

柔道整復施術ガイドライン作成にあたって

(第3回 全体会議)

平成26年3月30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 私は本日の会議の司会を務めさせていただきます。社団JB日本接骨師会の澤田と申します。よろしくお願いいたします。

本日の「柔道整復ガイドライン作成にあたって（第3回全体会議）」は、平成25年12月8日に日整の会員の方も参加されて開催されました「柔道整復師ガイドライン作成委員会（幹事会）」を経まして、当会の荒井俊雅常任理事が座長になりました。去る今年の1月19日に第1回全体会議が、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等が行われました。さらに、先月16日の第2回全体会議では、鑑別法、経過観察、施術録についてなどを中心として議論されました。

本日の会議に先立ちまして、会議に関する注意事項についてご案内させていただきます。

本日の会議も速記士の議事録が作成されます。後日、社団JB日本接骨師会のホームページを借用しまして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送付する予定になっております。そのためにも当会議のご発言に際しては、発言前に必ず団体名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。なお、お一人の発言時間は3分以内とさせていただきます。なるべく多くの方にご発言を賜るという趣旨であります。

また、本日も神奈川広報支援機構、平野様にご参加されておりますが、平野様を通じて、今回もニュースリリースを大手マスコミに流す予定になっております。

本日の資料ですが、前回まで参加された方々は、次第と前回第2回の全体会議の議事録が配付されていると思います。ただ、今回初めてご出席の方々、前々回の1月19日の分と前回の2月16日の分の資料も別封筒で配付させていただいたと思いますので、ご参照いただければと思います。

本日の会議に先立ちまして、今回初めて参加された方のみ個別にご紹介させていただきます。

栃木県柔道整復師会、小林栄稔様。

NSK保険協会理事長、高間敏宏様。

笑顔道整骨院グループ統括、鈴木樹様。

社団JB日本接骨師会会員、小田原順。まだいらっしゃらない。

社団JB日本接骨師会会員、郷津八州雄。

ガイドライン作成委員会幹事、川辺二郎。

以上、本日初めて会議に参加する参加者になりますので、よろしくお願いいたします。

最後に、本日の共催団体をご紹介します。

社団 J B 日本接骨師会、協同組合 N S K 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。以上の諸団体が共催団体となっております。

では、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ンタッチしたいと思います。

荒井先生、よろしくお願いいいたします。

○荒井座長 ただいまご紹介いただきました荒井でございます。

本日は足元も悪く、お忙しい中、さらに遠方からもご参加いただきまして、誠にありがとうございます。先月 2 月のガイドラインの会議のときは大雪に見舞われまして、参加できない方もいらっしゃいました。もう 3 月になりまして桜の咲く季節になりましたけれども、今日は残念ながら雨でございます。きっと花見は無理でしょう。ゆっくり腰を落ちつけて、皆さん議論いたしましょう。

それでは、第 3 回目の会議の趣旨説明をさせていただきます。着座にて失礼いたします。

このガイドライン作成にあたっての全体会議は、実際に現場で多く行われている急性期経過外傷の施術に関するもので、急性である新鮮外傷以外のものでもあります。そのためには業界の皆様のご意見を幅広く伺い、柔整師の統一見解として作成するための会議であります。

急性外傷に関しまして、我々は養成校において統一した教育を受け、共通認識を持ち、国家資格を取得いたしました。しかし、急性期を経過した外傷に関しての診方や施術に関して捉え方がそれぞれで、逆に定型的な施術法がないのではと思われてしまうのではないのでしょうか。そこで最低限、治療効果を保証するためにも、このガイドライン作成は急務であると考えます。

さて、私は地方の保険者会議や他会の研修会に参加しておりますが、その地域の独特の問題や課題に格差があることがわかってまいりました。開業柔整師が多いと、どうしてもその地域における算定基準の運用が厳しくなるようであります。J B が提案している方策案や、この急性期経過外傷の施術もルールや枠組みを持つので、保険者の皆様へご理解、ご協力をお願いする政策のひとつであります。J B の方策案や支払機構、ガイドラインも含め、その先にはレセの疑惑請求等の諸問題の解決が含まれているものであります。この点、特に支払者側の保険者のご理解をお願いするところであります。柔整師の身近で安価、人に優しいプライマリーケアは日常医療に不可欠と考えています。

本日の議題であります。第 1 回会議では、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。第 2 回目は、慢性の痛みや慢性疾患及び鑑別診断の方法、そして交通事故や傷害保険の証明書類の書き方について

も議論をしてみいました。

今回は施術の方法に関するお話をお聞きしたいと思います。まず部位ごとに区切って話は進めたいと思いますが、式次第に書いておきました。頸部、肩部、腰部、膝部、各部位別の施術方法については後で話を進めたいと思いますが、この四つの項目の全体です。最初に患者さんと対面しまして、どのような捉え方をするか、診方をするか、まずその共通項目としてのお話から進めることにします。

まず、全体の施術の仕方に共通する項目として、どのような捉え方で皆さんが臨んでいるかということからお話を進めていきたいと思います。

最初に小木曾先生どうですか。

○小木曾 若輩で申しわけありません。私は、どのような治療をするかというよりも、恥ずかしながらこういう勉強会に出ると、私も含め、結構皆さん自分の得意な治療とか、そういうことを話される方も中にいらっしゃるので、今日はむしろどのようなことをやってはいけないかと、まずそこを考えていくのが患者さんにとって大事なことではないかと思います。

それで一つ考えられることは、まず私たちができないものとして内科疾患。これは私たちの施術がかえって患者さんにとって適切な専門治療を受ける機会を失わせてしまうという重大な不利益を与えてしまうこととなります。例えば糖尿病とか、足の親指が腫れていて痛風、内科疾患じゃないですけど感染症などもあります。このようなものは私たちはちゃんと最初に問診、視診、触診などをして判断して、適時その専門に紹介をする義務、責任があると思います。

ちなみに、これは厚労省が出している文書で、対象となる負傷というのをここで読ませていただきますが、「医師や柔道整復師の診断または判断により、急性または亜急性の外傷の骨折、脱臼、打撲、捻挫」、ここでいう急性と亜急性というのは第2回全体会議でも取り上げられていますがよく問題になります。時期の話ではありません。学校協会が出している教科書で、厚労省も監修しているものです。それによりますと急性、亜急性については、滑った、転んだとか、繰り返し使ったとかいう急性、亜急性の捻挫で「内科的原因による疾患ではないもの」とあります。

○荒井座長 ありがとうございます。内科的疾患というのも、どうですか。初検のときに、我々そういう検査器具だとかがないので、すぐにわかるわけではありませんよね。

○小木曾 例えば一診療所、内科診療所の個人ですと、それほど診査器具というのはないです。でも、例えば足の親指を診て腫れていると「あなたは乳酸値高いですか」。これは問診によってある程度の判断ができるはず。ですから、その辺をよく確かめて、これはちょっと違うん

じゃないかと思うようであれば、私は早目に専門の医療機関へ転院を促すことがベターです。

○荒井座長 今日ここに参加している柔整師の方は臨床経験の長い方ですので、小木曾先生がおっしゃるように大体わかるんですよね。だけど、このガイドラインというのは、一般的な、開業5年以内ぐらいの方にも参考にしてもらいものになります。山田先生、どうですか。

○山田 JB接骨師会理事の山田です。非適用を示すものとして、これは急性であれ急性期を過ぎた外傷等であれ、その類似するものを考えても、まず神経症状のあるものの中での鑑別が必要ではないかと思えます。我々が徒手検査で簡単にできるものとしては、いわゆる脊髄症(myelopathy)を検査できる病的な反射が出ているものについては、まず非適用となるものが大半ではないかと思えます。これは、柔整の免許取得直後の方でも基本的にはできるはずの検査であります。

○荒井座長 ありがとうございます。他の先生どうでしょうか。最初患者さんを捉えるときにどういうふうに診るか。いかがですか。綴先生、どうぞ。

○綴 JB日本接骨師会の会員の綴と申します。

先ほど座長からも話がありましたが、開業5年以内の先生にもわかりやすくということでしたので、そのようなお話をさせていただきたいと思えます。

私のところでは、もちろん患者さん第一で、患者さんが治ればいいという考え方であるのは間違いないのですが、対価としてお金をお支払いする、いわゆる療養費であったり、患者さんの自費であったり、そういった支払者側のことも考えます。

それで、他に何か内科的な疾患、私の手に負えないような疾患が何かないかなということも見つけながら、つまり、負傷原因からみて大きく逸脱した痛みがある、例えば強い夜間痛があるといったことをお聞きしながら、あとは足がつる。夜中に足がつるといって、私はすぐ心臓疾患が隠れているんじゃないかなということを考えたりします。それらのことをいろいろ患者様にまずお聞きするというのを重視しています。

また、私は柔道整復師なんですが、鍼灸マッサージも持っていますので、あるいは、他の先生たちとちょっと違うかもしれませんが、何でも柔道整復で何とかしようという考えを持ってはおりません。

○荒井座長 ありがとうございます。その他いらっしゃいますか。野澤先生、どうぞ。

○野澤 栃木県柔道整復師会の野澤と申します。

ガイドライン作成委員の先生方にご質問なんですが、この施術に関するガイドライン、各別にありますが、これをどの程度まで掘り下げて内容を決めていくんでしょうか。もしケース

スタディでやっていきますと何百時間も時間がかかってしまうと思いますが、もし5年未満の方をメインにということであれば、先に発言された先生のように、禁止事項のほうを先に持ってきたほうが話はわかりやすいかなと思うんですが、いかがでしょう。

○荒井座長 ありがとうございます。最初はこのガイドラインをつくる時に、事細かに書いていくのか、もしくは大ざっぱにやるべきこと、やってはいけないことから入ったほうがいいのではないかと二つの捉え方があるのではないかとということで議論がありましたが、基本的には今先生おっしゃったようにやるべきこととやってはいけないことから入ったほうがいいのではないかと。それと、なるべく患者目線で、例えばクリニカルクエスチョン。患者さんは普通に話しますよね、「どうして足がつるんですか」とか。そういう平易なところのクリニカルクエスチョンをピックアップして、それに対して答えていってもいいのではないかとする方法で今は考えています。

今の野澤先生のお話からどうですか、幹事の方どなたか。

○川辺 JB日本接骨師会の川辺と申します。

今おっしゃった指摘はごもっともだなと思います。私も、ガイドラインを時間をかけて完成したと、実際にそれぞれの接骨院でそのガイドラインが利用するに耐え得るのかということを中心に心配しております。というのは、接骨院の場合、現在ですと保険の適用範囲も狭いですし、それをさらにまた細分化して現実に行った場合、例えば変形性の関節症は仮に保険外でしようとなった場合に、現実を利用して耐え得るのかということなんですね。

今接骨院の経営のことを話すべきではないかもしれませんが、患者さんがいい医療を受けるには、当然我々接骨院も、大金持ちになれとは言いませんけど、やっぱり経営的に成り立って、人員も足りていて、余裕のある体制で施術をしないと、つくったはいいんだけども、このガイドラインどおりやったら、もうどうにも回りませんということが一つ心配であったので、一つ提案というか、本当に科学的に、医学的に我々がやるべきところと、あるいは保険外でやってほしいと。むしろそのガイドラインを引いてあげたほうがいいのではないかと思います。

中には肩こりで毎週来たい方は結構多いんです。それを保険でただらというか、無期限でやるので保険者は文句を言うんであって、全部を保険でやろうとするのは、もちろん病院ですら保険外でやっているところもありますので、そこをもうちょっと。7割は保険でやるのか、3割を保険外でやるのか、それぞれに違うと思うんですが、保険じゃない部分で、法律範囲でなくても接骨院でやれる分はちゃんと保険で、安価でやりましょうという、もうちょっと大きい分け方もあっていいかなと私は思いました。

○菅侯 JBの菅侯です。先ほどの荒井先生の話少し補足させていただきますと、スタート時点である程度話をしていた内容としては、野澤先生のおっしゃったようにガイドラインとしては、こうしなさい、ああしなさいという積極的なガイドラインと、あれをやっちゃいけない、これをやったらまずいですよという、ある意味消極的なとか、ストッパーをかけるためのガイドラインという考え方を持ったときに、柔整の中ではいろいろな先生たちによってそれぞれのアプローチの仕方があるわけです。それを一つこうしなさいととめるよりは、これは扱っちゃだめだろうという消極的なほうをしっかりと道筋を立てることで、若手のとか、新しい先生たちも安心して施術ができるようなガイドラインをつくるべきじゃないかというところからスタートしたというのが始まりだと思います。

○野澤 ありがとうございます。

○荒井座長 その他ご意見ある方いらっしゃいませんか。

○本多 野澤先生の話を受けて、もう少し具体的にしないと、禁止事項を入れるべきだという場合に二つあるんです。やったら有害であると、患者さんに負荷をかけ過ぎると。これは具合が悪いというのと、やっても意味がないと、二つあるんです。そういうものはガイドラインの中で、だからこれは柔整師の治療としては不適切であるという基準をつくりたいんです。どれがいいかというのは先生方の臨床経験の深さや広さで違ってくるので、これがいいとは言わないけど、一般的な最大公約数としては、多くの先生方がこういう方法をやっていますよということを書いてみたいと思っています。

○荒井座長 これに関してどうでしょうか。河野先生、どうぞ。

○河野 JBの河野といいます。これは保険を使うことを前提として話しているのでしょうか。

○本多 今、川辺さんがおっしゃったのは、ちょっと議論が違ったほうへ行っちゃったんです。保険は関係ないんです。患者向けの柔整師の仕事とは何ぞやということを議論しようとするものです。

○河野 わかりました。

○小木曾 先ほど本多先生がおっしゃった二つあると言ったこと。やっても無意味なものと、やってはいけないもの、患者に不利益になるものとおっしゃいましたが、私は明らかに最初決めなければいけないことは、やってはいけないこと。

なぜかという、患者サイドに立ったとき、患者にとって不利益なことをして困るのは、まずは患者さんです。やっても無意味なことをだらだらやっても、続けたことで利益にも不利益にも、保険料金あるいは治療費の無駄遣いになることはありますけれども、まずやっては

いけないことは、患者さんが害することじゃないかなと私は思っています。

○荒井座長 ありがとうございます。どうでしょう。やってはいけないこと。

山田先生、どうぞ。

○山田 やはり医療過誤等から見ても、何かわからないのにとりあえず施術をしているというのが一番よくないとは思いますが。

やはり開業年数の浅い方の過誤が多いことも一つですし、誤診というよりも、多分わからずに、ただ単に電気を当ててもんでいると。普通に考えても、我々の施術と見た目はやっていることが似ているかもしれないですが、何をやっているのかなと思えることが多いものです。わからずにやっているんだろうなというところで、その自覚をどうしていくかというところも一つ大きな部分だと思います。

○荒井座長 ありがとうございます。施術していて、わからない、治療しておかしいと気づくのはどこら辺なんでしょうか。どこかの時点でわかるわけですよね、それがおかしいと。最初の初検でわかることではないですよね。どういう状況でそれはおかしいということがわかるのでしょうか。どうでしょうか。

○小木曾 初検の時点でわかる場合もあると思います。先ほど言ったようにある程度熟練してくれば、先ほどの痛風の話だけど、この疾患は明らかに外傷とは違うなとわかる場合もあるし、逆に頸部の疾患で、これは神経症状が出ているもので、自分のできる手技をやったとしますけれども、それを1週間施術しましたと。それで普通だったら快方に行くわけですが、一向によくならない。どこでこれを医療機関に転院させるか。これをだらだらと3カ月も、場合によっては半年もやるのは、私はやってはいけないことと考えております。

○荒井座長 他の先生、いかがですか。どの時点でそういうことがわかるか。転院させるか、一応検査を受けさせるかというのは、どこら辺の判断基準で。

○森島 JBの森島です。原因をどこまで探るかというのは、やっぱり最も問診が大事なんです。私たちの施術ができる、できないは問診で、あなたはこの発生機転、何で痛めたの。痛いところ来るのがほとんどですから、「痛いのはなぜですか」と聞いて、「いや、わからないんですよ」と言って、「じゃ、肩こりですね」というのではおかしいわけです。何が原因なのかをどんどん探っていくんです、イエス、ノーで。あなたはコンピュータ1日8時間、ずっと目を使っているから後頭下線のところにしこりが出てきて痛いんですよとか、それが原因かもしれませんとか。そうしてだんだん探していくと、「あなた内科的じゃないんですか。これおかしいですよ」と。「背中が痛い」「あなた膵臓おかしいんじゃないですか」とか、そういうものがだんだん出



てくるものですから、4～5年の人にわかりやすくするんだったら、これはどうなの、聞いてみたいかいと。この話は患者さんに聞いたかいというチャートみたいなのをつくってあげると、聞いてみて、これに引っかけたら、これはちょっと怪しいなというのを診るのがいいのかなと思います。

○小木曾 森島先生、それは教科書の載っております。本当は勉強しているはずなんです。

○荒井座長 どうですか。今みたいなチャートという方法もあるようですけど。野澤先生、どうぞ。

○野澤 チャートに関しては、例えば整形外科の教科書にもすばらしいものがありますし、そういうのを利用したらいいんじゃないかなとは思いますが。それと、先ほどどのぐらいの日数で違うなというふう感じなければいけないかというのは、ガイドラインを作成する上で経験の少ない先生たちに示すという意味合いもあるんですか。

○荒井座長 そういうことです。

○野澤 例えば心疾患とか脳血管疾患なんかですと、極力早く、できれば来たときに判断しなければいけないというケースもありますし、緩やかな内臓疾患であれば、1～2週間経過診てからでも何の問題もありません。あるいは癌の転移なんかでも、その場でわからなくても、例えば1～2週間経過診て、これおかしいなというふうには判断しなきゃいけないので、疾患によってちょっと違うんです。

うちも去年、朝一番で患者さんが見えまして、「先生、朝起きたら手に力が入なくなっちゃった。電気かけてくれ」と来たんです。それはもう脳梗塞だからということで、即紹介しました。あるいは腰、背中が痛くて内科にかかって、内科でエコーやって、異常ないから整形にかかりなさいということでうちに来た患者さんですが、1週間ぐらい経過診て、どうも内臓ぽいと感じまして、ほかの内科、セカンド、サードオピニオンになりますか、検査して蛋白が出たと。でも、そこまでしかわからないので、これはその時点で腎臓だということが何となくわかりましたので、今度は大学病院の泌尿器科へ送りました。そこで最終的に水腎症という病気がわかって、数週間の投薬で治りましたが、そういうこともありますので、なかなか一概には、一口で言うというのは、ちょっと難しいと思います。

○本多 今のご発言で大変重要な示唆を受けました。先生方は、森島さんが言っている原因が患者さん自身もつかめていないし、皆さんもつかめていない、この患者さんの健康状態はどうなっているんだろうかという把握はされるんでしょうか。全くしないで、ぼんと患部等に触っちゃうわけではないでしょう。

健康状態を把握するというのは、顔色とか言葉つきとか、体温も聞くんですか、血圧も聞くんですか。ごく最近の健康診断にどんなところがありましたかと聞くんですか。

それでいって、これはすぐ転院させないととんでもないことが起きてしまう可能性があれば、直ちに転院させなきゃいけないし、少し柔整治療のほうでやってもいいのかなという部分とあると思うので、そこらは今の方法でいいんですか。いいんですね。顔色も診るわけね、体温も診るわけね。じゃ、聞くけど、血圧の器具なんかも用意されておりますね。

○小木曾 もちろんあります。

○荒井座長 いかがでしょうか。ここの関連質問は、どなたか。

○山田 初診時に私はほとんど必ずやりますけど、徒手検査に次いで反射は全部診ます。それと血圧も高齢の方は必ず診ます。低周波を当てる場合でも、やはり血圧は診ておく必要がありますし、「大丈夫です」とか、「ちょっと高いですけど、お薬飲まれていますか」とか、年の割に低かった場合も「お薬飲まれていますか」と。そこからまたその人の持っている病気をちょっとつかむこともできます。

だけど、野澤先生がおっしゃっていたように、我々もすぐにまず判断しないといけないのは、心疾患、脳血管障害というもの。これは三大死亡原因にもなりますし、まずその時点で血圧と神経学的検査をやるだけでもかなりリスクは減らせると思うんですが、いかがでしょうか。

○荒井座長 ありがとうございます。そうですね。あとは、私もそうですが、既往歴とか家族歴が結構大事です。野澤先生がおっしゃったように。先生のところの腎臓が悪かった方というのは、内科から回ってきたんですよ。

○野澤 内科から回ってきたんです。

○荒井座長 それでおかしいというので、結局腎臓が悪かったということですよ。

○野澤 そうですね。

○荒井座長 そういう意味ではね。先生、そういうのはどこでお感じになったんですか。

○野澤 まず治療の効果が無い。それから、これは感覚的なものなんですけど、痛み方が尋常じゃない。

○荒井座長 そうなんです。その意味合いというのは、多分ここにいらっしゃる方はベテランなので、大体それって治療しているとわかるんです。

○野澤 腎臓なので尿の話とかも聞きましたけど、それは特に異常はないんです。でもやはり痛い。だから、どんな疾患であるかという判断がつかなくても、最低限見逃さないというか、何かあるぞということは、若い先生でも気をつけて患者さんに対応していれば、きっとわかる

ん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。手技療法をやっていると1週間ぐらいで効果というのは見えてくると思うんですけど、そこら辺の感覚をどうやって若い先生方に伝えていったらいいのかなというのは、文章にするのは難しいかもしれないんですけど、やはり最悪のことを常に想定するという事は大事じゃないかなと私は思います。

その他。酒田先生、いかがですか。

○酒田 遅れて大変すみませんでした。神奈川県柔整師会の酒田です。

途中からのお話を伺っているので、タイムリーなことは言えないかもしれないんですが、何をもってこれをおかしいと考えるかというのは、基本的なことだと思うんですけど、僕がいつも言っているのは、問診と身体所見です。問診は話すとき長くなりますので、身体所見をお伝えしますと、視診、触診、あと僕は運動学的検査と呼んでいますけども、運動学的検査と神経学的検査です。最近は画像診断施設と連携して、画像読影なんかもされる方はいると思うんですけども、その六つですか。

問診、視診、触診、運動学的検査、神経学的検査と画像読影、その六つぐらいに大体集約されるんじゃないかなと思います。その部位だとか、その症状だとか、推測疾患によってそれぞれやるのが、書き出すと膨大になりますけども、まとめるとそういうことだと思います。

運動学的検査というのは、整形外科的テスト法の中から神経学的検査だけを除いたもので、通常整形外科的テスト法の中の神経学的検査というのは脊髄や末梢神経の検査ですから、我々が診るのは、今野澤先生がおっしゃったように脳梗塞の患者さんを診なくちゃいけないわけで、脳神経外科や神経内科のドクターがやるような検査も行うわけで、それを別途神経学的検査としてまとめておりますけど、そういうふうに考えています。

○荒井座長 ありがとうございます。その他ご意見はいかがでしょうか。

○白沼 さくら接骨師会の白沼です。

今先生方のお話を伺わせていただいて、皆さん熟練の方々だと思うので、顔色を診てとか視診とか、基本的なことを言われて皆さん頭に浮かぶんだと思います。以前、私は、卒業したばかりですが免許は取って、開業した人に「顔色を診てください」とお話をしたところ、「何色ですか」と言われたんです。患者さんに対峙した経験のない方、乏しい方に見れば、「どの色になったらおかしいんですか」と聞かれたんです。私も普通に「顔色を診ればいいんだよ」「姿勢を診ればいいんだよ」と教えたんですが、「姿勢がどの程度曲がっていらですか」とか、細かく細かく教えてその人間が腑に落ちないと。患者さんを診ているわけではないので。

先生方のように、何百人も、何千人も診られた先生方とは違う視点でガイドラインを作成しないと、若い先生方には、書かれている内容が大まかだと、そこで、また個人個人の判断になってしまったら、ガイドラインを作っても結局、同じことではないのかなと思ってしまうんです。若い方に触れ合う機会が多いので、私たちが考えるより、びっくりするほど判断の基準がないです。そこをもう少しわかりやすくしてあげる。だからといって色を全部出せということではないんですが、レベルということではなくて、そのぐらい細かくわかりやすくしてさしあげたほうが、先生方はご判断しやすいのではないのかなと思います。皆さんのお話を聞いて、私も本当にそう思うんですけども。

○郷津 今のお話をお伺いいたしまして、卒業して間もなくの先生を対象にしてもだめだと思います。やっぱり5年ぐらい経験された先生を対象にしたことを書いていただければよろしいかと思います。出たばかりの先生は最低5年間、臨床の勉強してもらいたいということです。

○小木曾 今の郷津先生の意見の補足になりますが、本来、柔整師であれ医師であれ、卒業して次の日に開業するなんていうのは不可能なわけなんです。その先生にこれを見て覚えろなんて、何を教えてたって無駄だと私は思っています。

どうするかというと、国家試験のときに、これを勉強したときに、教員をやっていますけど、一通り書いてあるわけです。せめてこれは覚えていただいて、開業すればある程度の参考にはなるんじゃないかな。資格を取った瞬間に明日から全く違うことをやろうとか、保険を使ってちょっと違うことをやろうなんて考えている方は、私は何を教えても無駄だと思うので。

もし今言ったことのようなガイドラインをつくるのであれば、ある程度熟練、今言ったインターンですね。医者だってインターンしなければ、開業なんかできたってうまくいくはずがないです。これは柔整師に限ったことじゃなくてです。5年ぐらいたった先生方に対するガイドラインをつくるほうがよいのじゃないかなと。

○白沼 先生のご意見はごもっともですし、私もそうだと思います。ですが、実際に今どこかの施術所に所属していて免許を取られてということでしたら、例えば臨床を5年して、それから開業するという流れができるとは思いますが、学校でそういったことを教えてくれるわけではないので、そうなった場合には、そこから漏れる柔道整復師はたくさんいると思います。

免許を取ったら開業できると思ってしまう先生方が、いろいろな医療過誤とかを起こしているのではないかなと思います。ですから、そこを救うような。このガイドラインは違う目的だよということでしたら、多くの先生方が多分頭を悩まされているところであって、一部の柔道整復師の先生によって、私たちがいろいろ大変な思いをしているのも事実だと思いますし、長

い間いろいろ積み重ねてきた先生方の歴史が一部の人たちによって壊されてしまうような形になるのであるならば、そこら辺の部分も、今のこのガイドラインの作成の内容とは全然違うんですけども、重視していただければなと思っております。

現実開業できてしまうので。そこはもう法律の話ですから、ここでお話しすることではないと思いますが。そこら辺の部分も皆さんご存じだとは思いますが、ちょっと不安には思っております。

○荒井座長 ありがとうございます。その他いかがでしょうか。

○小林(勉) 私も今の白沼さんに意見にとっても賛成で、分院長で3年ぐらいやっていた方がうちの研修の場に来たりしますが、その場合、検査法も何も知らない方が結構いらっしゃるんです。もうびっくりしてしまって、何を今までやってきたんだという形で、それはもう業界の責任だと思っているんですが。そういう子たちをよく見ていると、検査をする以前に気づくポイントが全く、ふだんの生活から何をやっているのか気づけない子がすごく多いんです。だから、今のチェックシートもそうなんですけど、その気づくポイントをどんどんあげていっほうがわかりやすい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。他にはいかがですか。

○野澤 ガイドライン自体をつくらないほうがいいんじゃないかというご意見、それは私もごもっともだと思います。本当はこういうものがなくても業界がうまくいけば一番いいとは思いますが、実はそうでもなくて、私どものほうにも年間3~4人、近所の整骨院にかかって、若い先生ですけど、問題が発生して、私どものほうへ来るというケースがあります。ある整骨院の医療ミスの保険の診断書を、名前も出ちゃうし嫌だなと思いながら書いたこともありますし、非常に毎日がつらい。みんなして業界がよくなって、患者さんも幸せに暮らせるためには、第一歩として必要ではないのかなと思います。

それとともに、最初からこういうものを捨ててしまっている柔整師もいると思います。非常に勉強熱心な先生が多ければいいんですけど、そもそもがそういうものを捨てて、いわゆる癒し系と言われるような、ただ患者さんをモミモミして終わり。ある2ちゃんねるなんかで柔整師を誹謗するサイトでは、「電気かけて湿布張ってまた明日」と、うまいこと言うなと思いましたが、何も考えないで、それでずっと患者さんの経過も考えず、それに対応した治療もせず、ただそれだけやっているという人も多いので、ここは確かに恥ずかしいかもしれないです。でも、そこから始めないと柔整師のレベルの底上げはできないと思いますので、これは是非やっていただきたいと思います。

○荒井座長 ありがとうございます。

○倉垣 私は患者ですが、2月に“患者と柔整師の会”に入らせてもらいました倉垣と申します。1月の全体会議も来て聞かせていただきました。そのときにこの辺に座っていらした先生が、「どうして柔整にかかりたいかというのがとても大事。その辺のところの議論をなさったらいいんじゃないか」というご意見を言っていたらと思うんですけど、私は患者として、どうして柔整師にかかりたいかというのを話して、最初のガイドラインの足しになるかどうかわかりませんが、やっぱり一番大事なのは、手で触って診てくれる。ちゃんと人と人の触れ合いの関係がそこにあるということが一番だと思うんです。お医者さんに行くと、私は変形性の股関節症で、足の長さも違うし、歩行も困難だったんですけど、手術を勧められたのがもう30年前で、そこからずっと手術しないで今まで元気でやってこれたのは、柔整の先生にかかっていたからなんです。整形へ行くと、もうすぐに検査、検査で、レントゲンをやっ。どこへ行っても、何軒も行きましたけど、最終的には手術ということで、痛みがあれば痛み止め。それをしないで済むから柔整に行くわけなんです。

だから、最初に行ったときに過誤をしないために診ていただくのも、やっぱり触るのが一番だと私は思うんです。私がかかっている先生は、短い時間ですけど、全身さすって行って、触って、動かして、大丈夫かどうか全部診てくれて、最後に問題のところをちゃんと治るようにしてくれる。それが何とも言えずに、触って検査している間にもう治っちゃうことも多いんです。それはきっと皆さんも先生も経験なさっているんじゃないかと思うんですけど。例えばこの次は何かの検査をします、次は何というふうに理屈じゃなくて、全体としてホリスティックに体を診るということを伝統的にやっているのが骨接ぎじゃないかなと私は思うんですが、いかがでしょうか。

○荒井座長 ありがとうございます。森島先生が先ほどちょっとお話ししていましたが、痛みの話ですよね。そういう慢性的な痛みというか、原因というか、いかがですか。今の患者さんのお話を聞きまして。

○森島 先ほども言いましたが、5年ぐらいの人を目安にしておいて、ぱっと見て「あなた、ここ悪いよ」と言う先生もいます、それはすごいベテランは。けども、そうじゃない人たちがこれだけは聞いておかなきゃあんたが悪いんだよというところは、やっぱり押さえておかないといけない。首がかたいですね。だから何だという話になって。血圧高くないですかと言って、測ってみたら190超えていました。それが脳疾患の結果になるわけです。いつ飛ぶかわからないわけです。

○荒井座長 血液の流れとか。

○森島 そうそう。そういうものをどう最初に、チャートじゃなくてもいいんですけど、聞くことは絶対に忘れちゃいけないことは絶対聞きましょう。骨接ぎでよくないのはながら治療と言うんです。電話をとったり、会計したりという、治療を継続してやっているんじゃないで途中で抜けていくので、聞くことも最初に抜けちゃうというのがよくあるらしいんです。だから、そういうところもしっかりと。首が痛いと言ったら、肩が痛いと言ったら、これだけは聞かなきゃ絶対だめだなというのも大事かなと思います。

皆さんにも聞きたいんですけど、痛みの共通の一番原因は何ですかということをお聞きしたいんです。要するに骨接ぎの存在理由は、今言われたのは、血流の改善もしているから痛みの発痛物質も改善していくわけです。だから、骨接ぎというのはどういう治療で、どういう痛みをとっているかといったら、僕はやっぱり血行改善だと思っているわけです。その辺を皆さんはどうお考えになっているかわかりませんが、そういう柔整師の治療効果も、言われたような感じで30年手術しないで済んでいるところもありますので、そういうところも話してもいいのかなとは思っています。

○荒井座長 ありがとうございます。

よくE BMと言われるんですけど、そういう治療の効果の根拠ということなんですけど、この言葉が出たのは、もう20年ぐらい経ちますか。20年以前はE BMがなかったのかといえば、それは先生方個人個人の知識と経験の中にあるわけです。患者さんと対面して、常に頭の中でわからないことは考えてた。だけど、今の医療というのは、比較的E BM一辺倒になってきて、整形外科へ行っても原因不明の腰痛というのは85%あるそうです。要するにE BMから落ちこぼれる方は、そういうような行き詰った今の医療体系から、だんだん統合医療ということを取り入れようと、医療の中でもだんだんそういう方向になっているわけです。要するにE BMから落ちこぼれる患者さんというのはたくさんいるわけです。その中で、今の患者さんがおっしゃったように、手で触ってくれるというのも一つの統合医療の方法じゃないかなと私は感じました。

時間がなくなるので、そろそろ議題を変えたいと思いますが、最初の頸部の施術の方法です。今まで全体的なことでお話をいただいたわけなんですけど、今度各論で、頸部に限ってどのような施術をするか、どのようなことに注意するかということをお話しいたきたい。

○本多 ちょっと待ってね。その前に柔道整復師の施術とは何かというのがちょっとわかりにくいんです、我々素人から見ると。私の知っている範囲だと、整復と言ってみたり、あるいは

後療という表現を使ったり、場合によっては固定処置とか。私の素人が知っている範囲です。テーピングとか、あるいはその他の運動訓練とかいろいろやっておられる。

各論に入る前に、先生方がやっている治療の内容を、もう少しお話をいただきたい。頸部であれどこであれ、部位は別として、共通の施術のところを教えてもらえるとありがたいんですが。お願いしたいと思います。

○佐野 今の総論的なことの話をして、ここではどこまで煮詰めたのかというか、何がまとまったのかということも含めて、次にステップアップしてほしいなという感じがします。

ついでにちょっと言いますと、森島先生の最初の質問はすごく大事だと思います。これは僕も相当感じているんです。スポーツの健康相談業務みたいなのをやっているときに、「足が痛いんですけど、これから運動をやりたいと思うんです。いいですか」というお年寄りが来られた。そのときにどういう痛み方かということまでしっかり聞いて、どんなときに発生するのか。結局、長く歩くと痛いということで、間欠性跛行症かなという感じがして。そういうふうに極めてきちっとそこら辺の聞き取りをしていかないと、大変なことがかえって起こってしまうなどということで、森島先生の意見に賛成です。

もう一つ、おもしろい事例があって、「スポーツをやりたいんだけど、膝がちょっと痛いんだ」と。余り曲げれないということで、これは私も困ったんですけど、どのぐらい曲げられないんですかと言って、机に座らせてぐっとやって、もうちょっと曲がりますか、曲がりますかと言ったら、何か体重でがくんと曲がってしまった。そしたら痛みがとれちゃった。だから、何かで抑制していて、うまく曲がらなかったんだなど。

そんなケースもスポーツの現場のお年寄りの人の中であって、よく観察しながらいろいろやっていかなければいけないという経験を話させてもらいました。

○荒井座長 ありがとうございます。

それではまた戻りますけど、治療法には手技療法があつたりとか物理療法ですよね。ストレッチだとか、あとは運動指導とか、テーピング固定とか。どういう目的を持って、そのような治療をするのか。いかがでしょう。どういう方法が一番効果があるとか、このような急性期の経過外傷に対してどのような捉え方をするか。

○小木曾 経過外傷。

○荒井座長 平たく言えば、慢性的な痛みに対しての。

○小木曾 慢性期に入ったのですね。

○本多 ちょっといいですか。議論をもう少し深めて。治療法が教科書になっていて、そこに



「整復法」というのがあって、読むと「整復法とは、骨折や脱臼などにみられる転位を生理的な状態に復する手技である」。ここはこういう概念というか、言葉を使っているわけなんだけど、そういうところから出発して、先生方はどういように整復というのを捉えているかを少し説明してください。

しかも、この表現は「骨折や脱臼など」と、急性外傷のことを想定しているのかなと想像するんだけど。これは教科書的になっているんだけど、今我々が議論しているのは急性期を超えた外傷についての治療について、この整復という言葉と、どういうふうによく合うのか合わないのか、そこをちょっと教えてもらいながら議論していただきたいと思っています。どうぞ。

○川辺 JBの川辺と申します。

どういう治療法、これが共通なんじゃないかなと勝手に思っているんですが、この整復というの、脱臼、骨折に限って私は考えて治療してなくて。もちろん脱臼、骨折の人はその場で整復しますが、捻挫であったり挫傷であっても、やっぱり手で触った感覚で何mmちょっと右にずれているんじゃないかなとか、3mm奥に入り過ぎているんじゃないかなとか、10度ぐらいねじれているんじゃないかなとか、そういうことを意識して、例えば背骨であれ、足の足関節の足根骨であれ、細かく治していくと結果が出ているかなと思っています。

ですから、レントゲン上あるいは整形外科的には完治できないというか、病名がつかないような軽微な、主に骨格系のずれを治していくということが、私自身の中ではそこも整復ということに入っているかなと思います。

○荒井座長 ありがとうございます。この資料にも「整復、固定、後療法が三位一体となり」と書いてありますが、川辺先生、例えばどういうとき固定なさいますか。

○川辺 例えば足関節の捻挫をして、整形外科へ行って1カ月たったけど、よくならないと。レントゲンを撮って捻挫ですと。それでもよくならないときは、やっぱり靭帯か何かが緩んで、本来あるべきところでないところにあると思うので、動きを見ながら、最も生理学的な位置だろうというところを予想つけて、そこに安定するようにテーピングをします。

○荒井座長 それは要するに急性期じゃなくて、その後ということですよ。

○川辺 急性期であれ慢性期であれ、やっぱり生理学的な最も動きやすい位置があるというのを仮定してやっています。

○荒井座長 ありがとうございます。その他どうですか。

○本多 ちょっといいですか。この教科書の定義だと「骨折や脱臼など」と書いてある。これは例えで書いているわけですよ。 「骨折や脱臼など」というのは例示であって、ここで中心的

な要素というのは「転位を生理的な状態に復する」。どうも「転位」がかなめになっているのかなど、この日本語としては。

そうすると、骨折、脱臼に限らず、転位という現象を捉えることにあるんですかと聞きたい。転位がなくてもあるんですかということを知りたい。どうぞ。

○酒田 我々の施術の目的というのは整形外科と同じで、運動器の無痛性と運動性と安定性、この三つの再獲得なんです。痛くなくて、しかも自分が思ったとおりに正常な範囲を動かして、しかも関節がグラグラしてしまうようなことがない、きちり安定した関節を持っているというものの再獲得に向けた各種の治療があると思います。

○本多 そうすると、酒田先生に聞きたい。これは関節になるんですか。この部位は関節部位を扱うことになる、整復は。関節以外は整復は使わないということに理解していいですか。

○酒田 運動器というのは、関節ですとか筋とか腱とか軟部組織、そういったものを総称して言っております。

○本多 そうすると、関節に限らないと。

○酒田 そうです。例えば腱の脱臼というものもありますので。

○本多 そうすると、こういうのは筋とか、もちろん関節の筋、それから。

○酒田 骨、筋、腱、関節、その他軟部組織ということになります。

○本多 ちょっとそれで議論してください。

○山田 今見せていただいた資料の整復では「骨折や脱臼など」となっていますが、これは第5改訂版なので、第4までは「関節損傷（脱臼など）」になっておりますので、内容は変わっていないんですが、実は表現が時々変わるものですから。前回までははっきりと「関節損傷時脱臼など」となっておりますので、全部含めていいと。

○本多 酒田先生のお話だと、関節だけには限らず、守備範囲が広くなりました。でも、これは転位が必要なんです。転位という現象がなければ整復はないわけと理解していいのかということを知りたいんです。

○山田 関節の機能障害でも関節のジョイントプレイ、遊び運動というのが制限されて、実際傾きが可動域内2.2mm前後変化しますので、転位しております。

○本多 しているかどうかじゃなくて、僕が聞いているのは、整復という作業をする場合に、これは整復しなきゃいけないか、しなくてもいいかという判断をするには、何かの組織に転位があるかないかということを知りたいんですかということを知りたい。

○酒田 いわゆる転位と呼べる程度のものであれば、もちろんそれは整復なんですけど、一般的

には転位と呼べないような、今関節を含んでいるというお話が出ましたが、関節機能障害というのがあるんです。関節包内でうまく動かないで、ちょっと引かかったような状態になっているものがあります。これはAKAと言われる手技あるいは関節包内運動手技といわれる手技でもって、その場で可動域を改善したり、疼痛を改善したりする手技もありますが、これも我々柔整師の見方で言うと整復ということになると思います。それはレントゲンを撮って本当にずれているのかというと、そのような大きなレベルじゃなくて、もっとマイクロなレベルになるんです。

○荒井座長 ありがとうございます。

酒田先生、そういうときは関節そのものだけじゃなくて、やはり筋肉だとか、その人の筋肉の使い方だとか関係してきますよね。

○酒田 そうです。

○荒井座長 そうですね。ありがとうございます。その他ご意見ございますでしょうか。

○本多 もう一つ聞きたいのは、次のページ、後療法という概念がどうもあるようなんです。ここでは「損傷組織を回復させる治療法であり」と。そのやり方については、手技があったり、運動療法があったり、物理療法がありますよと、こういう説明書きになっていると思うんですけど、これと整復とは、やり方というかな、方法というかな、違うんでしょうか。教えてもらいたいんですけど。

○菅俣 多分みんなイメージしていることは一緒だと思うんですけど、整復というのは基本的に徒手、手でやるものです。さっき言ったように正常位置に移すわけです。後療法というのは、その後改善させるために施す施術であって。

ただ、今ふと思ったんですけど、現実的には途中でまた再整復をやったりとかということはある場合もあります。例えばアキレス腱断裂や何かのときには毎日ミルキングをしていって、だんだん近づけていくだとかということ、それが後療法の中に含まれるのか、整復の中に含まれるのかは自信ないです。

○荻原 JBの荻原です。

もっと単純に考えますと、先ほどから言われていますように、骨折、脱臼を考えると、脱臼の場合、肩でも肘でも脱臼を必ず整復します。その後、次の日レントゲンを撮ってももちろんいいですし、次の日から後療法として来ます。そうしたら整復じゃなくて、後療法として運動したり、この三つに書いてあるようなことをすると思うんです。後療法として、運動療法であるとか手技療法です。単純に考えたらそうだと思うんです。

さっき言われたように、一番初めに多少のずれがあると言ったのがあるじゃないですか、レントゲンには出ないような、捻挫でも。足首の捻挫でも、長い柔整師の先生はみんなわかっていると思うんですけども、自分らが若いとき修行していたような接骨院で、足首の捻挫が来ても、痛い痛いと言っても、一回内側に曲げたり外側に曲げると、その後の治りがいいからやれって頭から言われていたことがあるんです。その辺が捻挫の整復みたいなものがあるのかもしれないです。

○小木曾 先ほど本多先生の質問は、後療法の中に整復が入るのかということですよ。

○本多 いや、わからない。

○小木曾 わからないからどうですかという話。

○本多 そう。

○小木曾 教科書を読みます。「後療法は、損傷組織を回復させる治療法であり、手技療法、運動療法、物理療法」と書いてあります。整復というのは、この中の手技療法の中の一つではないでしょうかと私は考えております。例えば足関節ですけれども、捻挫、これは去年の接骨医学会で有明医療大学の田淵先生、昔虎の門病院にいた先生が足関節捻挫の整復法ということで特別講演をなされておりましたけれども、それは来た初日にやるわけでもなく、別にやることもありますけれども、後療時にやる場合もあります。1回だけやる場合もなく、2回、3回行うこともあります。そういうのも整復というふうに呼ぶのであれば、後療法の中の手技療法、この中の一つとして整復が入るのではないかなと私は考えます。

○荒井座長 ありがとうございます。

○山田 倉垣様の先ほどのお話と、本多先生の全身を診てもらってとかいう形ですけど、柔整の治療の中でも、関節機能障害の検査の中でも、徒手検査の場合、徒手検査の方法とそれを治療するための方法が、ほぼ同時に行われていくような手技も確かに多いです。

ですから、患者さん側からしたら、その中にどの違いがあるんだろうと。我々は、今日はもう少しきちっと関節の位置を改善させるために整復しよう。だけど、その前にどれぐらい動きの悪い状態があるか、もしくは動き過ぎている状態があるか。ハイポモビリティか、ハイパーモビリティかというのをきちっと診ながらやっていて、その方法と治療法はほとんど同じようなことをやっていることが実際多いです、モビリゼーションだとか。これは柔道整復だけじゃなく、理学療法等でもみんな同じかとは思いますが。

ですから、そこで細かく分けるんじゃなくて、急性期を過ぎたもの、いわゆる急性の場合の初発の脱臼や骨折の整復の動作とはやや異なるかもしれませんが、もっとソフトになります。

感覚的には治療のたびにそれを戻そうとしているのが治療の方法ではないかと思います。

○小林（栄） 栃木県柔道整復師会の小林と申します。

整復法というのは、保険で点数が発生する骨折、脱臼に限ったこととして単純に考えたほうがよろしいんじゃないかと思って。そのほかのものに対しては、あくまでも後療の中とか、初診時における施術も含む手技療法の一環として発生するものじゃないかなと。私は単純に区分けしたほうがわかりやすいんじゃないかなと思うんですけど。

○山田 そうです。そこは感じております。

○小林（栄） 先生と同じです。

○小木曾 細かいレベルじゃなくてということ。

○山田 区別がつかなくなりますから。

○小林（栄） 本多先生が弁護士の立場で言葉にあれするんだっつらば、単純にそういう区分けで判断されたほうが。

○山田 ダイナミックなことを整復と呼んでお話ししているのではなくて、治療のやり方の中での意味合いです。

○本多 何かというと、森島先生のお話の中では、痛みの解消方法の一つとして血行を促進させるということをおっしゃっていました。これは転位と関係ない話だと僕は思ったんです。そういうことだなと。血液の流れを良くすれば、それだけ細胞が活性化して元気になるわけですから、そういう意味での手技、指導というのは大いにやっていると、薬物よりもはるかに効果が上がると僕は思います。副作用も少なく。同時に、今度はこっちで転位概念を持ってきて、それをもとに戻すんだという言葉を使うと、それとどうつながっていくのか、つながっていかないのか。ガイドラインをつくるときに、どういう治療はやってはいけない、あるいは意味のない治療だということを我々は特定していかなくてはいけないわけです、仕事の上で。

そのときに、ただ漠然と整復と言われても捉えにくいじゃないですか。マッサージと言っていいのかということになってしまうじゃないですか。だから、そこで何か言葉の中に区別していかないと、ガイドラインとしてつくりにくいなと思ったので発言をしているわけなんです。

○荻原 ちょっとずれてしまうかもしれないんですけど、野澤先生、酒田先生、栃木県、神奈川県で新しい新入会員が入ってきますよね。そのときこういったガイドラインみたいなのはあるんですか、お渡しするような。

○野澤 そうですね。新人の研修がありますから、ある程度のことは資料と口頭で。

○荻原 このようなことももちろん。患者さんが来たら問診やって何とかという細かいような

ことは。

○野澤 ある程度のことは。問診なんかに関しては、整復師会で問診票というのをつくってありますから、新人でよくわからないときはそれに沿って記入していくとか、そういう方法も一つだと思います。あとは会の付設の診療所があるので、そちらのほうでちょっとわからない患者さんとかは。

○荻原 研修ですか。

○野澤 研修までまだ行ってないんですが、先生が患者さんを連れてきて、整形のドクターの意見を聞いたり、そんなことはやっています。

○小木曾 さっきの小林先生のお話でちょっとよろしいですか。シンプルに骨折、脱臼を整復と呼んだらよろしいのではないかと。私も冷静に考えてみて、レセプトを出すときに、初回処置に整復という言葉が捻挫にあるでしょうか。整復は脱臼と骨折にしかないです、療養費に関しては。そう考えたとき、ガイドラインで整復という言葉が骨折、脱臼以外につくっていくとすれば、これはちょっと話がというか、矛盾というか、ややこしくなってしまう。そういう視点からも考えられるかなと。

○本多 そうすると、急性期を超えた外傷の施術についてのネーミングの問題があるんだけど、後療という形で、後療のガイドラインでいいんですか、中心は。

○小木曾 そうです、後療のほうが。

○本多 酒田先生、その辺はどうですか。

もう一度言います。今、小林先生のお説によると、骨折、脱臼には整復という言葉が頻繁に使われるし、これが今まで使っていた。ざくっとした話ですけど。そういうご説明があって、小木曾さんもそれでいいんじゃないでしょうかというお話だった。そうすると、今我々がガイドラインをつくらうとしてこの会議を開いているのは、急性期を超えた外傷に対して先生方の治療にどんなルールをつくるか、あるいはつくらないかという議論をしているわけです。そうすると、その言葉の問題です。言葉の問題としては、後療という言い方のガイドラインというイメージをつくっていいのかどうかということを知りたかったんです。整復じゃなくて。

○酒田 今言ったのは、いわゆる慢性期のものに対するガイドラインということであれば。

○本多 そういうことです。

○酒田 後療というところからでよろしいんじゃないかなと思います。

○本多 わかりました。ありがとうございます。

○森島 酒田先生にちょっと質問があるんですけど、AKとかカイロとかで、例えば慢性痛の

人が来ますよね。そのとき整復のことをアジャストとか言いますよね。あれを日本語で言ったら何になるんですか。やっぱり整復になるんですか。

○酒田 僕もカイロのことは全然詳しくないので、すみません、わかりませんが。

○森島 カイロだって、あれ整復じゃないんですか、慢性の人でも。何かそういうイメージがあるんです。

○酒田 そうですね。

○本多 広辞苑的に言えば、整えてもとに戻すというのが整復の日本語なんです。整えてもとに戻す。そういう意味では、もとに戻すというから、もとに戻らないものも何か事例があるんでしょう。それは転位という言葉で説明しているんだけど、酒田先生のお話だと、非常に微妙な転位だから把握できないものもあるだろうという言葉で極限值を入れると、余り転位にこだわらなくていいのかなと思っていただけ。ちょっとそれを気にしていたんですけど。

○酒田 言葉の問題でということであれば、先ほど小木曾先生がおっしゃったように手技療法の中に整復操作も入るので、我々は治療の中で、慢性疾患の人に対しても整復操作を行うことはもちろんありますし。なので、後療法の中の手技療法の中に整復操作があるし、いろいろな手技療法があって、運動療法、手技療法という感じでまとまってよろしいんじゃないですか。

○本多 なぜこの議論をしているかという、私はいわゆるマッサージを外したいんです。今5年未満とか5年以上とか、いろいろな話があったけど、技術のない人というのはマッサージだけやっていることになる。それから柔整師の世界を外していかないと、どうもそこら辺が具合が悪いんじゃないかと思っていたので、言葉の問題だけでも、実は中身があって、転位があって、それが確認できたかどうかは別として、こういう痛みは、あるいはこういう運動制限は転位から来ているんだろうと。

だから、その転位の補整、もとに戻すという作業を我々はやっているんだと。意識的に治療行為をしているのか、それとも全くそうじゃなくてマッサージでやっていくのかと。そういう意味でマッサージと違いが出てくるじゃないですか。そこ森島先生のおっしゃっている血行をよくするというのとは、ガイドラインをつくる時にどういうように基準をつくっていったらいいかがわかりにくかったので、ご説明賜ればありがたいなと思っているんですが。

○酒田 マッサージという手技を外すのは、現実的にはちょっと難しいんじゃないかと思いません。実際問題、柔整マッサージという言葉がありますし、みんなマッサージ手技というのは使うわけです。マッサージと言うと、すぐ慰安という感じで捉える方が多いですけど、あん摩マッサージ指圧師の方たちは、国家資格を取って、しっかりと疾病を治すための技術としてき

ちりと医学的なことをやっていらっしゃるマッサージの方もいらっしゃいます。私たちも柔整師として、手技療法の中の一つとしてマッサージ手技を使うこともあると思います。これは全くしない、それを外すというのは、なかなか難しい。

あと、血行をよくするというのは、痛みのトライアングルを一部で切るということなんです。

○本多 柔整師のやっているマッサージと、慰安行為みたいな、疲労回復みたいなマッサージと何か違いというかな、形が、言葉の使い方をどう限定していったらいいかがちょっとわかりにくいんです。

○酒田 ちょっとつけ加えてよろしいですか。マッサージという言葉は、例えば整形外科の治療の中のマッサージ効果を持つものを全部外したら治療がなくなっちゃいますから。はっきり言って整形外科で頸椎牽引、腰椎牽引というのがあります。電動間欠牽引機が持っている唯一の治療効果は何かというと、それはマッサージ効果なんです。その他の肺の理学療法にしても何にしてもマッサージというのは大変重要な役割になってきます。

ただ、先生がおっしゃっているしっかりと患者さんを診もせず、医療としてじゃなくて、何もわかってなくてやるマッサージはよくないと思います。でも、それを外すのであれば、要するに過誤をしっかりと取り締まっていくということになっていくのかなと思うんです。

○諸星 諸星と申します。

酒田先生、そのとおり柔道整復師は昭和32年9月8日に医発で出ているんですけども、社会通念上マッサージを使用しているというふうに了解を得ております。それは柔道整復師としては必要なものだからというふうに解釈されております。

○川辺 話がややこしくなる原因は何かなどいろいろ考えまして、我々が患者さんに外的に、整復にしるマッサージにしる与える力がまずあって、それだけじゃなくて、患者さんが治ろうとする力、両方から診ていけないのでややこしくなってしまうと。

例えば骨折した人を整復しないと、そのまま置いておくと、マッサージだけやっていたって多分永遠に治らないですし、かたまっちゃいます。捻挫で微弱にずれているのと、大ざっぱにずれている場合、大ざっぱにずれているほうを定義したほうがわかりやすいので、あえて整復をしないでそのままマッサージだけやっていったら、恐らく筋肉がかたまって動かなくなって偽関節になるということです。これを整復して、あとはもう正直患者さんの自己回復能力だと思います。二十歳以下の子であれば、骨も勝手にねじれも治して、本当にもとどおりになってしまうので、そこからは、僕らがやっているのは本当にわずかなきっかけづくりであるとか、生活指導が本来であると思います。



ご高齢者が変形性の関節症を起こしている場合は、もう骨格に異常があるわけなので、必ずどこかに代償作用というのが起こって。右膝が悪いから左膝で頑張って踏ん張れというわけじゃなくて、患者さんの自律神経が勝手に計算して右膝で立とうとするとか、腰を、関節をかためて、ここに負担をなくそうというのは、カイロプラクティックなんかやっている方は非常に詳しいと思いますが、頭蓋骨を水平に保つというのが大命題なので、そのためにだったらどういふ代償作用もしてしまうと思うんです。

ですから、患者さんの治癒力と言ったらありふれた言葉ですけど、それが無い人は我々後療を長くやっていいかなと僕は思っています。変形性関節症の人を、国の保険上の取り決めでいったら、僕は長くやってはいけないとは思っていますが、痛みをとってあげる場合もしようがないかなと思います。代償作用に限界があるわけですから。逆に言うと、若い方が捻挫で来たら、そんなに長く、毎日来いと言って365日診るのはおかしいので、そういう視点を見ると、本多先生が言っていた「この治療おかしいんじゃないか」「若い人、大丈夫でしょう」というのがあると思うんです。お年をとって、もう骨がゆがんじゃっている人は、3カ月と言われたって、やっぱりできないというのがあるので、何が適正な後療かというのは、その患者さんの回復能力もあわせて診ていかないとわからないかなと思います。

○小木曾 先ほどのマッサージの本多先生の話に戻りますけれども、きっと本多先生がマッサージという言葉で削除したいというのは、そのマッサージというものを利用して慰安行為とか、駅前でもんでまた明日、また明日と意味もなくずっとと言うと怒られてしまうかもしれませんが、やっているような商売的な治療法を削除したいということでマッサージを削除とおっしゃっていますが、先ほど酒田先生がおっしゃったのはそうではなくて、治療の中の一つとしてマッサージというのは治癒効果があるので、それを削除するよりは、先ほど言った医療過誤とか、野澤先生が医療過誤で診断書を書いたとおっしゃっていますが、そっちのほうを重点的に考えていったほうが、慢性化ガイドラインとしてはよいのではないかなと私は思いました。

○本多 森島さんに質問。あなたが言っている血行を促進させるという治療は、整復とは違うね。

○森島 そうです。

○本多 どちらかというともマッサージに近い。

○森島 そうです。手技療法です。

○本多 手技療法として。

○山田 基本的に骨や関節をもとへ戻すのも整復だということなんですけど、酒田先生、筋肉

の筋腱脱臼とかアキレス腱断裂も整復という言葉で全てあらわされていますので、筋に対してもアプローチは整復でいいんじゃないかと。ただ、血管にアプローチするというのがマッサージということで、物理療法の中では温めるというのとマッサージするというのはそっちに入る。

○本多 僕は素人だから、整復、ずれをもとに戻す、整えるというか、それは治療としては1回か2回か。あとはそれがもとに戻らないように固定するんでしょうけど、マッサージは治療行為が結構長いじゃないですか。そういうイメージがあるんだけど、それは間違いですか。

もう一度言います。整復というのは、転位が出て、その転位を生理学的にいい形でもとに戻すという行為でしょう。だから、これはそう何回も何回もやることじゃないんじゃないかと僕は思っているわけです。でも、森島先生の言う血流をよくするというのは、1回で血流がよくなるわけじゃないので、何回も何回もその治療を集中的に行うことによって医療効果が上がってくるというわけでしょう。

だから、全然方向が違うんじゃないかと僕は思っているんで、通常若い人がちょこちょこやっているあのマッサージというのは、どうも血流をよくしているんじゃないかと、整復しているわけじゃなくて、わけのわからんことをやっているんじゃないかと。だから、それは外したほうがいいんだと、こう思っているわけです。

ガイドラインではそこをどうしても入れたいんです。入れないと、この治療の社会的支持が少なくなってしまうと思っているので、そこをどういうふうに説明したらいいかを先生方の知恵をおかりしたいなと思っているんです。狙い目はわかるね。

○小木曾 「慰安を目的とした」という言葉を入れる。

○本多 「慰安を目的」というのは、言葉としてはきれいだけど、実際にマッサージという治療が血流をよくしてどういうふうになっているのかということ、ある程度までやっているほうが意識してやってくれているかどうかという問題があるじゃないですか。そこをガイドラインの中でどうつくっていくかというのが私の関心事なんです、言葉として。だから、極端に言えばマッサージを外したいというのはそこを言っているわけで。そんなことはないというんだったら、外す外さないの接点はどこへつくったらいいかということを知っているわけです。

○河野 今、本多先生が言われていた転位という考え方からいきますと整復というふうになってくるんですけど、それ以外に、転位じゃないんだけど、変位というのがあります。関節軸が狂っている場合。それは筋肉の緊張で位置がずれて不具合になっているというのが結構あるわけです。それは筋肉の調整をすることによってもとに戻すといいますか、血流がよくなるということになりますから、変位という言葉を用いると可能じゃないかなと思いますけど。

○本多 その場合、回数は何回ぐらいなんですか。大体でいいです。変位でいいです。その変位を戻すには1回か2回で終わりでしょうと思っているんだけど、そんなことはないと言うのか。あとは固定でやるんじゃないんですか。

○河野 大体そういう場合、生活習慣から来ている場合が多いわけですよ。ですから結果的には、1~2回で症状改善はすぐできるんですけど、毎日日常動作とか仕事とかしていると、また同じことを繰り返せば同じような症状が出てくると。そういう繰り返しになってきますけど。

○本多 そうすると、治療の間隔があるんですか。例えば一回変位したものを一応整復したら、1週間か2週間あるいは3日か4日保って、また同じ生活するともとへ戻っちゃったというので、その治療の間隔が出てくるんじゃない。

○河野 その辺は患者指導といいますか、生活習慣を指導していくというふうにして間隔をあけていくとか、そういうふうにしていかなくてはエンドレスになってくると思います。

○本多 その辺はよくわかりました。さっきの外したいという話、野澤先生でしたか。

○野澤 マッサージに関してですけど、世間一般でマッサージという言葉を知ると、慰安というのがどうしても直結します。我々はそうでもないんですけど。私は余りマッサージはやりません。ただ、柔整の治療の中でマッサージも必要なケースというのは当然出てくると思いますので、名前を変えて、例えば「柔整マッサージ」というふうに表記して、括弧して何か説明を加えて、分けてやったらいいんじゃないですか。

もちろんマッサージよりも柔整マッサージが上だとか下だとかいう話はないと思います。慰安的なマッサージというのは、もちろんマッサージ師さんのほうが上手ですし、その真似事をして小金を稼いでいる癒し系の先生たちはどんなもんかなとは思いますが、とにかく矜持を持った柔整師が治療の中で使うマッサージは柔整マッサージだということでやっていったら、何かいいような気がしますけど。

○本多 森島さんに聞きますが、あなたのマッサージはどういうところをモーメントといふかな、要素にしているんですか。

○森島 基本的に患者さんを診ているということは治療しているんです、毎回。だから、治療するためのマッサージなんです。治すためのマッサージです。それを持っていないのは慰安的なマッサージです。気持ちよさを求めているんです。

○本多 だから、それをもっと具現化する、言葉で表現するにはどういふようなところを。それを言わないとガイドラインはつくれないんです。

○森島 野澤先生がおっしゃったように「柔整マッサージ」というマッサージでいいんじゃない

いんですか。柔整の手技療法のマッサージだと。

○本多 高間先生、どうですか。どうも私は違和感が強いんだよな、少し。

○高間 NSK保険協会の高間です。

僕も2~3度こちらへお邪魔して、いろいろ聞いたり、本多先生からいろいろ相談を受けると、僕も何をしたらいいのかなということをつも頭の中で考えるんです。というのは、今お話ししてみえる中でガイドラインといっても、柔道整復師が健康保険を適用できる範囲内のところで行政と話し合うところ、もしくは保険者と話し合うところの部分ですか。それが言ってみればマッサージにしろ、それ以外の関節の整復であろうと、相手が理解してくれるか、支払い者側が理解してくれるような環境の中で我々が傷病名をつけていかないと何の意味もなさないんじゃないかなと思ひまして。

打撲、捻挫、骨折、挫傷、その挫傷は後からつきましたけど、我々の一番最初ときは4部位の中でスタートして、挫傷というか、ねじれですかね、肉離れのようなものが、漠然とした原因がわからないものがそういう方法でできるというふうに理解して今までずっとやってきたんですけど。腱鞘炎もその中だと思っております。

だけど、保険者は今どんどん返戻レセプトが出てきていまして、うちの近隣の社団さんも前回請求額が1億5,000万円ぐらいダウンしたと。うちも現実に7,000万円ぐらいダウンしているんですけども、そういうふうで非常にやっていけないような環境になりつつある中で、ガイドラインだけの問題じゃなくて、全て支払い者側が理解していくような方法でやらないと、柔道整復師そのものがおかしくなっちゃうと。

前回ちょっと厚生局にそういうお伺いしたところ、施術をやっていらっしゃる先生はさて置いて、学校等々の考え方を変えなきゃいけない部分があるので、そちらのほうから整備できないということを書いてみえました。それだけでは全然私も理解できないもので、どうしたらいいかなということ。常に組合さんがみえるもので、自分の生活はそこそこできても、全員ついてみえる人にどういうふうに、こうだよ、ああだよと、先のことはこうだよと言ってやらなきゃいけないということが今頭いっぱい、どうしようかなという考えの中で、あえて言えば、来年4月からまた改正なんですか。そういうことの中でやっていけるような環境をつくるのが一番かなと。

本当に一生懸命真面目にやっている、僕も一生懸命真面目にやっているんですけども、最近出てきた人がどんどん簡単にお金儲けもするし。他組合とかの他団体とか来てやりますけども、現実に公益社団の中でもこの前その話が出たんですけども、柔道整復師さんが開業されて、

お父さん、お母さん、お嫁さん、子供全員がレセプト請求出して20何万円請求できたと。全員接骨院のご家族だということもあるんです。そういうのが当たり前に行われているところがあると。あんたのところどうやってやっているのと言ったもので、身内とか接骨院の先生のご家族はやっていませんということも言っていたんですけども、そういうことが現実にありますもので、そういうところをもっとチェックしていただきたい。

弁護士の先生ならわかると思いますけど、交通事故専門のところは何十万、何百万というものを出しているということをお聞きしますと非常に腹立たしいんですけど。真面目にやっている私らが本当に、うちの売上も4分の1ぐらいになっている。それでも一生懸命生活のために頑張っているんですけど、そういうところで何か切りかえなきゃいけないなと思いつつ、いたずらに40何年接骨をやっているんですけど。

○本多 僕はマッサージが悪いと言っているんじゃないんです。マッサージが結局だらしない治療に結びつきやすいんです。

○倉垣 全然柔道整復師でもないんですけど、切実な患者なので一言言わせてください。

マッサージは外したほうが良いと私は思います。手技が良いと思います。もしするんだったら、整復を目的としたマッサージ。何を目的にマッサージするかの問題ですけど、昔、別の知っている柔道整復師の先生が「柔道整復師はあん摩行為はしないんだよ」とおっしゃった方がいて。あん摩もマッサージも、やっぱり柔道整復師は別の資格があるわけですから、こちらの先生はあん摩マッサージ指圧師を持っていらっしゃるけど、そういう人に任せておけばいいんだと思います。柔道整復師は、やっぱりちゃんともとの動きや安定性や運動性が、痛みがなくなるというところを目的とした手技をするので、それがマッサージに似た軽擦法や叩打法や揉捏法をやるか、それともAKみたいな関節法をやるか、そういうことは柔道整復師の先生の自由に任せておいてほしいんじゃないかなと私は思います。

○野澤 本多先生の負けだと思えます。本当に素晴らしい意見ありがとうございます。それ以上の意見はないと思いますので、それを参考にされたらどうなのでしょう。マッサージという名前がいけないのであれば、今言った患者さんのように。

それと、私ちょっと問題発言しますが、これから例えば慰安的なことを中心にやっている、いわゆる癒し系と言われる接骨院はどんどん潰れていいと思います。それから悪いことをやっている接骨院も潰れていいと思います。昔は近くの先生が何か問題を起こしたときは守りましたが、最近は余りにも多くて、うちに飛び込んできた患者さんには県の保険課を教えて「訴えな」ということを言っています。それとリンクしてこのガイドラインというのがあるんだと

思います。このガイドラインに従って治療をしている先生はオーケーと。逸脱してとんでもないことをやっている先生はどんどん行政の手が入って、なくなってもらえばいいのかなと私は思います。

○郷津 いわゆる不正請求した先生を会が守る必要はないと思います。もうそういう先生は一人でやってもらうということでもよろしいんじゃないですか。そういう先生方を守るから、みんなそれに倣っちゃうんですよ。

○本多 郷津さん、会は守っていません。そういう人たちは自分でやっちゃうからどうしようもないんだよ、現状は。こういう会に入っている人は何とか指導を受けて何とかやっているんだけど、その会をやめちゃうわけですよ。指導の枠を外れちゃうわけ。そうすると、誰も指導しない。ノーガードなんだ。だから、そういうレベルをどうするかが非常に難しいところに来ているんです。それはここの議論じゃないのでやめます。

○荒井座長 本多先生のマッサージの概念というのは何となく今わかったんですけど。私たちマッサージやるんですけど、ある思惟を持って大体。肩でもそうですし、可動域をいっぱい持って行ってからどういうふうにして緩めていったら、どの筋肉だとか、どの腱だとかと行って、そういうふうな目的を持ってやっている。ただ単純にそのままマッサージをするんじゃないで、いろいろな目的を持ってポジションをとったりとかして、そういうふうにはマッサージしているので、一つここでつけ加えさせていただきました。

○綴 マッサージという言葉そのものなんですけども、私、関係法規で習ったのは、マッサージ師はマッサージという言葉を使ってよい、医師もよい。だけど、柔道整復師はだめというふうに。やることは構わないけど、法律的にはだめだと。看護師は看護マッサージという言葉を使っていいけど、マッサージという言葉を使ってはいけない。私は関係法規でそういうふうに習いました。ですから、柔道整復師がやる、いわゆる柔整マッサージないし手技療法、後療法というのは、損傷組織に対してのアプローチであって、それを回復させて自然治癒力を活性化させるのが一番大きなガイドラインになるんじゃないかなと思います。マッサージ師はあくまで損傷部位に特化しない治療じゃないかと思います。

○郷津 本多先生がおっしゃるマッサージは、手技療法という言葉に置きかえられると思うんです。だから、柔整手技療法を行うとかいう言い方にされたほうがいいと思いますけど、マッサージじゃなくて。

○本多 大分勉強になりました、ありがとうございます。

○荒井座長 時間なくなっていますので、休憩なしでいきます。

どうでしょうか。もうそろそろいいですか、次の各論に入りまして。頸部から入りましょうか。どのような施術ですね。手技でもいいですし、施術、マッサージでもいいですし、どのようなことに注意するか、具体的にどのような方法でやっているかということ、頸部から。

○小木曾 ごめんなさい。今の件で質問ですけど、注意するかと、やっているかというのは正反対のことだと思うんですけど、ここで議論するのはどういうことがお勧めですかというのがメインですか。それとも、最初にも私が言ったように、どういうことはしないほうがいいのか。こういう症状にはこういうことはよしたら。

○荒井座長 いや、それは両方でいいと思います。参考にしたいので、具体的なことをお話ししていただいて結構です。いかがですか。

○森島 禁止事項ということで。2回ぐらいあったのかな。「首が痛い、首が痛い」とずっと言っているんですけども、後々わかったのは帯状疱疹が髪の毛の中に入っていてというのがよく。見えなくてというのがありますから、その痛みも、チリチリ感なのか、どういう痛みなのかをしっかりとしないと、1週間ぐらいたってばつと帯状疱疹は出てきますから、そういうのは気をつけたほうがいいのかという一つの例です。

○本多 頸部の挫傷でも捻挫でもですか、ここで言っているのは。ここに一番関連するのは肩こりだと思います。肩こり症とか肩こりとかいう言葉を使っているんだけど、肩こりはだめだとかいいとか議論すると何か非常に違和感を感じるんだけど。だから、頸部と抽象的に議論するよりも、頸部でしばしば議論される場所は、肩こり、首の筋のところだろうと僕は思うんだけど、その辺を中心に議論してくれるとありがたいんだけど。

○小木曾 最初の話に戻ります。肩こりということで、肩こり、頸部痛、頭痛、これが1週間ほど前からひどくなってきたと。これはすぐマッサージするんじゃなくて、最初に言った血圧計を持っていますかという話ですけど、血圧を測ります。中にはやっぱり190とか200とかある方がいらっしゃいます。そういう方はもう治療しません。まずは内科へ行って血圧の治療をしていただいて、その上でまた、血圧が下がった上でも頸部痛があるようであれば、必要に応じて施術を行っていくということで、頸部に関しては血圧が大事じゃないかなと私は思います。

○荒井座長 頸部というのは結構複雑にいろいろな神経が入っているんです。だから、下手に施術すると、手にしびれが出たりだとか神経根だったとか、余計に悪化させて。私、過誤の分析をしたときでも、結構頸部はトラブルを起こすことが多いんです。裁判になっていることもありますし。最初手技に入るときでも、私はまずソフトにやるようにはしておりますけど、どういふことに皆さん気をつけるか。

○酒田 頸部の鑑別診断というか、を言い始めると何時間かかっちゃいますけど。簡単に言うと、やっぱり見逃しちゃいけないのは、くも膜下出血で項部硬直という症状が出ます。実際そういう人が来られたというお話も聞いたことがあります。亡くなってしまったんですが。

あとは、頸部の周りにはリンパ節が多いですから、リンパ節が腫れていて悪性リンパ腫という病気もあつたりしますし、甲状腺がかたく大きく触れた患者さんが肩こりを訴えて来られましたけど、その人は甲状腺癌でした。そういうのは触診でやっぱりわかります。

あとは、肩の周辺でいうと鎖骨上リンパ節というところがありまして、そういうところにゴボコとかたいものが触れるようなときはリンパ節転移といって胃癌とか、あとは脇の下のリンパ節なども診ていく必要があると。肩こりだとか頸部痛、あとは肩甲上部痛を来たすものの中に、そのほかには例えばパンコースト腫瘍という肺尖部の癌があつたりとか。

あとは心筋梗塞はどこにでも痛みを来たし得る。お腹が痛いという心筋梗塞の患者さんもいますので、関連痛としてどこに出てもおかしくないわけなので。特に多いのは左の肩甲上部から左の顎にかけて出てくるという症状があります。

ざっと言っただけでもこれぐらい。その他にもたくさん鑑別しなくてはいけないものがありますが、絶対に知っておいてというものは、やっぱりガイドラインに入れていくのがよろしいんじゃないでしょうか。いわゆるプライマリーケア、総合診療学として基礎的なものをつくって、それは見落とさないようにしようという方向性がよろしいんじゃないかと思います。

○荒井座長 ありがとうございます。その他の先生、いかがでしょうか。

○川辺 私もちよっとヒヤリとした症例がありまして。

交通事故を起こされて、自転車に乗っていて放り出されて首、肩を打つた。もちろん病院に行かれて、きっちり検査をしてレントゲン撮って、MRI撮って、「大丈夫です」ということでうちに転院してこられて、1週間ばかり診ていたんですが、ある日来たときに「気持ちが悪い」と言い始めまして、診ると目が寄ってきているんです。これはいけないと思って、その日は治療しないで近所の神経内科に転医させるか救急車を呼ぶか非常に迷ったんですけど、神経内科に行ってくれと。「土曜日だからやっているから行ってくれ」と言いまして。その日たまたま混んでいて、「次回、月曜日に来てください」ということで言われて帰っちゃったんです。また来られて「気持ち悪いんだけど」と言うんですけど、「向こうの先生の言うことを聞いてください」と帰しました。日曜日にかなり症状が悪化したみたいで、その方ご自分で救急車を呼んでくださって事なきを得たんですけど、硬膜外血腫というのが起きていて、後から起きることがあるらしいんです。



私ヒヤリとすることというのはいつもそういうパターンが多くて、病院でちゃんと診断を受けてきて「心配ないね」と言ってから来るんです。それでも何かちょっとおかしいなと思って他の病院を紹介すると、病院と病院の間に挟まれるので、社会的な地位というか立場はちょっと弱いので、紹介するときも非常に言葉を選んでやらなければいけないし。医科との関係性というんですか。どこまでが医科の責任で、どこまでが柔整の責任かというのがあやふやになったときに、なぜか問題が起きることが多いので、我々はここまでしかやらないとか、そういうのもちょっと前後、医科との関係性も踏まえつつやっていただくと、よりいいガイドラインができるかなと思います。

○本多 通称で肩こりと、我々素人は「肩こりに困っているんだよ」と言います。先生方はそれはどのように診ているんですか。今言った外的なことではなくて。肩こっちゃってしょうがないんだ、肩こりなんです。ちょっとこうやると肩が張っちゃうんだよとか言うでしょう、一般的な表現だけど。先生方のところへそういう患者さんが来るでしょう。来ない。

○小木曾 来ます。

○本多 「私は肩こりがひどくて困っているんですよ、毎年毎年」と来るでしょう。先生のところに来たとき、先生方はこれをどのように診断し、どういう治療をされるかということを知りたいんです。一切やらないのか、やっているのか、どんな方法でやっているのかを知りたい。

○小木曾 今皆さんが話していたのは、やらないほうがいい話だったと思います。今、本多先生が聞かれたのは、できる適用の場合どういうことをするのか。

○本多 いや、私はわからないから。

○小木曾 いや、わからないけども、そういうことを聞いているんですよ。

○郷津 やっぱり肩こりのときは原因があるんです。よく問診をして、内科的なものならやらないし、やらないというか内科のほうに行ってみていただいて、血圧が高いのを治療していただいて、自分らも治療することもあります。だから、今言われたように内科的疾患とか、そういうので併用して治療していきます。

○酒田 肩こりで来た人たちを私たちが診るとしたら、頸部の運動痛だとか運動制限だとか、そういったものを診ていくわけですけど、そのときに僕たちが絶対見落としちゃいけないのは脊髄障害、それと神経根障害でも手術適用レベルになるものということになるかと思っています。脊髄障害の原因としては、後縦靭帯骨化症とか頸椎椎間板ヘルニアとか、頸部の脊柱管狭窄症、いろいろな原因がありますが、脊髄が障害されているかどうかというのは問診と身体所見でほぼ100%わかるので、それをしっかり診てですね。

脊髄障害があると手術になることが多いわけです。そういう人たちを僕たちが首マッサージなんかしていると、それでいきなり脊髄損傷を来たしてしまって全身麻痺とかあってもおかしくないで、脊髄障害は絶対やっちはいけないと。それはもう絶対に脊椎脊髄外科専門医に送るんだという部分は重要です。

あと、脊髄障害じゃない、脊髄から分かれた末梢神経の根元、神経根というところが障害されたやつはかなり痛いです。逆に脊髄障害より痛いぐらいですけども、その場合はほとんど手術になる可能性は少ないです。でも手術になるレベルというのがあって、ドクターはそりを何で診るかという、筋力低下で判断するんです。MMTと僕らがみんな知っている基準がありまして、0から5まで6段階に分けた中で3以下になっている。その神経根のレベルの支配の筋肉の筋力が3以下になっているものは神経根障害でも手術適用ということを言われています。

○荒井座長 そういう肩こりでも、前から肩こりはあったんでしょうけど、保険証を持って、お金を持って接骨院の敷居をまたいでくるというのは、やはり何かそれ以上のものがあると思うんです。そういう方というのは、姿勢であったりとか日常生活だとか、そういう複合的なものがあることは結構多いんです。それで治療することによって、指導することによって、大体の患者さんはよくなります。ただ、先生が今勘ぐっていらっしゃるような慰安目的で来る患者さんと区別をしたいと私は思うんです、先生がおっしゃっているのは、どうでしょうか。

○本多 私は極度の肩こり症、親の代から肩こり症、天下に並び称するぐらい肩こり症なんです。別に脊髄が悪いわけじゃない、脊髄根も悪いわけじゃないんだけど。先生方のところにそういう患者が行ったとします。他は何も悪くないと。もともと血流が悪くなくて肩の筋肉が硬直しやすい体質なんだからということによって言ってくれます。そういうときに先生方は治療をされるのか、されないのかを聞いている。されているのか、されていないのか。されたとすれば、どういう治療をしているのか。

○平野 とりあえず肩こりとして来られたときにおいて、私は初め問診を特に注意してやります。そして内科的じゃない状態とわかれば触診をします。ちょっと寝てくださいと。首の筋を診ますと、意外と硬直しています。かたくなっています。それをよく診ますと、あくまでも一例として、診ますと大体3、4、5、6の頸椎のゆがみが出てきているんです。意外とそれが多いいんです。それを初めから1回で治そうとすると非常におかしくなりますから、大体3週間なら3週間。その状態によっても違うんですけども、例えば30代の人に来られたとするならば、さするような感じで初めは終わりにするんです。2回、3回することによって、少し出っ張りがあったりへこんだりしていますので、それを優しく接することによって徐々に硬直が治ってきま

す。だから、初め触診が一番大事。どこが一番おかしいかということ診ておかないと、うまくいかないと思います。

○本多 それは肩こり現象がどういう原因になっているかをある程度特定するという作業ですか。やっていることは。

○平野 そうです。

○本多 特定した段階で、急激な施術じゃなくて、なじむ施術というかな、血行をよくするために徐々にほぐしていくというかな、そういう治療をやるということですか。

○平野 そうです。調節しながら。

○本多 それも整復なんですね。

○平野 そういう意味では、そうです。することによって、また変わってまいります。

○本多 森島先生、笑っているけど何か。

○森島 いや、またさっきの話に戻るんじゃないかなど。

○本多 そういうことか。これはなぜ治療するんですか。先生方の治療目的は何ですか。

○荒井座長 治癒目的です。

○小木曾 治療。

○本多 だけど、僕なんか治らないんだよ。

○小木曾 治らないなら治療じゃないです。

○野澤 そういう人は慰安的なところに。

○小木曾 そういうのは慰安といいます。

○本多 もう一つあるのは、放っておくとどんどん視力が落ちたり、余分な頭痛が起きたり、集中力が欠けたりするじゃないですか。だから私は治療するんだけど。そういうことは余り聞かないんですか。今あなたの視力はどうですかとか。野澤先生、どうですか、聞くんですか。

○野澤 柔整師の治療の中で一つ大事なことがありますて、やっぱり指導というのが大切だと思います。まず「肩こっちゃって疲れちゃったからマッサージしてよ」というのは、私は基本的にやりません。マッサージ師さんを紹介します。何か問題があつて肩がこる、例えば交通事故でむち打ちになつても肩こりますから、ストレートネックとか、何か問題がある、原因があるという肩こりは治療します。肩こりというのは病名じゃないです、症状です。だから、その症状をあらわす原因は何かというのをまず考えます。

例えばずっと治らない人、治らないのには何か原因があるわけですから、例えば日常生活での姿勢とか運動とか、場合によっては寝具とか履物とか、そこまで考えて指導する。患者さん

から問診で情報を得ることと指導するのに初診の場合は時間を使います。

私が「マッサージは余りやらないよ」と言ったのは、どちらかという、柔整師はそちらのほうが大きなウエートがあるのかなと。患者さんと相対でお話しする時間がドクターに比べるととれますから。あとは後療の際も、整形に行くよりは柔整師のほうが、整骨院のほうがまめに患者さんいらっしゃいますから、毎回いろいろなお話をして情報も得られるし、その都度その都度お話もできるので、結局整骨院にいる時間は1時間ぐらいで、あとは患者さんが自分で自分の体を管理しなければならないので、指導ということを大事にしています。

○荒井座長 基本的には治癒が目的ということですね。他に頸部に関してはいかがですか。もしないようでしたら、次の肩に話が進んでもいいですか。

綴先生、どうぞ。

○綴 頸部に関してなんですけども、頸部だけじゃないんですけど、痛みというものに関しては、やはり血压ですとか頭痛の状態ですとか、朝痛い、夜痛い、こういったものが絶対必要になってくると思います。家族歴、既往歴もちろんそうです。それから、頸部に関して私が気にするのは、膠原病、甲状腺、脳疾患、こういったものを気にするんですが、5年前後の柔道整復師の先生で果たしてどこまで。私もまだまだ勉強不足なんですけど、どこまでこれらのことを知っているのかなというのがあると思うので、この辺のところと柔道整復のどこまでやっていい、どこまでやってはいけないというの、ある程度のガイドラインが必要じゃないのかな。やってはいけないわけじゃないんです。膠原病だからやってはいけないわけじゃなく、どこまでやっていいのかということのガイドラインも必要じゃないかなと思います。

私がいつも参考にしているのは、「今日の治療指針」という医学部が主に使っているソフトなんですけど、これを参考に。検索ワードを複数打てるんです。患者さんの症状をどんどん打っていくと、考えられるものがぱっと出てきます。一瞬にして出てきます。こういったものを私は使っています。うちのスタッフには全員に渡しています、私の自腹ですけど。これは余談ですけど。

○荒井座長 ありがとうございます。要するに、よく観察しているということです。

肩にお話が移りますけど、いいですか。

○野澤 頸部に関して、無謀な治療が多大な後遺症を残すことが多いので、禁止、やらないほうがいいということで、整体とかカイロとかマニピレーションですか、例えば高齢者の方とか混成症状がある人には絶対やるなというようなことをつけ加えたほうがいいのかと思います。

○小林(勉) うちに5年以下の研修生が結構いまして、開業したときに肩こりと来たときは、

最初は断ったほうがいいということを行っているんです。原因がわからなかったら鍼のほうへ行ってもらったりして。

整形から「血行障害の肩こりです」と紹介で回ってくる患者さんがよくいらっしゃるんですが、そのときに安易にやると失敗することがございまして、さっき川辺先生が言ったように、整形でわからなかった慢性硬膜下血腫は結構あるんです。うちのほうは何件もありました。その場合、はっきり言って検査だけではわからないです。検査では、元気なかつたおばあちゃんがいつもより元気になったりして、そうすると整形だと単なるぼけだと思って、そういったことを疑わずにこちらへ回ってくるのが結構ありまして。だから、接骨院では可能かどうかわからないですが、よく話を聞いてあげることが必要だと思います。転んだことを忘れている場合もありますので、そういったことをじっくり。接骨院で忙しいのはわかるんですけど、問診のときにどれだけ話を聞き出せるかというのも必要になってくるので、治療を始める前に、評価するときに話の時間をちょっととるのがテクニックとして指導しています。

○荒井座長 ありがとうございます。

慢性硬膜下血腫って結構多いです。お年寄りになると3カ月後ぐらいになってから。うちにも首が痛いと言われた方が、翌日になつたらしゃべれなくなった。私もわからなかったです。もう一人の方は、トイレへ行こうと思うと、トイレの前で気がつくと言っていることをおっしゃっていました。ですから、頭を打ったりとかいうときには慢性化の硬膜下血腫。若い方だったらすぐ出るんですけど、年配の方は出てくるのが2カ月、3カ月後なんです。

○諸星 確かにずっと聞いていますと、問診とか視診とか大事なことばかり、本当に大事なことで、それは絶対に必要だし、知識も持っていなきゃいけないんですけども、ある程度知識を持って行くと確定診断ができると思うんです。そうしたら、それに対して実際計画表というものをつくって、それに則ってやっていると、もしかして自分の診断が間違っている可能性もあるので、そこで修正して、また内容によっては転院させる。そういった計画表をつくられたほうが、ガイドラインに入れたらいいかなと僕は思います。

○荒井座長 ありがとうございます。もう肩のほうへいきますからね。

どうでしょうか。皆さんご苦労なされた一番は、いわゆる五十肩と言われるものじゃないでしょうか。肩のことで他でもいいですけど、どなたかご意見ございますでしょうか。

○川辺 五十肩という話が出て、これは私の個人的な経験かもしれないので、違うなと思って聞き流していただければ結構なんですけど。

原因がわからず肩が上がらなくなるということがあって、石灰の沈着もしてなくて、なぜか

長期にわたっているといった場合に、循環器系になぜか持病をお持ちの方が非常に多いです。ある先生がおっしゃっていたんですけど、五十肩というのは、心臓に問題がある方が反射運動として運動量を抑えるために肩を上がらなくしているんだということを言っていた。鍼の先生がおっしゃってて、私も現場で見ていると、ちょっと心臓を調べてくれませんかという不整脈があったりとか、あるいは仕事のストレスが急に増えて夜寝れないとか、そういうことが非常に多かったような気がします。

○荒井座長 ありがとうございます。小木曾先生、どうぞ。

○小木曾 私、勉強不足なので、ちょうどここに柔整の教科書があるので、今回に関してはこの教科書を少し読ませていただいてよろしいでしょうか。

一般に五十肩と呼ばれる疾患は40歳以降に頻発して、加齢や過労による肩関節構成体の変性を基盤にして発症する原因がはっきりしない肩関節の疼痛と運動制限を来す疾患をいう。また、肩関節周囲炎と言われるものも同様の疾患を指す。その後、五十肩というのは、いわゆると言われるように疾患名ではなく、腱板損傷とか石灰性腱炎、肩峰下滑液包炎、上腕二頭筋長頭炎などを含む損傷であったが、近年、画像検査、関節鏡検査の進歩により、これらを除外した誘因のない肩関節の痛みを伴った運動障害を五十肩というところまで読ませていただくと、私地方なんですけど、今回の雪で雪かきして肩が上がらなくなった高齢者の方が病院に行くと、五十肩という言い方をする先生がいまだに中にいらっしゃいますが、厳密に言うと腱板の炎症もしくは損傷、これは五十肩というものには入らないんです。

これは明らかな柔整疾患であって、明らかというか、日整さんが出している「整骨院のかかり方」という内容では、滑った、転んだ、ぶつけた以外に何度も何度も繰り返すというのも書かれているように、その中の一つの損傷だと思います。私が患者さんを診ている上で、実際に五十肩はそれほど多くないのかなと思うこともありますが、他の先生方はいかがでしょう。

○河野 五十肩で、先ほど脈管系の関係があるんじゃないかというふうに言われていましたけど、原因のない五十肩といいますか、肩関節障害は神経障害というのが結構。本多さんに言わせると痛いのはみんな神経障害だと言うんですけど、特に副交感神経の緊張が強い場合、脈管系と絡んで痛いんですよね。肩関節を幾ら調整しようが何しようが上がらないものというのは神経障害、脈管系のほうの調整をやると動くようになる。そうすると、五十肩と一括りにするんですけども、かなり違って来るんじゃないかという気がします。

○荒井座長 ありがとうございます。五十肩って、よく整形に行って湿布だけもらって、ぐるぐると回って来る患者さんが結構多いですね。そういう方を治療してどうですか。よくなり

ますか。そこら辺ちょっと皆さんにお聞きしたい。

山田先生、どうぞ。

○山田 私が五十肩だなどと思って診る患者さんは、やはり1年から1年半、長くても2年以内に必ず治ります。前回お話したかもしれないですけど、五十肩は柔道整復にグレーと扱われやすいですが、200年前から論文も出ているので、最新版は2000年版で、米田柔整の方だったと思います。今のテキストの内容でほぼいいわけですが、それだけじゃなくて、外傷が誘因したものが今のところ6割。それが普通なら治るんだけども、こじれてしまうというのが40代以上の世代にとっても多く、私が経験するものは、大概両方ともなります。右からなったら、同時に近くなる人もありますけれども、反対側もまた起こってきます。ある時期をもって何の機能障害もなく完治、治癒します。その他の方の慢性的な障害というのは、期間が1年以上たとうが、2年たとうが、もとの可動域まで戻らないんじゃないでしょうか。一番の特徴は、原因はわからないですが、どういうわけか治るときには必ず治るとというのが私の経験上です。

○本多 五十肩と称する日常用語というのかな、俗称で言っているんでしょうけど、両肩一緒に、同時に五十肩が起こることあるの。

○山田 あります。

○本多 同時に。

○山田 五十肩だからこそ両肩に起こり得る。

○本多 同時的にだよ。

○山田 同時のときもあります。ただ、基本的に同時じゃなくとも、片方が終息すると、それよりひどくもならないけれども、同じように挙上障害が反対側にも起こったり。また、そういうときには肩のみならず、手首のドケルバン腱鞘炎のようなことも併発して起こることも多く見受けられます。

○本多 山田先生が言ったように五十肩はほとんど治っているのね。私の経験でも、しばらく放っておいたら、ものぐさだから、やらないで放っておいたら治っちゃった。数カ月で治っちゃった、若いから。それは冗談だけど。

そういうのだったら治療は要らないじゃないですか。放っておけばいいんじゃないんですか。なぜ治療するんですか。

○荒井座長 先生、放っておいて治るまでの間は痛かったんじゃないですか。

○本多 我慢していた。

○荒井座長 どうですか。これは治療することによって、やはり日常生活動作が。

○山田 私のところにお見えになる患者さんも、うちだけ来ているわけじゃないです。当然整形外科にも行って、痛み止めの注射やブロックやら、キシロカインやらステロイドやら、いろいろな注射をしても、最初はよく効くんです、1週間ぐらい。だけど、どんどん、1日、2日、3日でもう効かなくなるので、やっても仕方ないし治らないからと言って来ます。私のところでもそれは治らないので、時期が来たら治るんだらうけれども、とりあえず何が起きているかは一応自分のところでも診るようにしています。整形外科も行っていてという場合は余り心配しないんですけども。五十肩に関しては鍼灸が適用ということもありますし、やはり鍼灸の治療を勧めることもあります。ただ、痛いときは、とても痛いんです。ですから、患者さんはドクターショッピングではないですが、いろいろなところ、何でもいからちょっとでも楽になるんだらうということ、その間、試し回っているのではないかという傾向はあります。

私のところでは、本当に五十肩なら必ず治るから、我慢できる分はしないといけないけど、運動療法だとか、はり灸だとか、痛み止めの注射だとか、一番自分が楽になったと思うもので、この時期を乗り越えてくれと、このように説明することが多いです。これが本当の話です。

○荒井座長 ありがとうございます。

私のところにもそういう患者が来ますけど、だんだん交感神経の緊張が増して、肘まで痛くなるんですね。上腕から肘、極端なことを言ったら手まで痛くなる。そういう方は寝ているときでも、夜間痛で寝られないという方がいらっしゃるんです。だけど、私はスーパーライザーという機械を使うんですけど、頸部の星状神経節に照射するんですけど、大体夜寝られるようになる。「先生、昨日はよく寝られた。一回も起きないで寝られた」と。

確かにそういうふうに頑固になった五十肩というのは、山田先生がおっしゃったみたいに結構時間がかかる患者さんはいるけれども、治療することによって夜は寝られる、日常生活動作がすごく楽になる。また一進一退を繰り返すけれども、そういう患者さんは多いんじゃないですか。どうですか。

○佐野 私、某銀行の職員1,500名ぐらい、1年から2年に一遍面接をしているんです。それは何でかという、一つは、皆さんもご存じだと思いますが、血管年齢という検査装置が今出回っているんですけど、それを私がつくったんです。それともう一つ、肩こり、腰痛とかの防止のために圧痛検査をして、あなたはだめよとか、体操しなさいとか、そういうような指針を出すために回っています。そういうときに五十肩の人がいるんですけど、大体次の年にはみんな治っているというのが私の経験です。別に何もしているわけじゃなくて、会社ですからせいぜい痛くない程度の体操をやらせているみたいな。そんなところなんです。だから、治療がいいかど



うかはわかりません。

○小林(勉) 確かに若い人で、何もしなくても五十肩が治る方もいらっしゃるんですけども、うちの近所のおじいちゃん、おばあちゃんだと、五十肩になったときに整形へ行って注射とか湿布薬をもらって、治るからと言われて、そのまま言うことを聞いて何カ月かやった後に肩が全く上がらなくなった、フローズンショルダーになった方は結構いらっしゃるんです。だから、そういったことを防止するために柔整の治療を受けて、毎日機能訓練とかやって、機能障害を起こさないようにすることが大切だと思います。

多分本多先生も治られたとは思いますが、テストをしてみたら可動域が大分制限されているのではないかと思います。だから、それによっていろいろなところが、可動制限が起こることによって肩の張りとかが大分。柔道整復師の言うことを聞いていただければ、もうちょっと。

○荒井座長 早く痛みがなくなる。

○本多 ガイドラインをつくるときに大事なものは、治療しなくても治るなら治療する必要はない。だから、それはもうアウトでしょう。

○山田 だめです。それは耐えられないです。

○本多 そうすると、五十肩の治療というのは、治す治療ではなくて、自然に治ってくる経過を診る治療であって、その経過の過程の中での痛みとか運動制限あるいは悪化とか、そういうものを防止するんだという形で理解していいのかということなんです。

○山田 治療後は、その日来院して治療する帰りにはかなり軽減はします。そのまま普通は治っていくものなんですけど、五十肩の場合は、そう簡単には終息してくれないと。

○本多 そこでこの治療というのは、まず五十肩かどうかわからないけど、肩が上がらないと。上がらないのは五十肩なのか、それとは別の炎症か損傷が起きているかという鑑別を先生方がされる。そのためのガイドライン、そういうことをやりましょう。それから、五十肩であることが鑑別されたとした場合には、これについては自然に治っていくものだけでも、治るまでの間のケア治療というか、緩和治療というか、そういうものについてはこういう方法でやりましょう、ああいう方法でやりましょうということをルール化していく。こういうことに理解してよろしいですか。

もう一つ聞きたいんだけど。

○小木曾 ごめんなさい、五十肩、意見が違うんですけど、いいですか。

○本多 ちょっと待ってね。

もう一つ、小林さんが私にたしなめるように言ったんですけども、五十肩というのは、年齢的

には40歳以上なんですか。その辺どうなの。

○荒井座長 教科書的には40歳。

○本多 40歳以上でしょう。40歳以上というと。

○小木曾 40歳以上が多い。

○本多 多いです。だから好発年齢ですよ。それはわかったと。

そうすると、高齢になればなるほど重度というか、重くなるのか。若年と言ったらおかしいけど、若いときやったほうは軽くなっているのかというのは、統計的に何かあるんですか。

○荻原 ちょっと違うかもしれないんですけども、そもそも痛みがとれたのと治ったのは違うと思います。痛みをとるのなんか、それこそ痛み止めを飲んでいけば痛みはとれますから。だけど、治ってはいないと思います。四十肩、五十肩にしても、放っておけば痛みは1年、2年たてばとれると思いますが、それこそ関節可動域だったり、手が上がりにくいとか、そんなのが残ってしまうと思います。その治療が柔整の治療だと思います。元になるべく戻すというか、近づけるのが治療であって、痛みをとるのは治療じゃないと思うんです。全部に言えるのかもしれないですけども。今、椎間板ヘルニアなんかも放っておけば治ってしまうというのは言われていますが、それでも椎間板ヘルニアは放っておいて痛みがとれても治っていないじゃないですか。そこの辺が一番問題かなと思います。

○綴 本多先生の場合もそうだと思うんですけど、痛みがあるから、結局動かさない。動かさないから炎症がとまっていく。これは自然治癒力だと思うんです。関節可動域はわからないですけど、結局、動かさなければ炎症はとまっていく、これで自然治癒力も高まっていくということ。これは犬や猫も同じだと思う。すみません、犬や猫と一緒にして申しわけないんですけど。私、よく患者さんに言うんです。「犬や猫が痛いときどうしている。じっとしているでしょう。だから、あなたストイックに動くのだめだよ」と私は言っています。

○菅俣 今回の議論の中で一番最初に小木曾先生が定義づけした五十肩と。

○小木曾 私が定義してない。

○菅俣 違う。定義づけを紹介した五十肩というものに関して、そもそもの五十肩という概念が今のみんなの中で共通認識になっているかというところが問題で、その教科書に書いてあるとおりに考えれば、そもそも五十肩というものはごくごく少数であり、多くの場合は腱板損傷であったり、周囲炎であったりという何らかの原因があるものであって、そっちに関しては治療する効果はたくさん期待できるわけです。ただ、そもそも教科書に書いてあるところの五十肩というものに関しては、ごく少数ではあるけれども、原因から何からわからないものがある。

だから、これに関しては治療効果はなかなか認められないけれどもというところをしっかりと整理しておかないと。肩が痛いと上がらなくて、患者さん自体は自分は五十肩だと思って来ていた中では、ほとんどの場合は治療方法があり、治療の効果が期待できるものが多く存在するというのが現実だと思います。

○小木曾 私も菅侯先生のおっしゃるとおりなんですけど、今の話だと、本多先生、五十肩は時間が来れば治るということなんですけど、教科書には治療法が書いてあるんです。

○本多 僕より山田先生に言ってください。

○小木曾 いわゆる菅侯先生が言った狭義の五十肩の治療法は、炎症期、いわゆるの痛みの出始めは無理に動かさず、運動を制限し、サポーターなどで肩の保温を図る。特に冬は夜間布団から肩が出ないように工夫が必要である。次に拘縮期、ホットパック、赤外線などの温熱療法を行い、可動域に応じたストレッチやコッドマン体操、これは柔整師に限らず整形外科も同じです。アイロン体操という体操がありますから。これを行う。回復期、徐々に自動運動を増やしながらストレッチなどを継続すると書いてある。

私はこれをやって、例えばストレッチとかアイロン体操とかをやってくださいねということをやると、私の経験学上、痛みはなかなか改善しにくいんですけど、可動域は改善していると思います。

○本多 ちょっと聞きたい。可動域が改善した、もとに戻ったというかな、それは測定器か何かあるの。

○小木曾 そうですね。東大式角度計とかを使えばわかります。

○本多 それを使うわけね。

○小木曾 最初に患者さんに上げさせて、こうやって目で見てもわかりますけれども、もうちょっと正確にと言われれば可動域がとれる角度計があります。

○本多 必ず可動域を測るというルールは必要だね。

○小木曾 はい。

○本多 山田先生、あなたの意見に僕は傾倒して、治るならやらないほうがいいと思っていたんだけど、そういうことはないんですね。

○山田 最後は治るというのは、五十肩でないもので肩関節損傷というのは、関節鏡を入れただけでも肩はととてもとても回復は難しくなります。それぐらい跡を残しやすいんです。けど五十肩は、あれだけ痛かったのに跡が残らず治るとというのが特徴だということで、放っておいて治っている人も多分あるとは思うんですけど、それは期間の問題です。

○本多 わかりました。五十肩という名前も症状なんですね。いわゆる傷病名じゃないんですね。傷病名は何とつけるんですか。

○野澤 制動性肩関節症です。

○小木曾 肩関節周囲炎。

○本多 五十肩も全部。

○野澤 いや、動かないのだけ。

○本多 動かないのだけね。今、菅俣さんのおっしゃったようないわゆる五十肩は、今のあの定義でよろしいですか。異論のある方はいますか。菅俣先生がおっしゃったような説明で。

○小木曾 教科書に書いてあるとおりでいいんじゃないですか。

○本多 この教科書は修正する必要はないのですね。

○小木曾 いいんじゃないですか。

○本多 いいですね。それを前提に踏まえてガイドラインをつくれますから。よろしいですね。何か。

○郷津 確認でよろしいですか。内科疾患が伴うものもありますよね、心臓とか。それも書き加えておいてもらいたいです。

○本多 五十肩の中に。

○郷津 五十肩というか、肩の痛みに関して。

○本多 いや、今は五十肩の概念設定だけ。

○郷津 すみません。

○本多 いいんですね。原因不明の、原因が特定できない、そして可動域が狭くて痛みが激しいものと、基本的にはこういう理解でいいんですか。

酒田先生、何かご異論があれば、今のうちに言っておかないと。

○酒田 よろしいかと思います。細かいことを言うとすごくありますけど。

○本多 あるでしょうけど、大ざっぱに言えば。よろしいですか。

○荒井座長 時間もなくなるので腰にいきましょう。腰あたりがメインになるんじゃないですか、私たちの患者さんの中で。腰に関してはいかがでしょうか。

腰も、過誤の分析をしていたときに結構多いんです。治療されてから歩けなくなってしまったとか、結構これも裁判になって。腰椎の突起を折っちゃったとか、結構骨を折ることがあるんです。あと、圧迫骨折もやってしまったとか、腰に関しても過誤が結構多いんです。

腰の治療に関してどうでしょうか。最初にどういう診方をするか。いかがですか。

○酒田 これも非常にざっくりとしたところで、細かいことは省いてお話ししますと、やっぱり腰部に限らず、僕たちがしてはいけないのは、施術することによって施術した部位を破壊してしまうようなこととか、施術を長く続けてしまったことによって、本来もっと早期に病院で適切な治療をしていれば治ったはずのものを後遺障害を残してしまうという、その2点だと思います。破壊してしまうものの中には、今おっしゃった腰部でいえば、圧迫骨折を見逃すとか、転移性脊椎腫瘍とか、そういったものを施術部ではなくて病的な骨折を起こしちゃうとか。あとは早期に病院に紹介していれば治っているはずのものを漫然と治療してしまうものの中には、例えば炎症性病変というのがあるかもしれません。結核性脊椎炎であるとか、熱が出なくても高齢者で化膿性椎間板炎になって、かなり痛い人がいますので、そういうのを見落とさないで病院に送って、抗生物質の治療、入院が必要になってくるわけです。場合によっては手術が必要になると。そういう人たちをそのままにしておくことによって、後遺障害で多いのは、脊椎が壊れてしまうというのももちろん形態が変化してしまいますのであれですが、神経障害が残るのが腰部の場合が多いかと思います。馬尾神経と神経根と腰部にありますけども、その神経が死んでしまうと、もう生き返らないので、後遺症が一生そのまま。死んでしまった神経は決して生き返らないということです。

神経が死んでしまう前に適切な脊椎外科に送る必要があるということで、先ほども申しましたように、神経が生きているか死んでいるかの簡単な鑑別法としては、当該神経根の筋力低下で判断するのが一つです。あと、脊柱管狭窄症などの場合は、間欠性跛行の時間あるいは距離ですね。50mも歩けなくなってしまうという人を漫然と治療しているのはよくなくて、きちんと脊椎外科に一度送って、それでこちらでというのであれば、やらせていただくという形です。

今言ったのは整形外科的なものですが、先ほどの水腎症というお話がありましたが、腎臓などの泌尿器系疾患でも腰部に痛みを来します。それは肋骨脊椎間の叩打痛といって、ポンポンとたたくと飛び上がるほど痛がりますので、そういった特徴的な診察法とかがあったり、あとは腹部大動脈瘤というものが破裂してしまっただけで腰部に非常に強い痛みを来すとか、骨盤内に内臓の腫瘍があつて腰部に痛みを来すとか、子宮、そういった婦人科系の疾患からも腰部に痛みを来す、あるいは違和感を来すというのがありますので、そのあたりのことも鑑別していく必要があるのかなと思います。ざっくりとしたところでは、大体そんな感じでしょうか。

○荒井座長 他の先生方がいかがでしょうか。

○本多 僕が経験した、これは柔道整復師がやった医療事故ですが、何人かお子さんを産んで

いて、3番目のお子さんだったか4番目のお子さんか忘れちゃったけど、その子を産んだ後に腰痛が激しくなったんで、柔道整復師の先生はお産疲れだと思ったんだそうです。結果的には。エビ固めみたいにぐっと上へ持ち上げる牽引をして痛みが増幅して、結果的には硬膜内髄外腫瘍というのかな。脊髄の中の腫瘍が亀裂して出血して、髄液が増えて脊髄の神経に圧迫を加えて半身不随になった。こういう医療事故をやったんです。

だから、腰部というのは非常に危険な。どこも危険だけど、いろいろ広範囲の病態が腰部に出てくると。あるところじゃなくて、全体に出てくるところを随分強く感じたなど。そのとき3年越しに裁判をやりましたけど、柔道整復師にどこまで予見可能かが一番判断になった。今なら負けてしまうけど、あのときはまだよかったんです。何とか持ちこたえてうまくいったんだけど、今だったら多分アウトだと思うんです。柔整師のそこまでの治療は。転医義務違反ということでやったんだけど。いつ、どこの段階で転医させなきゃいけないかということで争点が絞れたから楽だったけど。柔整師にそこまで予見できたわけじゃないというところが議論だったんです。以上、そういう例がありました。

○荒井座長 ありがとうございます。

我々のところに来る患者さんで多いのは、ヘルニアとか脊柱管狭窄症という方が多いと思いますが、今CTとかMRIも大分普及してきましたけど、昔ですとヘルニアとか脊柱管狭窄症と診断される患者さんは余りいなかったですね。逆にCTとかMRIが出るようになって、脊柱管狭窄症の患者さんが非常に増えたような気が私はします。

どうでしょうか。ヘルニアとか脊柱管狭窄症の患者さんに対してのアプローチの仕方はいかがでしょうか。

○小木曾 私はヘルニア、脊柱管狭窄症が手技を行うことによって治るとは思っていないんですが、ただ、脊柱管狭窄症とかヘルニアとか言われて来る患者さんの中には、画像からそう入っている先生、失礼な話、整形外科の先生が多いので、実際にはそれ以外の症状とか筋膜性のものとか、成長関節の痛みとか、いろいろな症状がある場合があるんです。だから、そういうところを治療することによって痛みがとれるという場合もあります。皆さん先生方経験されていると思うので。そういうのを治療して脊柱管狭窄症が治ったとか、ヘルニアが治ったとか、大々的にインターネットとか見ると目をつぶりたくなるような恥ずかしい内容の広告をうたっている先生方がいるんですけれども、私はヘルニアとか狭窄症というのは、本当のそれが原因で出ているものに関しては柔整の治療というのは違うんじゃないかなと考えています。

○荒井座長 確かに患者さんたちは、痛みがあって、そういう検査を受けるわけです。そうす

ると、結果的にそういうものがあるとドクターは直結しやすいです。逆に言うと、痛みがなくてもヘルニアの方、脊柱管狭窄症の方は、逆説的に思うと、世の中にいっぱいいるわけです。

○小木曾 いますね。30%って言ってましたっけ、ヘルニア。

○荒井座長 私が思うのは、今小木曾先生が言いましたけど、やはり腰は複合的な痛みというか、一元的なものでないのが結構多いのではないかと。だから、85%ものEBMに乗ってこないようなことが言われているのだと思います。ここら辺のところはどうでしょうか。

森島先生、どうですか。

○森島 腰に関しては、今先生が言ったことなんかは全部注意しなくてはいけないんですけど、腰痛って精神的なものもすごい多いんです。鬱の人とか腰痛をものすごく訴えますし、首が痛いとも言いますし。結構腰が痛いというのに精神的なもの関わっている場合もあるというのはガイドラインにも入れてほしいです。変わったところは、そういうところがあるなというのは感じます。

○本多 小林先生、その辺どうですか。精神的なものに関しては。

○小木曾 荒井先生、精神的なものというのは、整形外科学会のガイドラインにもたしか入っていますね。

○小林（栄） そうです。認められた。

○小木曾 そうです。3カ月以上の腰痛のものに関しては。

○小林（栄） ストレス系のことはあれなんですけども、整形のガイドラインでもというか、最近の世界のガイドラインでも、腰痛のトリアージというので、特にレッドフラッグというのは緊急性ですぐに病院に送らなきゃいけないということが訴えられているわけだから、ガイドラインをつくるんだったら、まずそこを徹底して書き込まないと、何のためのガイドラインか。そういうことを徹底しないと、自分たちが危険な疾患に会ったときに対応が遅れれば、先ほどの先生の話じゃないけども、裁判にもなるし、一生が終わってしまう事例にもなるわけだから、本当にやってはいけない、すぐに対応して回さないといけないというものを少しでもわかりやすくガイドラインに載せるべきかと思います。

○本多 ストレス性の腰痛というのは、なかなか捉えにくいんです。正直な話。もしガイドライン化していくと非常に捉えにくいので。ストレスのない社会ってないです。それをどう捉えていくかというのが一つ大事なんだけど、先生方は本当にそれを捉えるの。ストレス性の腰痛症というかな。何かいいアイデアありますか。

○河野 ストレス性の腰痛の場合、後頭部のところが非常に痛む人と、前頭部、前頭前野が非

常に緊張して盛り上がっている人が、先ほど言われた鬱とか精神的なものから来て腰が痛いと言訴える場合が多いんです。その場合、前頭葉の興奮を静めてあげると、腰を何も触らなくても腰痛がとれるという場合が多いです。ですから、私はその辺を目安にして、頭を触ってみればわかるかなと。

○郷津 一般的に柔道整復師というのは外傷を扱う職業ですので、精神的な腰痛のガイドラインは書かないほうがよろしいんじゃないかと私は思います。

○酒田 ちょっと話戻って、先ほどのヘルニアのことに僕がいろいろドクターから聞いた話を紹介させていただきますと、腰椎椎間板ヘルニアというのは、おっしゃるように腰が全然痛くない人でもMRIを撮ると、半分近くはヘルニアが見つかってしまうのだと。だから、MRI上ヘルニアが出ていること自体が悪いんじゃないくて、出てしまったヘルニアが神経根を圧迫なりして、また炎症、サイトカインとか出てくるわけですけど、そこで炎症が起きて初めて症状が出ると。症状を抑えるような治療をしていくとよろしいわけなんです。そのうちに神経が圧迫に適応していくという自然治癒力が発揮されると。完全に症状がなくてスポーツに復帰できたんだけど、もう一回MRIを撮れば出っ放しということは幾らでもあるわけです。自然状態じゃなくなることもあるけども。

そういう意味でいうと、椎間板ヘルニアは柔整師がやっちゃいけないと言われておりますが、これは運動器の損傷障害の一つじゃないかな。明らかに筋、腱、骨、関節と軟部組織の損傷障害の一つで、我々の治療で椎間板ヘルニアの痛い状態が、例えば半日でも楽になるというのを繰り返していくうちによくなっていくことは幾らでもあるんですね。椎間板ヘルニアで絶対手術しなきゃいけないと言われてる人は1割以下だと言われてます。9割以上は保存療法で治っていくんですね。それも整形外科での統計です。

整形外科ではどういう治療をしているかというと、椎間板ヘルニアに対しては、まずは消炎鎮痛剤の投与です。炎症を抑えて痛みを減らすということと、神経障害が出てしびれがある人にはメチコバールというビタミンB12のお薬が出るのと、腰部の筋肉が緊張している人には筋弛緩剤というお薬が出る。その3点セットが出るのと、あとやることといえばブロック注射です。ブロック注射は麻酔薬を注射しているだけなので、麻酔薬で椎間板ヘルニアを引っ込ませたりしているわけではないし、椎間板ヘルニアで起こった炎症を抑えているわけでもないんです。何をやっているかというと、硬膜外というところから神経に麻酔薬を浸潤させていくことによって、一旦全く痛みのない状態を2時間作り出す。2時間後には麻酔薬が分解されて体から出ちゃいますから、痛い、周りの筋肉が緊張する、血行が悪くなる、発痛物質が貯留して



また痛くなるという悪循環の、まず痛いと感じるのをとりあえず切ってしまう。そうすると周りの筋緊張が緩和して、血行がよくなって、発痛物質をどんどん洗い流して痛みが減るという良循環に変えていく。

腰部に対して我々が何か手技を行うとすれば、その中に森島先生がおっしゃったような血行改善という目的が一つあるとすれば、それと同じことを整形外科もやっているわけです。ブロック注射の意味というのは、僕たちがやっている手技療法と、意味としては全く同じ。何かを治す治療薬を注入しているわけではないんです。そういう意味でいうと、治療の方向性としては全く同じ。ブロック注射を何本やっても治らない人もいるけども、1本のブロック注射で嘘のように椎間板ヘルニアの痛みがなくなって、その後治っちゃいましたという人がいるわけです。ということは、少なくともある一定時間痛みがない状態をつくり出すことが治療に結びついている、治癒に結びついているということであると思います。なので、どこの治療でもそうですけど、患者さんを治療して「半日でも楽になった」と言えば、それは大変素晴らしいことで、治癒の方向に行っているということであるわけなんです。

あと、椎間板ヘルニアに関して言えば、先ほど言った筋力低下に注意。それだけは手術適用になってしまうというところでしょうか。

○本多 今の酒田先生の話に後から追加したいのですが、その前に郷津先生からストレスによる腰痛を今回ガイドラインから外すべきじゃないかというご意見をいただいたんですけど、それに対して皆さんのご意見があればどうぞ。

○山田 ストレスが原因ということですか。

○本多 原因の腰痛の症状は今度のガイドラインから外したほうがいいんじゃないかというご意見が出ましたので、その賛否というか、皆さんの意見を聞いておきたい。

○山田 ストレスが原因の腰痛の鑑別が私には余りよく理解できていないので、鑑別できないです。椎間板ヘルニアに関しては、結果的に椎間板ヘルニアがある人が腰痛を起しやすいくということもよく理解できますし、当該神経とヘルニアの部位が完全に一致しているかどうかということも、また椎間板ヘルニアでの痛みなのかどうかということも、これもはっきり。基礎医学の部分の問題だとは思いますが、それも大事なことですし、当該神経によるものということであれば、コックスサインなり、あと前肢からやられますので、まず運動神経がやられますから、やはり徒手検査ということにもなりますし、これも今まで全て出ている基礎医学的な問題でのガイドラインで十分いけると思います。ただ、その認識の一致と、私の大学も総論をやっていました、今はもう座学をやっていないですが、やはり学校を出た時点でそこまでのことが

わかっていていないといけないんですが、できていない。再教育が必要なんだろうなと思っております。

あと、ストレスに関しては、ストレスが腰痛に影響を及ぼす、ヘルニアなんか特に影響を及ぼすんですが、それも解剖生理的な理由もちゃんとあります。ですから、その辺でただストレスをどう扱うのかというか、我々がきちっと診ていくと患者さんが安心するだけでもいいのであればと思うんですが、ストレスだけが原因で腰痛というのがよくわからないんですが、どんなものでしょうか。

○菅侯 ストレスだけが原因と言うかどうかわからないんですが、いわゆるぎっくり腰であろう、いわゆる捻挫であろうということで見立てて治療していったけれども、予想どおりの展開にならない。そのために整形で検査をする。でも問題ないから「先生、そのまま様子を見てね」と言われたけど、やっぱりうまくいかないというときに心のクリニックに行っていたと、一気に楽になるという人は結構な割合でいらっしゃいます。

○山田 そういうことであれば、柔整の範囲外と考えてよろしいのでしょうか。

○菅侯 その場合はそう思って、もうそっちにお願いしますということが。だから、あくまでも交通整理じゃないけど、そういう場合もあるという程度のことはガイドラインに書いてもいいのかもしれない。

○荒井座長 この間、NHKの「クローズアップ現代」で放送していたんです。半年ぐらい前でしたか、夏前だったかな。私たまたまそのときテレビを見まして、最初に感じたのは、整形外科でEBMを求めるためにこういうところをピックアップしたのかなと、そういうストレス性のあるものがあるということで。ただ、どういうふうに鑑別診断したのか忘れてしまいましたけど、これはとにかく録画しなきゃいけないと。いつもその日の夜に再放送をやるんですけど、再放送をやらなかったんです。多分これはどこかからのパワーがかかったと思う。

私は結果的に、山田先生がストレスとしてというのは、どうやって鑑別診断するのかなと思うんですけど、現象論としてそれをやったのか忘れてしまいましたけど、私はストレスだけで腰が痛くなるというのもちょっと変だなと思いました。

○本多 その辺、先生方はどうですか。ストレスと腰痛、何かありますか。

○小林(栄) それはあるんでしょうけども、結局、整形外科学会のほうとしてはストレスを一番前に持ってこれないので、あくまでも原因不明というので言葉を濁しているわけですから、こちらもまた濁しておいたほうがいいんじゃないんですか。ただ、長期化する理由にはあると思います。

○山田 それは私も同感です。

○酒田 例えばペインクリニックの教科書とかには、いわゆる心身症ということにして、カテゴリーでいろいろな疾患について書いてあるんです。その心身症に対して星状神経節ブロックをすると視床下部の血流促進をして、自律神経の働きを整えてありとあらゆる、テニス肘まで治っちゃう、腰痛まで治っちゃうという治療、星状神経節ブロックでSGB療法というのをペインクリニックの先生は絶対やるわけです。

確かに腰痛にもストレスというのが関係して、さらに回復を悪化させているということは、ケースとしては幾らでもあるのではないかと思います。ただ、ストレスだけが原因かという、もしストレスだけが原因で腰椎になっている人がいたら僕たちの範囲外ですけども、それ以外が原因でなっている人に治療していく上で、ストレスが症状を悪化、遷延させるおそれがあるので、それにも注意をする必要があるというような表記でよろしいんじゃないでしょうか。

○本多 今ストレスと腰痛は大体把握できました。ありがとうございました。

もう一つ、酒田先生が脊椎間狭窄症の、ヘルニアとは若干範疇が違うんだけど、私はその裁判をやっている真っ最中なんです。整形外科医が手術をしたところ、神経か何か知らないけど、そこを痛めたのかどうか、まだ原因がはっきりわからないんですけど、歩けなくなってしまった。最初は町医のクリニックに行っていたが、うまくないということで大きい病院に、大学の先生がその権威だということで出かけていったら、その先生が治療しないで、違う先生が治療しておかしくなったというストーリーなんです。

そのときに私がちょっと感じたのは、保存療法ってどんな療法があるのという話を裁判中にやっているわけですが、酒田先生がおっしゃった話は非常に参考になったんだけど、その保存療法の中に柔道整復師治療あるいは鍼灸治療、そういうものは一体どこまでできるのか、できないのか。手術適用性があるか、ないかという裁判の真っ最中。この人は、その前にも狭窄症を一回起こして神経を手術して、陳旧性の骨折もあって、疲労骨折もあって、開いてみた結果、とても手術に適用しなかったんじゃないか。スクリューを入れて固定しちゃったために、近隣の関節まで痛めてしまったということが起きたんじゃないかというのが、我々のお仲間の医師団連中の判断なんだけど、向こうは真っ向から反対していますけど。

そういう意味で、手術に適しているかどうかのとき、高齢者だし、ほかに1回手術歴があって、疲労骨折もあり、陳旧性のものもあって、保存療法のほうがいいんじゃないですかというときに、薬物保存療法もあれば徒手整復の保存療法もある、あるいはその併用もあるわけだから、柔道整復師としてはここはきちっとやっておいたほうがいいのかというの、医療事故

を持っていて感じているところなんです。

柔道整復師がオンリーじゃないけど、徒手整復の中で痛みを解消して、その結果、根治ができたかどうか別として、社会復帰がある程度可能ならば、これはある程度考えてもいいんじゃないかというのが、医療裁判を見て、つくづくそう思ったんです。その結果のリスクが大き過ぎるんですよと思っています。

その辺もガイドラインでは、勉強していますので、書いてみたいなと思っております。

○荒井座長 16時ということだったので、もう過ぎてしまいましたけど、最後にどなたかご意見ございますか。

今度は第4回目の会議ですけど、その議題と次の日にちと事務局から説明していただけますか。残念ながら、今回は膝のことは話しできませんでしたが、次回一応膝のことにしても議題として取り上げる予定でございます。事務局のほうで最後、次の予定と議題を言っていただけますか。

○澤田 次回ですが、4月27日の13時から16時まで、当会、この同じ会場で行われます。一応次回もそういう予定になっておりますので、是非ご参加をよろしく願いいたします。

○本多 私のほうから話します。

今回出席していただいてありがとうございました。4回目の会議は、主に術後あるいは術後間、術後の生活指導とか、インフォームド・コンセントについてのガイドラインを中心にやってみたいと。要するに生活指導です。どういう生活指導を患者さんに、術後、次の術前までの間にどんなことを生活の中で注意したらいいかということ議論したり、あるいは転院を特に中心にしたインフォームド・コンセント、こういうことだから他の病院にも行ったらどうですかとか、そういうことを主にやっていきたいと思います。今日やれなかった部分も少し追加していきたいと思います。

次回は、それが終わった段階で、形としてガイドラインをつくる方向はこうですよという話を時間があったらお話をさせてもらいたい。要するに今まで4回やったまとめみたいな形で方向性を出してみたいと思います。6月のエンドにはある程度のものをつくっていききたいと思っていますので、そういう方向性をお話しして、皆さんのご意見を聞いてみたいと思っていますので、よろしく願いします。

○荒井座長 もう時間も押していますので、今日はこれでお開きにしたいと思います。雨がやんでいれば、帰りに花見もできるかもしれません。どうもありがとうございました。

午後4時11分 閉会