくれと。判こでもいいのかというところまで一応突っ込んでもらったんですが。本来は、中間評価は変化があったときのみ記載すればよいと、このように教えておりますし、テキストにも載っております。

もう一つ、私の母が交通事故でけがをしたときに、病院に二つかかったんです。いろいろなことがあって診断書を出すとき、結構大きな事故だったので1カ月入院したもので、一つの病院は電子カルテでもう本になるぐらいびっちりと内容を書いて出してくれました。もう一つは手書きだったので、コピーだったので、どう見ても今や電子カルテの時代で、そっちのほうが詳しく何もかも述べられていたというのが記憶で、私もできれば電子化してほしいなと思います。紙1枚では無理です。

○本多 私が顧問をやっている病院だけど電子カルテがはやっていますので、柔整師にどう乗せるかということと経費的にどうなのかということがありますので、ちょっと研究したいと思っています。小林さんは、施術録はどうですか。

○小林（宏） 僕も一人でやっているのですが、施術録の裏は、初診で来たときはいろいろな症状とか、いろいろ書いていますが、最初の1週間ぐらい変化があれば続けて毎日のように、昨日よりこういう痛みがとれていたとか、朝起きたときの痛みは楽だったとか、気づいたことは書いていますが、ある程度落ちついてからは1週間に一度とかになってしまうと。それ以外に、例えば患者さんが1週間ぐらい来なかったときとかは、後から僕が見ても、誰か第三者の方が

見ても、どうして1週間あいたのかわかるように、治療の経過とは関係なくとも、例えば子供がインフルエンザで休んでいたのだから来れなかったとか、後から見てこれで来れなかったんだとわかるようなことは治療に関係なくとも書いています。

○本多 ほかに何かこんな工夫していますという人はいませんか。武田さん、工夫はある。

○武田 先ほど先生がおっしゃられたイラストは使って、痛みがあるところを蛍光色で線引いて、矢印引いてというのは、誰が見てもどこにどういう痛みがあるかわかるようにしています。

○本多 参考にお話をしますと、今私がやっている事件というのは脊髄狭窄症の事件で、病院が手術をしたんですけど、手術が失敗してしまって半身不随になった患者さんの医療事故を患者さん側でやっているんです。その裁判の中で幾つか争点があるんです。一つの争点が手術適用性があったかないかという判断を考えているわけです。医者側の弁護士さんは適用性があったと。その適用性がある中で、どれだけ患者さんに説明したかという議論が動いているわけです。その中で患者さんの私に対する訴えは、ほとんど説明がなかったというので、そういうように主張したら、そんなことはありませんというので、同意書のところの説明を書いたパンフレットをぽんと出してきたんです。しかるべき説明をしたんですという事件なんです。同意を得るための説明をどの程度したらいいかというのが最高裁の判例も幾つか出しているんですけど、それにこの説明書が適用するかどうか争点になっている。

そういうときに重要なのは、説明をするということは、絵を描いたり、道具を使って説明を患者さんにしているはずなのに、ただ不動文字をぽんと書いているだけで、これは説明にならないというのが最高裁の判例なんです。わからない人に、患者という素人に玄人が説明するんだか、もう少し懇切丁寧に具体的に説明しなさいとなっている。したがって、同意とは言えない。インフォームド・コンセントはとれていないということになるんです。そういう議論があって、この説明では十分でない。

もう一つが一般的な説明しかしていない。脊髄狭窄症で、この開放手術をすると、こういうことが合併症で起こりますよとか、こういう症状が起こる可能性がありますよとか書いてありますが、この患者さんにはどういように起こるのかということが書いてないから、これは説明としては十分でないというのが最高裁の判例なんです。

皆さんの場合も、この患者さんに特有なものがあるはずなんです。だから、その特有なところはエラーしてはいけない。一般的に腰痛の患者、70歳の腰痛の患者、私のことだよ。一般的にはおおよそこういうことだ、そんなことは不動文字でいっぱい書いてあります。そうじゃなくて、いつも座ってばかりいるあなたの腰痛はこういうところですよという、その個性豊かなとこ

ろを書いていたかなきゃいけない。これをカルテにどう表現していくか。

一般的な記述についてはガイドラインでお示しできると思います。それだけで満足されちゃうと、このガイドラインの作り方が悪いということになります。なお、その患者さんの個性を表現できるガイドラインを、記述をつくってもら。こういうことでやってみたいなと考えて進めてみたいと思っております。カルテの書き方について、今回ガイドラインでしっかりつくってみたいと思っております。

最後になりますが、さっき診断の問題が出ました。患者さんが診断書を発行してくれと言います、あるいはどっか役所から診断証明書を出して欲しいといったことがある。診断書にどのように書いたらいいか。これもガイドラインできちっとルール化していかないと、先生方の診断書がまちまちではやっぱり具合が悪いんですけど、この診断証明書の記載をどのように考えたらいいかということですが、ご意見ありますか。今現在使っている診断証明書も含めてです。診断証明書を発行したことある人。全員あるでしょう。診断書を発行したことないなんて人は、この世の中にはいませんわな。JBのあの用紙をただ盲目的に使っていますか。

○濱本 そうです。

○本多 そうですか。それは残念なことではございます。何かありますか。先ほど河野先生がおっしゃった確定診断がとれていないのに診断書を書けるのかという議論なんです。確定診断ができていないのに、どうしてもお勤めの関係や、いろいろな関係で診断書をいただきたいという患者さんが出てきたとしましょう。この場合どういうように書いたらいいのでしょうか。

○荒井座長 診断証明書が欲しいと言う患者さんは目的があって、大体多いんです。例えば何日間の安静加療が必要という日にちを書くときに、我々にはそんなガイドラインというものが、はっきりとした日にちがないから、例えば医者から診断証明書を持ってうちへ転院で来たときとか、この日にちで治るのかなというのが整形外科の日にちなんです。それを私のところでどういうふうに評価して、例えばほかの患者さんで日にちを書いていいのかということはよく悩むことなんですけど、大体そういう患者さんというのは、診断書を書いてもらいたいという目的があって来るので、非常にそこら辺は悩ましいところです。はっきりとしたそういうガイドラインがあれば助かります。

○本多 今荒井さんがいいことを言いました。皆さんの場合は診断証明書というんですか。あれを発行するのに患者さんに使用目的を聞くことができるかどうか。診断証明書を発行する場合に、あなたこれ何に使うのよということ聞いて、それがはっきりしなければ発行しませんということが皆さんのレベルでできるか。レベルというのは職務上という意味で、できるのか

どうかをまず議論しませんか。どうですか。

○菅侯 法律的にどうかかわからないですけど、その診断証明書を書くに当たって何に使うのかを聞かないと、このけがは何日で治りますでいいのか、何日ぐらいの就業不能ですとか、いつから就業可能ですよと書くのかという内容が変わってくるので、聞かないわけにはいかないと
思うんです。

○本多 教えられなかったらどうしますか。

○菅侯 教えられなかったら。

○本多 目的を言わなかった場合です。

○菅侯 言わなかったとしたら、もし書くとしたら、傷病名を書いて、加療中であるとしか書きようがないです。

○本多 発行しないとは言えないから、少なくとも最小限の事実だけを書く。

○菅侯 事実書いて、3,000円もらいます。

○山田 私はいつも何に使うか必ず聞いてから書きます。言ってくれない人もいますが、突っ込んで聞くと、大体言ってくれるんです。なぜ聞くかということも伝えるようにしています。というのは、学校に出す場合の様式と、損害賠償保険とか任意でいろいろな傷害保険に入っておられる場合の様式と、交通事故の様式と、一般的なものがあるんですが、様式が違うので、それとそれによって内容が変わりますということをお伝えするようにしています。

○本多 小林さん、目的によって診断証明書の内容は変わるということについて、あなたはどう
思いますか。

○小林（宏） 菅侯先生も山田先生も、内容というか表現の仕方の違いだと思うので。患者さんも出す目的によって、仕事上のけがじゃなくても仕事を休まなければいけない場合、どのぐらいの安静期間が必要なのか書いてほしいという人もいるかもしれないです。ですから、もし教えてくださるなら聞いて、コミュニケーションは必要だと思います。

○本多 診断証明書というのは二つの意味があります。一つは事実を証明する。骨折しています、どこどこが骨折しています。これは事実を証明しています。あるいはしていません、捻挫です。捻挫ということは、骨折していませんということの裏返しですから、そういうように事実を証明するものと、だから何日必要か。これは評価です。見込み評価です。1週間安静を要する。評価というのは、基本的には抑制して書くものなんです。これは医者でもそうです。評価というのは、オーバーに書かないということです。極めて厳格に書くこと。自分だって予想だからわからないじゃないですか。わからないことを大風呂敷広げたら余計おかしくなります

から、極めて厳格に書くというのが多分ルールだろうと思います。わからないことをわかったふりで書くのは一番罪ですから、わからないことはわからない。

それから、確定診断と、まだ確定診断に至らない診断の場合。この診断は確定診断かどうか分けるときに、私どもが見ると、「疑い」と書いてもらったほうが確定診断じゃないなとわかる。

「捻挫」と書かれると、これは確定診断したな。「捻挫の疑い」と書かれた場合には、この診断書を発行する段階では疑い。でも、ある段階になったら捻挫と出ます。そういうように確定診断かどうかということをご自分でわかるようにしてくれると、使うほうは非常にわかりやすいんです。そういう意味で、できれば外部からも確定診断かどうかわかるようなガイドラインを考えてみたいと思っています。そういうところでひとつ研究してみたいと、このように思っております。

○荒井座長 最後にどなたか。

○伊集院 今の本多先生の話で私が自分で経験した例がありまして。交通事故で3カ月ぐらいずっと治療していたら、警察署から電話かかってきて、診断書を出してくれと。3カ月治療してもう終わってからのかな。それで全治3カ月みたいに書いたら、警察署から2週間と書いてもらわないと困るんだと言われたことがありました。

そういう基準みたいなものがあるみたいで、加害者側の点数がどうのこうのと言われていたので、その辺もガイドラインのところ。交通事故関係で私たちは診断証明書を書くことがありますが、そのことを教えていただけるとありがたいと思います。

○山田 これは慢性の痛みに関するもののガイドラインですね。

○本多 はい。慢性の痛みに出す診断証明書をどう書くか。

○山田 それは難しいです。

○本多 難しいのはわかっている。

○山田 その個人の方に対して文書的に説明していくというのが一番いいような気がします。

○本多 客観的な事実を書くしかないんです。あとは見込みということになるんです。

○山田 それが一番いいと思います。

○本多 そこら辺の問題があるんです。3,000円もらえるかという問題があるから。

○今城 外傷に対するガイドラインをつくるということでもいいわけです。

○本多 慢性の。

○今城 それともう一つ確認したいんですけど、ガイドライン作成のステップなんですけど、6月までにつくるというんですけど、そこら辺どういう取り組みでやられるか、そこを教えてい

ただきたいと思って。

○本多 こういうスケジュールを考えています。こういう全体会議、多くの人に入ってもらって、ここでまず皆さんのいろいろな情報を提供してもらいたくて私が質問しているんですけど、それをガイドラインとしてどういうように立ち上げていくかということについては、何人か幹事の先生がいますけど、幹事会の中でつくっていくんですけど、ガイドラインのつくり方についていろいろ議論があるんです。そのことを研究している者がいますので、その人にレクチャーを受けます。ガイドラインはこうつくるものだという勉強を幹事会でやります。そのとき、今日こういう議論をしたものを全部残しますから、これを見ながらガイドライン化していく。

それからもう一つは、アンケートをどうつくるか。患者さんが柔整師の治療に対してどのような反応を示しているのか。このアンケートを大学の専門のところに話し合っただけで勉強してつくっていきたくない。これをガイドラインに落とせることで、時間の問題があるんですけど、そういうことを考えながらつくってみたい。ガイドラインというのは、積極的にこういうことをすべきだというガイドラインはできません。こういうことをしてはまずいとか、ここを配慮しておきなさいというような、外堀を埋めるようなガイドラインに多分なるだろうと今のところ想像しています。これを6月末までにはつくり上げていきたいと思っております。

○荒井座長 今日は保険者さんがおみえになって、もしよろしかったら感想をお聞かせ願えらとよろしいかなと。最後の締め。

○A いつもお世話になっています。率直に言って暗たんたる気持ちでしかないと。皆さんにはよくコンプライアンス、弁護士さんも言われる中で法的にオーケーなのかノーなのかということ抜きに、もうどんどん自分たちの世界の中で物事が語られているというような。例えば診断書、これは違います。施術証明か何かです。それは勝手に皆さんが言っているだけの話でしょう。厚労省なんか診断書って認めてもないじゃないですか。裁判なんかでも一応認められているんですけど、例えば診断という言葉は皆さんの世界には属さないはずですが。でも皆さんは使われている。柔道整復師の皆様の中でそれ相応の見解ですとか、いろいろ知識とか、お持ちの方がお集まりになった中ですらこのようなお話ということは、ほかは推して知るべしだと思いますし、このような中で物事が進んでいくとなると、我々はますます「原因のわからないものは行くな。まず病院に行け」というようなことを。柔整さんを使うなどは言えませんが、原因がわからなかったら必ず医者へ行って原因を定かにしろということをしちんと強くこれからも進めていかなきゃならないと強く思った次第です。

○荒井座長 ありがとうございます。次回の全体会議は、施術の方法に関するガイドライン

を行いたいと思っております。

○佐野 質問です。このガイドラインですが、病状が決定したならば、検査方法とかいろいろも多分決定していったって、その検査方法の統一化とか、そういうようなことは考えていないんですか。

○本多 今のところ考えていません。ガイドラインは一回つくったら不動というものじゃありませんから。ガイドラインをつくった上で、また逐一検討して変えていく。余り公式みたいにこれをやったらいいということは考えていません。それは柔整師にも裁量がありまして、いろいろ幅があって、患者さんによっていろいろやり方が違っているし、また経験的にやり方が違ってきますから、これが一番いいんだとか、これがすぐれているとかということは余り出したくない。また出せないと思う。それよりも、これはちょっと具合が悪いと。今、Aさんがおっしゃったように、原因がわからないなら医者に行けという理屈はガイドラインにどこまで反映させるかということが議論になります。そこら辺のところのボーダーラインをどう引いていくかということになるんじゃないですか。

○荒井座長 次回は、先ほども申しましたけど、施術の方法に関するガイドラインを議論したいと思います。

○澤田 次回は3月30日を予定しております。最後に、本日、衆議院議員の大西健介様の秘書として乾ひとみ様がいらしておりますので、ご紹介させていただきたいと思います。

○乾 今日はありがとうございました。いいお話を聞かせていただきました。また今後ともよろしく願いいたします。

○澤田 これで「第2回柔道整復施術ガイドライン作成にあたって（全体会議）」を終了させていただきます。ご清聴ありがとうございました。

午後4時10分 閉会