

柔道整復施術ガイドライン作成にあたって

(第4回 全体会議)

平成26年4月27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JB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日に他団体の先生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。そして、去る平成26年1月19日に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、慢性の定義をテーマに第1回全体会議が開催されました。そして、平成26年2月16日に鑑別法や経過観察、施術録についてのガイドラインについて議題とした第2回全体会議を開催いたしました。さらに、平成26年3月30日に施術に関するガイドライン及び、それを頸部、肩部、腰部の各部位に分けての考察を議題に第3回全体会議を開催いたしました。

以上のような経緯を経て、本日の全体会議の開催となっております。この全体会議の結果を踏まえまして、6月末をめどにガイドラインを作成していくつもりです。

では、「柔道整復施術ガイドライン作成にあたって（全体会議）」に先立ちまして、会議に関する注意事項についてご案内いたします。

本日は速記士を入れて、議事録を作成する予定にしております。後日、社団JB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しております。そのためにも当会議における発言に際しましては、発言前に所属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分程度をお願いいたします。なるべく多くの方々の発言を賜る趣旨からご協力をお願いします。お時間が3分を超過した場合はチャイムを鳴らせていただく場合もございますので、ご了承くださいればと思います。

また、神奈川広報支援機構、平野和夫様が本日もご参加されておりますが、平野様を通じて当会議の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。

本日の会議は、業界団体82団体及び日整さん47都道府県にご案内を送付させていただきまして、本日の参加者の方々となっております。なお、本日初めてご参加の方々には、第1回1月19日分と第2回2月16日分及び前回3月30日分の資料も別封筒で配付しております。

本日初めてのご参加の方のみで申しわけないですけど、ご紹介させていただきます。なお、他団体の方々は何々様、JBの関係者の方は呼び捨てとさせていただきます。よろしくお願いいたします。

熊本県柔道整復師会会長、松村圭一郎様。

構造医学研究財団主幹、吉田勸持様。

さくら接骨師会、鈴木一義様。

六町中央整骨院院長、金子幸平様。

社団 J B 日本接骨師会会員、市原正雄。

以上が円卓の新規のご参加の方々です。よろしくお願いいたします。

会議開催前に、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、共催団体のご紹介でございます。

では、「柔道整復施術ガイドライン作成にあたって（全体会議）」となりますが、ここからは当会議の座長でございます社団 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。

大分いい季節になりました。世間では大型連休に入ったということで、最初の日曜日、お忙しい中ご参加いただきまして、また遠方よりご参加ありがとうございます。

この会議も1月から毎月1回開催いたしまして、今回で4回目と、最後になりました。継続して参加していただいている方もいらっしゃいますが、初めて参加いただいている方もいらっしゃいますので、最初に趣旨説明をさせていただきます。

多くの柔整師が行なっている施術対象は、養成校で教育を受けたいわゆる昭和11年ルールの新鮮な急性外傷から、急性を経過した外傷や慢性的な痛みを伴った外傷へと現状は変化しております。しかし、その施術方法に関し統一した基準はありません。そこで柔道整復術適用範囲の最低限統一した施術のガイドラインをつくるのが我々の業務を担保するために必要であると考えました。そのことにより柔整師の底上げを図り、良質で均質な柔道整復術を提供することが社会の期待するところでもあり、また業界の責任と考えます。そのため、皆様のご意見を幅広く伺い、柔整師の統一見解としたガイドラインを作成するため、この会議を開催したわけでありませう。

1 回目の会議では、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。2 回目の会議では、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いたしました。3 回目は、施術の方法に関して部位ごとの頸部、肩部、腰部について行いました。今回

は、前回で残りました膝についての施術の方法について、その次にインフォームド・コンセント及び、施術と施術の間の患者指導と施術後、転機したときのその後の生活指導のあり方について議論をしたいと思います。それと、追加資料で「柔整師の治療ガイドライン委員会資料」という酒田先生の本を書いた文章がお手元にあると思いますが、その5番から10番あたりまでも議論の対象としたいと思います。

順番は前後するかもしれませんが、最初に膝の施術の方法に関して、その部分から議論をして本日の議題へと入っていきたいと思います。

○山田 JB接骨師会理事の山田です。膝の関節の痛みを伴う損傷と障害、それに疾病というのは少しお話しさせていただきます。そういう部位から診る痛みというのが、一般的なものですが、膝の全面から見て大体9カ所程度、痛む場所というのが大体決まっております。その中で半月板損傷であるとか内側側副靭帯、側副靭帯損傷関係、十字靭帯というものを割愛して、膝蓋軟骨軟化症であるとか、そういった器質的な、変性じゃなく障害によるものというのは大体10数目あると思います。それ以外で膝の中では10数目程度だと思います。

各関節の部位によって起こり得るものが決まっていますので、全く原因が不明というようなものは本当は関節機能障害のようなもので、それ以外は大体鑑別をしていけるものだと思いますので、その辺をきちっとガイドラインに挙げていくと。

それ以外で、総論的に各関節の起こり得る病変というものも35疾患以下ですので、そのうちの20疾患程度は日本でも見受けられやすいものですから、それをきちっと挙げるということも鑑別の上で必要なものじゃないかなと思います。

○荒井座長 どなたか他にご意見ございますでしょうか。我々が施術する中でも膝は比較的多いほうですよ。お年寄りの女性なんか特に多いと思いますが、どのように皆さん捉えて施術をなさっているか。一般論で結構ですが、いかがでしょうか。

○吉田 今おっしゃった鑑別の必要性というか、いわゆる分類的なやつですね。そのとおりとでも大切なことだと思うんです。実際膝関節に関わる傷害というのは、今おっしゃったようにほとんど限られた範囲のもので、そのとおりでなんですけど、それを一つ一つ柔整業務の業務取り扱い傷害として挙げなければならないというのがガイドラインの趣旨でしょうか。ということは、膝だけではなくて、肩にしろ全身の問題にしろ、実はそうやって分類していくと多分400を超えるぐらいの傷害が出てくるんですけど、その鑑別行為というのが業務に照らして一つずつ必要なものであるのかどうかということはどうなんでしょうか。

○山田 普段から診察をして治療を進めていく上で、まずやっているところで該当してくるも

のがほとんどだと思います。ただ、各関節でというよりも、我々が非適用としてわかっておかないといけないのが、やはり病的な疾患によるものです。それにおいては、全身の関節の中で起こり得る疾患というのは35疾患以下なので、それぐらいは指摘していただきたいなと思います。でないと、それも鑑別できないで柔整師は、まずは基本的なところで急性じゃない非外傷というか、急性期を過ぎた施術を認めてもらえないんじゃないかと。

やはり一番避けたいのは、非適用を抱えてしまうというところ。私が一番思うのは、やはり病的疾患をきちっとわかっていくようにするということが、尽きるのはそこです。それ以外はかなり適用するものなので、日常見受けられるものですから、そういう意味です。

○菅俣 JBの菅俣です。最初のこのガイドラインの話のときに出た主題なんですけども、ガイドラインとしては大きな、そういう細かいことまで書くか、もしくは表現を、ちょっと違いかもしれない消極的にここから超えたら危ないからという線を引くためのガイドラインなのかというところで、どちらかという、消極的という言い方もおかしいですが、ここまではできるけど、ここから先は検査しましょうよ、自分で抱えないようにしましょうよというラインをつくらうというのがスタートだったと思います。

○荒井座長 対象として、今ちょっと言葉は少なかったんですけど、開業5年ぐらいを目途につくらうということで、最低限やるべきこととやってはいけないこと、あとは適用です。柔整適用か、そういう判断の最低限のガイドラインをつくらうという趣旨であります。

○吉田 私も論拠としての問題はよくわかるんです。別に反対しているわけではないです。というのは、医科においても鑑別行為は詳細ではないんです。ほとんど詳細ではないです。要するに、機能的か、あるいは疼痛性障害があるかということ的前提に医科のほうでも診ているわけです。柔整のほうは非外傷性の問題のときに、指摘行為があったとき、例えばそれが保険等々である場合、指摘行為があったときにどう答えるかというためにガイドラインがあるのか、それともそれは当然のごとく、実は歴史的に言えば、当然のごとく障害として診てきたものであるからということ的前提とするのかということでは随分違うんです。

今から先も疾病の数は増えていきます。皆さんもご承知のとおり、明治時代には全部の疾患は2,000ぐらいだったんですけど、今は60万を超えているわけです。今から疾患が増えていきますので、もちろん鑑別等々については、柔道整復師あるいは医師であってもそういうことを理解しておかなければならないんですけど、この大きなガイドラインというものにそれが沿うものなのかどうかというところをもう一度ここで確認しておきたいなと。

それは行政から指摘されたときに、一つのガイドラインがある中で自分たちはそれを診てい

るんですという、要するに反論のためのものなのか、それともそれは柔道整復師の行為として当然のものであるのかという、その線引きをどちらにシフトするかということです。

一回細かくつくり始めると、さらに細かい問題を指摘されてくる可能性がないとは言えないわけです。いろいろな社会事情の中で起こってきているものというのは、細かくつければ、相手も細かく来るわけであって、そのときにそれが柔道整復師であれば当たり前の範囲であって、ここの今回の項目ではわかりやすく、どなたもできるだけそれが理解できるような範疇でという範疇から逸脱していく可能性がある要素を先につくるのか、つくらないのかというところでお聞きしたんです。

○荒井座長 ありがとうございます。ガイドラインをつくって、例えばそのガイドラインに沿って行った施術に関して裁判沙汰とかになっても、私のところはそこまでは責任を負うつもりはないですけど、一般論としての最低限の。先ほど言いましたけど、5年ぐらいの方というのは非常に過誤が多いんです。だから、過誤を防ぐという意味も込めてガイドラインをつくらうということを考えております。その他、膝に関していかがでしょうか。

山田先生、膝の固定に関してもしお話しいただけたら。テーピングであるとか包帯であるとか、どんなときに固定をするとか。

○山田 固定に関しましては、外傷においても外傷じゃないものにおいても、まず指標になるのが膝蓋周径や膝蓋上 5cm、いわゆる関節包の腫脹である周径というのが、どの程度から固定が必要か。私の場合は周径を、膝蓋周径と膝蓋上 5cm、関節包の周径、それともう一つ一応大腿周径も含めて測っているんですが、健側に対して患側がプラス 10mm 以上であれば、まず普通に包帯固定等が必要ではないか。15mm 以上になると副子が必要ではないかというように取り扱っています。膝蓋骨上 5cm の関節包の周径に関しましては関節水腫、もしくは血腫ということになるので、その周径に関しても 10mm 以上からは圧迫包帯が必要ではないか。20mm を超えると、ほぼ夜間痛も出てきて、疼いて眠れません。膝の機能障害、屈曲や伸展や階段の昇降というものばかりでなくて、もう疼いてきます。その場合は関節腔刺で水を抜いて下圧することも必要になりますので、大体 20mm までが保存的といいますか、そういう適用ではないかなと。

膝蓋骨周径も 20mm を一気に超えるもの、25mm、30mm となりますと、これはもう血腫を疑ったほうがいいと思いますので、その辺は一つ指標になるのではないかと思います。症状のみならず、外から測れるものですら、腫脹に対する周径が一番身近でわかりやすい材料ではないかと考えられます。

○荒井座長 その場合は炎症があるということですよ。

○山田 当然ながら炎症があるから腫脹があるわけで、炎症のない機能障害には腫脹はございません。肥厚はございますが、そういった腫脹はございませんので、固定が必要というのは、そういう場合がほとんどだと思います。あと、それ以外で固定とかサポートという場合は、もう少し特殊なものだと思われそうですが、日常遭遇するところでお話しさせていただいています。

○荒井座長 周径というのは、健側と比較してということでしょうか。

○山田 そうです。

○荒井座長 今、炎症ということでお話がありましたけど、よくお年寄りの軟骨が減っていたりとか、一般的に言えば老化による変性に伴う痛みというのがあると思いますが、炎症を伴わない痛みのような場合もやはり固定はなさいますか。

○山田 関節水腫は炎症を伴っているものがほとんどというか、炎症を伴っていない関節水腫は、私はちょっと存じませんが、同じです。

○荒井座長 その目的は痛みをとめるということでしょうか。

○山田 腫脹の軽減。

○荒井座長 圧迫とか。

○山田 圧迫による。それと運動の制限と安静ということですか。

○荒井座長 そういうとき患者さんはよく聞いてくると思います。「歩いていいですか」ということとか、「冷やしたほうがいいですか」とか「温めたほうがいいですか」とよく聞かれますよね。そこら辺はどちらかで判断なさるのでしょうか。

○山田 膝蓋直上の周径といいますのは、側副靭帯と組織の炎症による腫脹ですので、急激にそれが起こっている場合が多いです。水腫の場合は急には起こりません、徐々にです。1週間、10日もしくは1カ月とかかりながら起こってくるものもあります。ですから、膝蓋上5cmの周径、いわゆる関節の水腫の場合は、やはり温めたりしていくほうが多いかと思えます。ただ、急激に腫脹が起こった場合は、やはり熱を持ってまいりますので、その場合は冷やすと。

運動に関しましては、健側と比較して5mmまでなら普通の日常生活は差し支えないと思いますが、10mmでは、やや日常生活以上の運動は差し控えていただく。15mm、20mmとなると、できるだけ安静を保ってもらう。これに関しては膝蓋骨上の5cm、いわゆる関節水腫、関節包の腫脹であれ、膝蓋骨周径での腫脹であれ、さほど判断は変わらないかと思えます。

○荒井座長 腫脹を伴わないときは、運動はどうかになりますか。

○山田 腫脹を伴わないときというのは、今私がお話ししていることには該当しません。その場合は、なぜ起こっているか診ていかないといけないんですが、関節の機能障害によるものだ

と思われます。そのときの痛みの特徴は鋭い痛みであり、関節の一方向、限定された方向に対してのみ痛みが生じるようなものです。炎症や傷がありますと、伸展のみならず屈曲も痛いということがありますが、屈曲のみであるとか伸展のみであるとか、そういう場合は痛みを伴わない関節機能障害による痛み、またその痛みは鋭いのが特徴で、鈍痛ではありません。ですから、そういう形でいろいろ判断をしていくことになります。その場合は固定はいたしません。

○荒井座長 どうでしょうか。その他ご意見ございますか。

鑑別の方法とか施術の方法、一般論で結構です。余り細かく入ると次に話す方がなかなか難しくなってしまうので、一般的な方法としてどなたかお話しただけると助かります。

菅侯先生どうですか。菅侯先生はどちらかという外傷が多いかもしれないんですけど。

○菅侯 すみません。何を答えていいかが、今思い当たりません。

○本多 腫脹を伴わないものと伴うものというのは、負傷の原因によって違うんですか。そこら辺がよくわからないんですけど。

○山田 腫脹を伴うものと伴わないものというのは、やはり原因が違うものも多くて。膝蓋骨上の周径で腫脹しているものと、いわゆる関節包、関節水腫等による腫脹に関しては、原因が様々ですから、結構そこところはよく判断が必要なところではないかと思います。

○本多 山田先生は、腫脹を伴わないものはないんだとおっしゃっていましたね。

○山田 炎症はないと。

○本多 炎症がないと。そこら辺の機序がわかりにくいので、他の先生のご意見はどうなの。市原さん、どうですか。今の山田先生のお話は、それで間違いないと理解していいですか。

○市原 私の場合には、膝に痛みがある場合、上下2関節を確認した上で、どれぐらい膝にウェートがかかってそういう症状が出ているかというふうに判断します。外傷性として、ぶつかった、ぶつけられたという外側からのストレスが原因であれば腫れが確かに出ているでしょうけど、そこだけなのか、その他諸々、関節が一緒に損傷しているがために膝にそういう症状が出ているのか、その辺のところをまずチェックしてやっています。痛みがあるない、腫脹があるない、それと腰のほうですとか首のほうですとか、全身症状の中から膝のほうにどれぐらい負担がかかっているかということ診た上でないと、膝に手をつけるということはしません。

○本多 議論がまとまるように個別にやってください。一遍にやると、なかなか議論しにくくなるから。

○荒井座長 対象をお年寄りの女性として考えてみて、腫脹がないと。いわゆる軟骨が減って、「O脚」の女性で、そういう対象を頭に思い浮かべていただいて、そのような患者さんが来た



場合、どういうふうに鑑別診断してどういう施術をするか。具体的な例としてそういう患者さんが来た場合いかがでしょうか。

○山田 炎症を伴わない腫脹はないというのが。

○荒井座長 腫脹がないということです。

○山田 はい。ですから、変形性関節症であれ痛みが起こっている場合は、腫脹がなく痛みが起こっているものというのは、再現性のある運動による痛みの確認ができる場合で、かつ腫脹がないものは、関節は炎症がなくても痛みます。それは関節機能障害で、炎症はございません。だけど、変形性膝関節症があつて、「先生、また痛くなってきた」と来られる方というのは、大概そこに圧痛がはっきりあるし、それは明らかに腫脹なんです。それが改善するとその圧痛はなくなります。ですから、炎症というもので腫脹がないものが私には理解できないんですが。そこでないものは関節機能障害である場合がほとんどなので、関節機能障害も単なる関節機能障害という意味です。前置詞がないやつのはうです、リウマチ性だとか何々性じゃない。

その辺どうでしょうか。炎症の現行的な内容が異なっているのでしょうか、どうなのでしょうか。ちょっと私はこれ以上わからないです。

○荒井座長 一番多いのは、やっぱり女性の変形性で、関節の内側の半月板とか軟骨が減ってきて痛みを伴う患者さんが多分多いと思います。そういう患者さんは、皆さんどのように鑑別して施術なさいますか、もしくは生活指導であるとか。多分軟骨が減ってある程度痛みが伴っていても、私の経験からするとある程度施術すると、また一段階落ちついてきます。またしばらくすると、あるとき痛みが出てくる。だんだん人間ってそうやって年老いてくるのだと思いますが、その変化のあるときに患者さんは見えますよね。どのように皆さん治療なさいますか。吉田先生、どうですか。

○吉田 やっぱりどうしても議論を聞いていまして、ここの柔整のガイドラインをつくるときに、いわゆる現代医学の土俵の中にある形でガイドラインをつくるということが問題なんですか。今どうしても私はそう聞こえているわけです。柔道整復のあり方と現代医学のあり方は、途中で袂を分かってしまっているわけです。今のお話は、例えば変形性膝関節症と呼ぶのは、現代の医療そのものが証拠主義を物証主義に捉えているわけです。変形したという物的証拠に基づく障害性の認定になっているわけです。ところが、柔道整復の場合には、歴史的に物証主義をとってきていないんです。また許されていないわけです。

だから、状況証拠という形で考えてください。こういう障害があつたのを診ていた、あるいは捻挫という機転があつたものを診ていたという状況証拠性に由来するものであって、現代の

医療はもちろん状況証拠性から始まったんですけど、この200年の間に物的証拠性に入っていたわけです。だから、物的証拠ということになってしまいますと、変形しているという物的証拠と障害を結びつけなければならないようになるわけですね。しかし、状況証拠であれば、例えば疼痛性障害から始まっていずれ変形していく。だから、障害性変形と言うのが正しい言い方になるんです。だから、今の障害性変形という形が座長の荒井先生が言われたように、転機転機ごとに変化していき、また小康期というのを迎えてくるわけです。その過程の中で障害期というのが来るわけです。

先ほどから鑑別、鑑別という話が出てくるんですけど、鑑別というのは何と何の鑑別をしているのかということが、議論の中で皆さんが答えられなくなっている理由だと思います。もし物的証拠性ということであれば、柔道整復師の業務行為そのものが物的証拠性ということを行行政から許諾を得なければできない話になるんです。だから、該当しているものは、多分高齢化社会を迎えることによって変形性になっておられる患者さんがたくさんおられて、実態業務としてそういう方たちを診ている。それが我々の範疇の中、要するに柔道整復師が行う施術行為の中でどれほどまでに許容できるかという議論が、いわゆるこのガイドラインの重要テーマであるはずなのに、現代の医療の枠の中、向こうの土俵に乗って、その中の幾つかの疾患あるいはその鑑別行為、それは従来疾患との鑑別行為なんですけど、それを分けることによって自分たちがこの範囲までは許してもらおうかという話は、少し議論の方向性が違うのではないのかなという気がしているわけです。

そここのところをよく踏まえないと、今、日本では各種の医学界がガイドラインをつくっているんですけど、その細かなガイドラインに載ってしまうと、多分柔道整復の術行為は行使できなくなるというのが私の見解です。

例えば固定法にしても、各種固定法を統一的に、例えば先ほどの膝周囲という問題もありましたけれど、その腫脹の度合いによって固定性が必要であるかどうかというのは、状況にあわせて固定性の必要不必要を判断するのであって、それを最初から決めてしまうと、柔道整復行為というのは一体何であるのかというのが見えなくなっていくという気がしてならないものですから、少し議論が違うのではないかなという印象を受けました。

○荒井座長 ありがとうございます。これは実は第1回目のガイドラインでも出たんです、整形外科が使う言葉と柔整師が使う言葉の意味合いが違ってくると。やはり私もそれでいいと思っているんですよね。先生がおっしゃったとおり状況証拠というのは、私たちは5負傷しか傷病名がないので、私たちはそのどこに落とし込んでいくという作業が身につけているもので、

どうしてもその範疇に入れるということがどうも頭が抜け切れない。

○吉田 それは、今回のガイドライン作成ではなくて、その前に会議があったとき私は一度参加したんですけど、本多先生から原因という話についていろいろなことがあったときに、原因の認識のみんなの違いなんです。本来、原因の特定というのは、例えば法曹界における諸種の傷害事件やいろいろな問題における原因の特定というのは極めて難しい問題なんです。

一義的原因というのは、昭和11年で我々に公的な保険という付与が行われたときに、一体誰が支給対象者となるのか。例えば労災とかあるいは過失行為が行われた第三者行為等々であれば、はっきりと誰が責任をとるのかということが明確になってくるんですけど、一般の健康保険で許されている範囲の障害または疾病という問題に対しては、障害することによって日常生活を営むのに甚だ問題を持つということで、自主管理的な意味合いで自分たちで病院にかかる形なんです。労災等々の場合は、就労に対して問題が起こったときに、それが継続できないということに対して雇用者並びに国家がその賠償の責任を負うということで、第三者行為の場合は、当然加害行為者がその損害を負担するという形なんです。

だから、誰が負担すべきかということを一義的に決定するための原因究明作業であって、然らばそれはどういうときにどういうふうにして起こったのかというのが二義的作業なんです。それを柔道整復師が勝手に原因というのは滑って転んで打ってとかいうばかげた話に持って行ってしまったというところが、本質的に原因という問題を理解していない。だからこういう問題になったんだと思います。

もう一つ言わせていただきますと、日本で整形外科ができたのは東京帝国大学の田代教授によって開かれたんですけど、田代教授がドイツで勉強してこられたのはくる病なんです。しかし、その当時の東京帝国大学の残っているカルテを全部閲覧しに行ったんです。東京帝国大学で整形外科が開設されたときにどういう傷害が診られていたかといったら、くる病、脊髄ろう、開放性骨折のひどいやつ、あとは捻挫とか打撲とか、そういう名称なんです。大正9年に柔道整復師が法制化されるときの打撲とか捻挫という名称は、そのときのやつをそのまま引きずっているわけです。そのときの捻挫とかは、今でいえば半月板損傷もあれば、靭帯損傷もあれば、そういうことを全部包括しているわけです。捻挫したとか打撲したという行為が状況的にあるということがあれば柔道整復という、要するにその当時の接骨術が行使していったわけですから、それがそのまま残っているわけです。

片や現代の医療は、検査機器が非常に発達したために、捻挫というのが行われた障害の中にどういうことが存在しているかということ、物的証拠として外側側副靭帯が切れているとか、半

月板が損傷しているとかということが診えるようになっただけの話なんです。だから、包括行為が全く違うものがベースになっているわけですから、それを今となって、例えば「変形性の障害はおまえたちは診てはならないぞ」と言われているからということで、今度は現代医学の土俵に自分たちが乗ってしまえば、手法として物証を明かすだけの検査機器等の使用を許されていない限りにおいては、それを明確に示すことはできないわけです。どんなに鑑別といえども、こういうことがあった、ああいうことがあったということしか言えないわけです。それと捻挫したとかしないとかいうことは五十歩百歩の話であって、本質的な問題は何か一つ解決していないわけです。

だから、柔整のガイドラインは、逆に言うと、そういう捻挫行為の中に存在しているものの中で柔道整復が一般的なものとして扱える範囲の損傷はどういうものがあるのか。それに起因したもの、どの程度の広範囲に広がるのかという議論であるならば、私は今回のガイドラインの作成には大きな意味があると思いますが、そうではなくて、最初に疾患限定のほうからいってしまうと、多分大半の人たちは、それを明かすだけの、それだけの証拠立証の手段を持っていないということに全部帰結してしまうのではないかなという危惧があります。

○荒井座長 ありがとうございます。先生がおっしゃるとおりで、私たちは鑑別診断といっても検査器具はありません。結果的にもし分類するのであればそういうようなことだということとで分けるわけで、先ほども申しましたけど5年ぐらいの柔整師ならまずわからないです。

○吉田 そうですね。

○荒井座長 今そういうお話がありましたけど、山田先生ありますか。少し話の仕方を変えていきますか。

○山田 そうさせていただきます。というのは、ガイドラインの趣旨の一つに5年以内のというところで、できるだけ教えていただきたいというような意見もお聞きしていたものですから、できるだけ載せたほうがいいのか。名前だけでも知っておいて欲しいというのが本意なところなんです。

○荒井座長 ありがとうございます。平易な言葉でいいので、一般的にどのような方法で患者さんを診ているか。先ほどの女性のお年寄りでというようなお話で、腫脹がなくて痛みがある機能障害の患者さんにどのような施術をなさっているか。綴先生、どうですか。

○綴 私はまず大腿四頭筋、腿のかたさということを非常に気にします。最近、若い子でも、和式のトイレがなくなってきたせいもあってなんでしょうけども、しゃがむとか正座をするということができないんです。「しゃがんでごらん」と言うと後ろに倒れちゃうんです。股関節の

かたさや足関節のかたさもあるかと思いますが、まず痛みを訴えてきたお年を召した方に対してでも同じです。「正座ができますか」「しゃがめますか」ということから、最終的にはそこまで持っていけるようにしています。私は、ひどい変形があっても痛みがなければ、それでよいんじゃないかということで、膝を直接触るよりもとにかく腿、大腿四頭筋をかなり中心に治療しています。

○荒井座長 基本的には運動療法だとか、そういう生活指導をなさる。

○綴 はい、します。

○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。

○本多 どういう治療をしているんですか。それをちょっと具体的に教えてください。治療していますではわからないよ。治療の内容を言ってくれないとわからない。

○荒井座長 例えば電気を当てるとかマッサージするとか。

○綴 私のほうでは膝の疾患の場合には、その部分をピンポイントに痛めたというのでない場合は、腿を、とにかく大腿四頭筋を伸ばす治療です。運動療法というのは余り積極的にぐいぐいはやらないんですが、手技療法でできるだけ柔軟性を持たせるようにやわらかくしていくというやり方。それは電療であったり、鍼を使ったりすることもあります。そういったやり方で腿というか大腿四頭筋にとにかく柔軟性を持たせる治療に終始しています。

○本多 それはどのくらいの時間とか回数でやるんですか。

○綴 時間的なものは、それぞれの患者さんで他の部位が悪い場合もあるので、膝関節のみが悪いということで来た場合の治療と、そのほかもある場合とは違いますけども、少なくとも5分から10分は、そこに特化して治療しているつもりです。

○本多 治療の頻度は。

○綴 患者さんのご都合もあるので、私のほうでは特に絶対いついつ来なさい、毎日来なさいということを行ったことは余りありません。週に1回でも2回でも、来れるときに来なさいというふうに伝えてあります。

○荒井座長 いかがでしょう。小林院長。

○小林（勉） 私の場合は、まず痛みをとるため、病的なところをまず排除して、病的でないとなれば電気で痛みをとります。その他に、今言ったように超音波等を使ってストレッチ等で腿や膝裏、側面を伸ばしていきます。そこで軸を整えてあげて、何日か通っていただいて痛みが何割か減ってきて正しい歩行ができるようになってきたら、どんどん積極的に筋トレをさせておきます。筋トレをさせていくと治療効果が上がっていくと私は思っていますので、本当は

家でやって欲しいと指導するんですが、なかなか家でやっていただけないので、ちょっと時間がかかってしまうんですが、手をかけて中で筋トレを3分、5分内でもやっております。

○荒井座長 ありがとうございます。先ほど市原先生から膝だけを診ずにとのお話がありましたけど、膝の悪い方は足関節なんかからも診ますか。

○市原 私の場合には主として首の部分、骨盤の部分、足関節、拇指、その辺の全身的な形でどのような歩き方に癖があるか。要するに痛みが出てどれぐらいの疼痛期間が出てきているとか、その辺を詳しく聞いて確認しながらやっています。

○荒井座長 その他の先生いかがでしょうか。

○平野 JBの平野と申します。私は、初めに痛みがあつてちょっと変形性があるときや膠腫があつて完全に膝が曲がらないときは、実際は膝蓋骨を診ます。膝蓋骨を診て、非常にかたくなっているのが多いです。それをやわらかくすることによって、それが曲がったり正常になり、可能性があるんです。それで膝関節の膝蓋骨を初めに診ます。そうすると意外とかたくなっているんです。それをやわらかくすることによって最高にいい方法が出ると思います。

○本多 その施術はどのぐらいの時間やるんですか。

○平野 それは1分でもいいんです。1分10回ぐらいあれば、それから徐々にならしていけば、うまく動くようになります。

○本多 あとは患者さん自身が動かすと。

○平野 そうです。お風呂から上がってからとか、お風呂の中とか、いろいろな状況に応じてやることによって、また変わってまいります。

○本多 そうすると、治療期間というのは大体どのぐらいの期間が見込まれるんですか。

○平野 その状況に応じて一々言われませんが、やっぱり3週間から3カ月、そんな感じですよ。

○本多 平均的に。

○平野 はい。

○本多 通院頻度は。

○平野 頻度は、その患者さんが一生懸命来てもらえれば、それなりに効果が上がります。けれども、1週間に1回じゃうまく。ご自分でやっていることであれば、それなりに効果が出てきます。

○荒井座長 ありがとうございます。その他どなたかいらっしゃいますでしょうか

○今城 “患者と柔整師の会”の今城です。ちょっと聞きたいんですけど、けがによってひね

った痛みと、年をとって機能障害による痛みによって施術が違うと思います。そこら辺の区分というのは明確に。全然違うと思うんですけど、どうなのでしょう。

○荒井座長 患者代表の今城さんからそういうご意見が出ましたが、どうでしょうか。

○本多 いわゆる外力によって起きるものと、変形とか加齢とかで起きてくるものでは違うんじゃないか。何が違うかという、治療方法が違うのか、治療期間が違うのか。そこら辺はどうなのかということだと思いますが、どうなんですか。

○菅俣 今の質問にちゃんと的確に答えられるかわからないんですが、例えば変形して機能が正常な状態よりも70%になってしまっているとすれば、30%分受けるストレスに対して弱いと考えてもらえるとわかりやすいと思っています。

例えば中学生や高校生がジャンプして着地したときにこらえられるストレスでも、それだけ弱くなっている分、支えられなくなってしまうということがある。そうすると、治していくときに対しても、最初から30%落ちている部分がなかなか補い切れずに時間がかかるということもあると思います。

私の場合のさっきの治療の仕方の件ですけども、例えば痛みがあるけれども腫れは出てないというのを今のところに照らし合わせて考えていくと、中で腫れが伴うようなひどい炎症はないけれども、日常生活の外力に対して許容範囲を超えることが多くなってきているというふうに私は理解しています。ですので、その部分にストレスがかからないような作戦を講じることを、まず痛みの除去としては考えます。そのためにはテーピングを使ったり固定をする場合もありますし、最初から筋力低下が見られるのであれば筋トレをする場合もあります。ですので、一概にこういうふうにやるということはないです。

ただ、一義的に膝だけを診るわけではなく、今言ったように筋肉が落ちていればとか評価するために、その周辺はチェックしますし、どちらかというと私は足オタクなので、立ってもらったり歩いてもらったりして、アライメントがどういうふうになされているか。特に膝に関しては、関節の構造上、屈伸には強いけれどもねじれのストレスに対しては弱いので、歩行する段階で回旋力がどれぐらいかかっているのか、捻転がどれぐらいかかっているのかということの評価しながら、そのストレスを除去してあげるようなことをやっていくようにしています。

ですので、頻度や何かも一概に何回と言うわけにはいかないですけども、とりあえず痛みが強い間は極力毎日来ていただいて、変化を評価していくというふうにはしています。

○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。

○本多 筋力低下を測定する手法というのはあるの、機械を使わずに。機械を使った場合と使

わない場合があると思うけど、機械を使わずに。

○菅俣 一般的な柔整の先生たちのやり方だと私はと思いますが、膝蓋骨上 10cm のところでの大腿部の周径を測って、健側と比べて落ちているかどうかを基準に私はやっています。

○本多 それでいいですか。他の人のご意見はどうですか。

○吉田 ガイドラインですから、一つは先ほど本多先生から一生懸命頻度という問題が出てきていると思います。それは通院回数等々に最終的には転化される問題で、それが過剰診療であるのか適正診療であるのかという基準がもしできれば、ガイドラインとしては非常にいいのではないかという路線だと思います。そうすると、これから高齢になってこられると、先ほど平野先生が膝蓋骨のお話をされたんですけど、膝蓋骨は人体最大のプーリーです。要するに滑車として機能しているわけです。その滑車として機能している問題が固まってしまうと、膝関節機能が低下するんだというお話があった。

実を言いますと、これは最前線の医療の事実関係です。膝関節を今までは膝関節面という形で診ていたんですけど、実際的には膝蓋骨の動揺そのものの問題が膝機能関節学の最先端の問題で、それを経験則で感じ取っておられるので、すばらしいことだと思うんですけど、そういうプーリーの問題は当然筋肉との問題が出てくるわけです。

そうすると、今城さんからお話があった高齢になってくるということはどういうことかというのと、老化そのものは、骨がつくられたり関節の機序がつくられたりするのと壊れたりするののバランスとして、壊れるほうが大きくなったということなんです。だから、関節だけではなくて、骨そのものも脆弱化が進んでいるわけです。脆弱化が進んでいるということは、先ほど言われたストレスとの関係で、微弱のストレスでも破壊する。つまり、日常で普通に歩いていてどうもなかったようなものでも、その歩きでもって破壊する可能性があるということです。

今度それがどれくらいの頻度で回復してくるかという問題は、非常に重大な問題なんです。筋肉との関係が出てくる。そうすると頻度の問題は、筋肉が一体どうやったら回復していくかという問題です。

高齢者と若年者の場合は、例えば筋トレーニングの理論でも全く違ってきます。若い人の場合には 1 週間に 2 回程度の筋負荷で筋力は一定を保つことができるわけです。しかし、高齢者の場合には週 4 回レベルぐらいの筋力トレーニングをしなければ筋力は低下していくわけです。そう考えていくと、週 4 回というレベルは、実は筋肉の保全、つまり筋力低下を起こさない中でも必要な範囲ともみなされるわけです。

こういう概念は、先ほど平野先生もおっしゃったようなプーリーは筋肉を介して機能するわ



けですから、そういう問題で筋力低下との関係で言えば、頻度は筋生理学のほうから自動的に出てくるんです。それで頻度としてはどれくらい。筋負荷量はというと、通常の負荷とは違います。それはいわゆるマッスルマンをつくるような筋肉ではありませんから、常態筋肉ですから、時間についてもいろいろあります。その時間についても、例えば5分でいいのか10分でいいのかという問題もあるし、あるいは回数の問題も、各々その人の破壊とか脆弱性の問題によって全部変わってくるんですね。しかし、筋力を保つためには週4回程度の、少なくとも微弱的な形でも筋負荷は必要であろうというのは出てくるわけです。だから、例えばそれをもしそのまま重ねていきますと、1カ月に10数回の施術回数というのがあったとしても全然問題はないわけです。ただ、そのうち日常生活、ADLの指導をするというのが自宅でできる範疇のものであれば、それに何回かを付加するという形であって。ただ、それが例えば20回になったから異常であるとは必ずしも言えないということは言えるかもしれません。

○荒井座長 ありがとうございます。

そろそろ次の議題に進みたいと思いますが、膝に関してどなたか最後にいらっしゃいますか。

○本多 膝特有の治療方法というのはあるの。他の首とか腰とかあるけど、膝特有のものがありますか。それをちょっと教えてもらって。膝疾病に対して特有な治療方法があるのか。首でも関節があるわけだけど、関節なんだから、それと同じような治療方法なのかということをおちょっと聞きたい。同じように考えていいんですか。同じって類似で考えていいか、それとも全然違うのか。違うものがあるのかということ。膝特有の治療方法というのはありますかと聞いています。

○市原 ないです。

○本多 ないでいいですか。

○平野 膝は膝蓋骨の種子骨なんですよ。それを動かす他のところというのはないんです。種子骨があるのは膝だけ。それが大きな問題なんです。他に例えば手にも種子骨はありますけれども、それは余り動かさないです。膝は膝蓋骨を動かすのに非常に大事。

○本多 遊びがあるからね。

○平野 そうです。

○本多 それが治療の中でどういう役割をするの。

○平野 結局それが滑車になって動くようになります。他の捻挫とか、そういうことはあり得ません。

○荒井座長 よろしいでしょうか。次の議題に移りたいと思います。お手元にお配りした資料

の中に「柔整師の治療ガイドライン委員会資料」があると思いますが。本日、酒田先生はご出席されていないので。酒田先生は神奈川の日整の会員でございまして、神奈川日整で酒田塾という柔整師の教育、勉強会のようなものを開催なさっていて、神奈川では有名な先生でございます。3回目の会議のときにご出席いただきまして、そのときにこの資料をお持ちいただきまして。この中で2ページの5番から10番あたりまで、ちょっとかいつまんで議論したいと思います。

5番に書かれていることは、整形外科医と柔整師の対象と照らし合わせているところなんですけど、これは要するに整形外科医と柔整師が重複してやっていますよということです。6番は整形外科でしか受けられない治療ですが、代替の施術として柔整師もできるのではないかとということが書かれています。そこら辺について議論したいと思います。

柔整師は電気治療と固定だとか手技療法、徒手整復、そういうものがもちろん中心なんですけど、6番にあるブロック注射ですとか局所注射ですか、こういう痛みをとるような非侵襲的な治療法を同等に行えるということで酒田先生はお書きになったと思うんですけど、いかがでしょうか。徒手整復、手技療法で痛みをとるということで、どのように皆さんお考えになりますでしょうか。

よく手当てって言いますよね。子供が転ぶとお母さんが触って「痛い痛い飛んでいけ」。あれは一つは理にかなっていて、痛みというのは全てそうですけど大脳で感じるわけです。それを手で触る、こすることによって痛みよりも先に接触感覚が脳に伝わって痛みをブロックするという機序で手当てというのがあると私は認識しておりますけど、いかがでしょうか。代替施術としてそういうものが可能なかどうか。

○山田 そうですね。

○本多 一般的に薬物を使ったり神経ブロックを使ったりして痛みを遮断するというのは我々素人にもわかるんだけど、先生方の徒手整復の中で痛みというものを解消する手法というのが、まずあるのかなのか。あるなら、どんなものがあるのか。それはどういう経験値でどういうことをやっておられるのか、少しご披露願えればと思います。

内臓の痛みなんかそういうことはないだろうけど、痛みの中でもこういう痛みについてはこういう手技療法を使えばこうなるんだということをご披露願えればありがたいということです。

○平野 急性の場合においては痛みは意外ととれるんです。どういうことかということ、シーソー現象といって、例えば右を捻挫したと、ちょっと打撲したと。だけど、左に同じような刺激を与えれば、意外と痛みがとれるんです。シーソーが傾いているならば、同じような状況の刺

激を与えれば痛みが意外ととれる。そういうのが一つあります。

○荒井座長 今、急性とおっしゃいましたが、例えば先ほどの変形のものであったりとか、外傷を伴わない痛み、機能障害の場合も同様ですか。

○平野 非常に痛みがある場合、ただ変形性じゃなければ、意外ととれると思います。

○荒井座長 それは普通の施術の中で行なっているんですか。

○平野 意外と行ないます。やっぱり右と左と診ます。非常に痛ければ、痛いところにちょっと刺激を与えることによって痛みが軽減します。

○荒井座長 その他どなたか。

○倉垣 皆さん余りおっしゃらないので、患者でやってもらった経験から話したいと思います。

私がやってもらったのは変形性の股関節症なんですけれど、目撃したのにしても、徒手整復の中で牽引というのは後ですごく楽になるなと私は思うんですが、さっき座長さんがおっしゃったように、柔整師のところで施術を受けて一番痛みを除去してくれたなと実感するのは、さすられることだと思います。膝関節が痛くて行って、大腿四頭筋をこすってもらおうと、それだけで少し楽になるというか。だから、頻度の問題はあると思いますが、私が柔整師のところで施術を受けていいなと思うのは、検査とかレントゲンとかもしないのに、必ず1回行けばちょっとよくなって帰れるというのがすごく実感としてあるから、それは大事なんじゃないかなって。何回通うとかでなくて、1回行ったら何か変化して楽になって帰ってくるというのはすごく思います。

○荒井座長 ありがとうございます。

例えば頻度というのはどうですか。術後感、どの程度継続するものなのか。

○倉垣 術後感というのは、終わった感じとこのですか。

○荒井座長 そうですね。施術を受ける前と後ではすごく軽快なさったわけですけど、日常生活も非常によくなったとは思いますが、それがどのくらいまで持続したでしょうか。

○倉垣 軽い捻挫の場合なんかは、1回やれば、それでもう行かないでも済むなと思えるときもあるんです。でも、私の場合みたいに変形性の慢性的な痛みが、慢性とは言い切れないんです。本人にとっては急激にがくっと来ることもあるわけですから。そういうときも柔整師の先生のところで、いつも診てもらっている人にやってもらえば、行ったときよりはかなりよくなって帰れるということで、それが持続する場合もあれば、またちょっと調子が悪くなってお世話になりたいと思う場合もあります。

場合によっては1週間ぐらい通ったら、仕事へ行くのに歩くのも大分楽になったということ

だと思えます。だから、年とって高齢化で、今城さんがおっしゃったようにだんだん悪くなってきたものが急に全然何ともなくなっちゃうということは余りないかもしれないけど、それなりに1回やれば効果があるというのがありがたいなと思うし、そのときに一番感じるのは、さすってもらって。それも膝が痛いから膝だけやるんじゃなくて、膝が痛い人って大抵腰も痛かったりするし、片方で荷物を持つからもう片方がもっと痛くなっちゃう、肩なんかも痛くなったりもすると思うんです。だから、全体として診てもらえるのも、接骨院に行つてすごくありがたいなと思えることです。

○荒井座長 貴重なご意見ありがとうございます。今のさすというお話の中で、やはり私が思うのは血流です。修復するに一番は血流だと思うんですけど、血流をよくする方法として、さすという以外、マッサージ以外にどのような方法がありますか。いかがでしょうか。

○平野 ツボ療法ってよく聞きますよね。ツボ療法で、例えば肺経のところ、何でもいい、いろいろなところがありますけども、その痛いところの経絡に圧を、押すことによって、刺激をすることによって、また血流も変わってくると思います。

○荒井座長 ありがとうございます。それ以外にいかがでしょうか。

○吉田 痛みと血流と結びつけなければいけませんか。

○荒井座長 いや、結構ですよ。フリートーキングなのでご自由に。

○吉田 非常にいいご意見を患者さんからいただいたと思うんですけど、現代は痛みというのは非常に難解なものとされているんです。実を言いますと、痛みというのは、患者さんとしては最も訴えやすい最後の言葉なんです。痛みということによって、「あそこが痛い」というたった一言によって何かの障害を訴えることができるわけです。患者さんに「細かく障害をつづってください」という話になると大変難しくなるんですけど、「痛い」という言葉は、その一言で患者さんの障害を主張することができる言葉なんです。

痛みを分析していくというのはとても難しいことで、現代の医学の中でも痛みというのを研究の対象にしたりあるいは治療の対象にしたのは、そんなに歴史的に古くありません。世界ペインクリニック学会というのをつくったのは、力道山と一緒にプロセスをやっていたプロレスラーでドクターがいますけど、その方が提唱してつくったものです。そのときの痛みというのは、当時問題になっていた弾性の痛みの他に、いわゆるとりよのない痛みということで、まだ痛みのことがよくわかっていなかった。その後になって脳科学というのがかなりいろいろなことを明かすようになってきたんです。脳科学がわかればわかるほど今度は別の問題が起こってきたのは、痛みとは一体何だろう。

それまでにはいろいろな理論がありました。しかし、実際痛みということによって表現される現代の病気のうち、痛みを問題としているものの約85%は原因がわからないとなっていました。大半の85%も痛みについて原因がわからないわけですから、そしてその原因がわからないものは、最後のフロンティアである脳の問題とされたわけです。その脳の問題ですぐ話題になったのは、側坐核等の問題が出てきたわけです。側坐核というのは、ご承知のとおり何と関わっているかということ、脳の報酬系と関わっているわけです。脳の報酬系ですから、ドーパミンと関わります。ドーパミンと関わるというのは、満足度との問題です。

先ほどの痛みという問題は、個体特性の問題と個体が置かれている環境特性の問題の二つに大きく影響されるわけです。個体特性というのは、その人がある種の障害や痛みをどれほど許容できるかという問題。もう一つの環境特性の問題は、寂しさであるとか、いろいろな問題を包括して、その人が人生そのものに対して満足できていないという問題。そういった問題と深く関わっているわけです。そして、それが最後に焼きつく場所が報酬系というところになるんです。

先ほどのさすっていただいとところは、核家族になり、それがさらに細分化されて孤独になっていくという現代の社会の中で、みんな一人一人がいろいろな社会との関わり方が大きくなったようで小さくなっている。人間と人間の関係が小さくなっている。以前であれば当然手を携えていろいろなことができたものができなくなっている中で、例えば柔道整復師の施術の中にさするとか、あるいは触るとか、そういう行為があるわけですから、それは現代の医療の中でも脳科学の中でどう評価されているかということ、20分程度、手を握っているだけでも、相手をさすっているだけでも満足度は飛躍的に高くなっていくんです。そうすると慢性の痛みと言われているものが相当に寛解していくということは、脳科学ではっきり示されているわけです。そうすると、柔道整復術の中に、それがマッサージとかいうのは限定しません、接触する、人間と人間の関係を結ぼうとする行為が和痛効果になったり、あるいは寛解効果につながるということは、事実関係としてはあるわけです。そこは例えばこういうガイドラインの中で柔道整復術がずっと行ってきたものの中の重要な要素に包括してもいいかもしれない話だと思います。

これは現代の脳科学でそこまで来ているのであって、さらに言いますと、今のは報酬系ですけど、今度は不安要素源、扁桃核という問題になってくると、不安要素を取り去っていくことにももう一つの寛容系があるわけです。痛みと不安要素は関係があるわけです。不安要素というのは、たった1人であるということと2人であるというのは全く違います。自分が世の中に置

き去りにされていないという環境をつくってあげることで、和痛あるいは痛みの軽減効果というのは極めて高いことも立証されているわけです。だから、ある意味ではそれを余り細かく分けないほうが、柔道整復術そのものの、一般の中にそういう効果があるということは事実関係としてはあると思います。

ただ、1点だけ私がここで論じておきたいのは、痛みを取り去ることが健康保険の主の目的行為かということ、随分と違う可能性があるんです。痛みは個人差がかなりあるということはわかっていることです。個人差があつて、社会生活や日常生活をされている人もいるし、できないという人もいます。できないという人は、当然ながら日常生活に障害しているわけですから、健康保険あるいは柔道整復の療養費の対象になりやすいんですけど、そうでない場合はならないということもあるわけですから、一番最後に必要なのは、障害があるということに付随する痛みであるということが、とても大切な問題ではないかなと思います。

○荒井座長 ありがとうございます。

先生がおっしゃっていただいた痛みというのは、確かに環境と個体特性と二つありますよね。柔整師は、医療の中で患者さんと対面する時間が一番長いので、皆さんも日常感じていらっしゃるけれども、いろいろな相談を受けます。家族のそういう痛みだとか障害に関してだとか、対象とする個人としてもそうですけれど。そういう中で環境というのは、先生がおっしゃったとおり、随分患者さんのためにプラスになるんじゃないかと私も今感じました。

○本多 よく癌の患者さんが痛みには耐えられないとモルヒネを打ったり、いろいろやっていますが、昼間はそんなに痛みを感じない。夜になると痛みを感じる。もう寝られないぐらい痛みがある。これはその置かれている環境によって痛みの感じ方が違うわけです。

吉田先生から単なる痛みというのは、個人差が大き過ぎて量で測れない。どこかの障害とこれを結びつけていくということを先生たちはどういう手法でやっておられるのか。ここはガイドラインをつくる時に非常に大事なことなんです。そういうときに痛みをどういう形で表現するか。ただ「痛み」と書かれても、見る人はわからない。先生方のカルテを見てもわからないです。先生方は痛みの形容詞をどの程度持っておられるか教えてもらいたいです。ズンズン痛いとか、ビリビリ痛いとか、表現の形容詞があります。そこを施術録の中に書いてもらわないといけないかもしれない。頻繁に柔整師が使う痛みの形容詞って、どんな形容詞があるのか、よかったらみんな一人ずつ挙げてもらいたいです。

○荒井座長 どうでしょうか。「どういう痛み」って聞けば、患者さんはよく言いますよね。そういう表現の言葉でどういうことを耳にしますか。綴先生から。

○綴 ズキズキですとか、ズキンという表現をする方もいるし、ワサワサという妙な言い方をする方もいらっしゃいます。虫がはうような意味だと思うんですが、ワサワサとか。あとは、ギュッと締めつけられる感じという表現をする方もいます。

○武田 その他に、例えば足ですとジンジン痛いとか。あと、痛みではないですけど足がザワザワするとか、そういったことを言われる方はいらっしゃいます。

○平野 整形外科では絵で書いてありますよね、痛みを顔の表情で。眉毛が曲がったり、口がへ字じゃなくて反対側になってくると正常だとか。それが痛みの強さによって5段階か6段階くらいあるんです。それが非常にわかりやすいです。

○山田 やはりズキズキとかもあります。チクチクとかピリピリとか、鋭い痛みをそういうふうに表示される方も結構おられます。

○小林(勉) 同じように拍動痛ならドクドク痛いとか、あと腰であると、立ち上がる時ピキッと痛いとか、ピリッとするというのは、よく聞かれる言葉だと思います。

○早津 大体同じようなことです。ただ、ご本人にしてみると痛いという感覚じゃなく、鈍痛を重いというような言い方をする人もおられます。また、つるという表現をする人もおられます。

○五十嵐(仁) 痛みの表現はたくさんあると思うんですが、我々一般的にカルテに記入するときには、腰が痛いときには起座動作痛とか、そんなふうには書いていません。起きたり、立ったり座ったり、要するに動作痛です。

○吉田 今のはとても大切なんです。痛みが伴った障害というのは、とても大切なことです。

○田柳 やっぱり他の先生がおっしゃったように、ズキッと痛むとか、ビリビリしびれるような感じとか、そういった表現をされる方も中にはいらっしゃいます。

○市原 痛みは、すごく痛いという角度、どういう姿勢が一番痛いとか、その再現をしてもらって、これはほぼこういうところから来ているのではなかろうかという判断の基準にしています。

○今城 私は動かしたときに痛いとか、そういうときが多いと思います。あとは寝返りを打ったとか、そういった感じです。

○佐野 私が一番厳しかったのは、鈍痛みたいにズシーンのときが厳しいなとか、余り寝られないとか、そんな感じの痛みです。

その他にちょっといいですか。僕も専門じゃないからよくわからないんですが、今話題になっているところの2ページ目の5番、理学療法がこんなにたくさんあるんだなというのをすご

いわかりやすく書いてあるんですが、いろいろな療法があつて、僕も何かあつたときに電気治療というものもやっていただいたことがあるんですが、いろいろな先生方がやっている治療は、どのような立場のときにこのようなものがちゃんと効くのかどうかとか、そういうところが我々には全くわかりませんで、今回なんかも痛みをとるということでこういうものがある程度役に立つのかどうかということも知ってみたいなという素直な意見でございます。

○荒井座長 ありがとうございます。あとは神経的な痛みですね。足の裏の違和感であるとか。違和感というのがあります。あと、腰のほうでの神経圧迫だと、下腿だとか大腿にしびれだとか、そういう違和感という表現をします。

○本多 なぜ私がそれを言っているかということ、先生方のカルテは、ほとんど「痛い」ということしか書いていない。どういう痛みなのか、どの程度痛みが続いているのかは全くわからない。いかに言葉が少ないかということ。だからこの際、ガイドラインとは余り関係ないのかもしれないけど、先生方が日常的に治療したときに患者さんから受ける痛みの情報は、どの程度の痛みがどれだけ続いているのか。そういうところをもう少し克明に聞き取り、それを記録化し、それを治療に活かしていくという手順でやっているんだと思いますが、記録の上に載ってこないものだから、少し先生方から感想を聞かせてもらおうと思ったんです。

あと4人いますから、ささっと言ってみてくださいよ。

○鈴木（樹） 痛みの種類、表現の仕方としては、先輩方がおっしゃったようなのでほとんどだと思うんですけど。あと、熱くなるような痛みというのを患者さんがおっしゃることはあります。

○金子 まず初診で来られた方には、どういった状態から痛いとか、何もしなくても痛いのかとか、そういう状態を聞いていって、通院してもらう度にはではないですが、ペインスケールみたいなものを本人から直接聞いて、その痛みの変化を診ていくような感じで記載しています。

○鈴木（一） 隣の金子先生と一緒に、最初にペインスケールで10段階の評価で、10が一番痛いということを記入して、それからどういうふうに落ちていったかというのを、VAS1.0とか0とかという形で記載しています。

○白沼 患者さんとお話した最初に痛みの状態を聞きます。その痛みの状態は患者さんそれぞれの言葉で言っていたくんですが、私はズキズキとかジンジンとかいう言葉は患者様の表現なので好きなように言っていたくんですが、お話を始める前とお話を聞いた後に「今痛みはどうですか」とは聞きます。「施術する前と施術した後、痛みはどうですか」と聞きます。あとは、まだ痛みが残るようでしたらどの姿勢が痛いのか。前によく失敗したのが、痛い状態で来



ている初診の段階で、「どうやったら痛いですか」「痛いから動かさせません」と言われたので、施術が終わった後に「今痛みどうですか。痛い姿勢をもう一度してもらっていいですか」とは聞きます。そうすると、「さっきはできなかつたけれども、できるようになりました」とか、「まだこれが少し残ります」とか、そういう状況を聞くようにしています。

ただ、先ほど吉田先生がお話しされていたように心因的なものというのは非常に関係しているとは思いますが、そうなるくともっと深くなっていて、私なんかは女性なので、男性の先生が出てきたりとかすると怖かったりとか、言い方はあれですけども、嫌だなと思ってしまうと痛みが減りにくいのではないかなとか。これはよく患者さんに聞くんですけども、私は女性なので、「女性の先生でよかった。私、触られるの男性は嫌なんだよね」と言われることがあります。それが治療と関係するかどうかはわかりませんが、そういった心理的なものが治療の効果とかにも関係するということであるならば、やはり患者様に与える先生の姿勢だったりとか、言葉であったりとか、そういったものも切っては切れないのかなというのはよく思います。

○吉田 本多先生がカルテという問題をおっしゃったので。皆さん方が書いておられるカルテというのは、実は行政が要請するカルテの書き方ですね。要するに保険の担保として必要なもののカルテと、それから現代では過誤問題がありますから、過誤問題に対して書くカルテの部分というのは、実は少し違うんです。

例えば施術内容等々については、罨法であれば罨法と書いておかなければ、罨法の点はとれないわけです。罨法と書けばいいわけです。温罨法なら温罨法、冷罨法なら冷罨法と書けばいいわけですね。電療は電療と書けばいいわけです。電療の中身については不問なんです。だから、結局そういう形になるんですけど、でも実際には何をしたのと。

もし過誤問題が発生したと。過誤問題といっても、日本の社会の中では過誤問題の大半、70数%は説明義務違反という問題だと思います。だけれど、実態的に過誤問題が発生したときにはどうであるのかということ、それだけでは済まないわけです。

例えば深い話ですけど、先ほどのジンジンとか、鈍痛の中のズーンとするとかいうものが、どういう機能の障害あるいはどういうものと結びつくのかというのを同時に書いていけば、その先生方は、いずれはその集計値はどういった問題がどういう痛みを発する可能性があるという形に近づいていくはずなんです。そういうのはとても大切なことだと私は思います。

それから、さっき佐野先生から理学療法はたくさんあってと、話はちょっと飛びますがけれど、理学療法というのは、厳密には物理学療法ということです。医術は、日本の社会の流れは、以

前は漢方が入ってきたわけです。その次には南蛮医方が入ってきたんです。その次、蘭方が入ってきて、その次はドイツ医学が入ってきて、現代はアメリカ医学になっているわけです。時代時代ごとに要請で変わってきて、医療といえども医学といえども、ずっと継続して続いていなくて断層なんです。全部概念が違いますから、断層、断層で来ているんです。

医術の中でどういう方法論があるのかというと、一つは薬師から始まる。要するに薬というものがあります。それから人間と人間の相対応する、今でいえば心理療法に近いようなもの、要するに靈感療法に近いようなもの。それから、物理療法といえど何をを使うかということと光か熱か、それか実際にたたかとか直接的な力学的なものか、あと磁場か、幾つかしかないわけです。その中のものを活用して、こういった物理学療法というのは、そもそもの人間の中にある生体賦活反応というのをどうやって復活できるかという問題がテーマになって出てきて、いろいろなことを試し打ちみたいに出てきているわけです。

この中で正しい選択をしないと、実はとんでもない問題が起こるんです。というのは、人間の体の中をコントロールしている生理的な機序は何かということ、基本的には神経系というのがありますが、神経系はバックアップしているものがあるんです。それはホルモンと酵素です。酵素というのは何かということ、ほとんどがアミノ酸の作用です。要するにタンパク質です。ホルモンはほとんどが脂肪です。そうすると、これは栄養学的な見地になるわけです。これによって神経系がバックアップされているわけです。

今度はアミノ酸とか脂質というリポですけど、これは例えば熱特性とか、あるいは磁場特性とかがあるもの、こういうものをつくる時にはほとんどが金属が関与します。だから、金属のイオンや、そういうものが関与してきますから、理学的な反応、要するに物理学的反応というのは、遡ればそこまで行くわけです。そこまで学校の中で教育しているかということ、ほとんど教育をなされていない。医学部でもなされていません。だから、ほとんどが経験則でしか使っていないです。これを厳密にやっていくと、実はいろいろあります。詳細にやれば、これだけでも大変なものがあるんですけど、それを系統的に教えていないがため、こういう方法だけが存在していて、そしてそれに勝手に点数がついているんです。医科点もそう。柔整の場合には簡単に電療とか、そういうふうにとめられているわけです。

勝手に点数がついていて、機序については余りわかっていないです。というのは、再現実験が極めて難しい。それはどうしてかということ、お薬の場合には、いろいろな動物実験をやった成果をもって人間に臨床投与という問題が出てきて、あとは統計的な処理によって薬理的判断をします。それに対して物理的療法は、ほとんどが個々のテーマに対応するものですから、動

物実験をなして、それを人体に直接当てはめることもなかなか難しいし、人間に当てはめたやつの統計処理が、まず個体特性ができないという問題があります。

だから、効いたとか効かないとかというのは、ほとんど固有のその個の問題として対応されてしまいます。だから、次元としては薬物に次ぐ存在としてしか扱われない。しかし、本質的には実はとても高いレベルを持っているんです。ただ、検証がなかなか難しい。現代の科学は、実験室的な科学としては再現性を問いますけれど、でも高度な科学は再現性を問いません。1回事象ということがあり得るわけです。だから、科学の中ではそういうあり得ることを否定しないという科学も存在するわけです。

こういう問題は、実は柔道整復師や、あるいは理学療法士もそうですけど、アピールすべきものはアピールしなければならぬ。アピールできるかどうかというのは、やはりその方々が、カルテや、そういうものをとるとき、きちっとこういう問題に対して、例えばジンジンという中にはいろいろなものがありますけど、そのジンジンの中にも血行性の問題。普通、神経性でジンジンは余りないですけど、そういった問題にどう寄与したかという現象学的な部分は書いていくべきものだと思います。

○松村 熊本の松村です。

吉田先生が言われているので、改めて追加というわけではありませんけど、私がよく言うのは、やはり再現痛です。先ほども言われましたが、どういう動作で痛みがより再現してくるかということは非常に重要だということです。どういう動作によって痛みが非常に増加するか、強まるのかといったことは必ず確認していただくという形です。痛みの評価については11段階等のスケール表を使ったりとか、各自で工夫してなさっている会員もおりますが、特にそういったところに気をつけてしていただくという考えで日々行っております。

○本多 僕は患者だからつくづく思うんだけど、白沼先生がおっしゃったように、術前に「痛いですか」と言ったら、「痛いですよ」と、表現できないぐらいの痛さを顔をしかめた人がいまして、治療が終わってから「どうですか、痛みは」と聞いてくれると、患者は非常に説明しやすいんです。「少し楽になりました」とか、「まだ痛みが残っています」とか、「改善しました」。ところが、こういう先生は少ないんです。先生方に悪いけど、人格欠落者かと思うぐらい少ない。「治っただろ」と聞く。先生方は結論を押しつけるんです。だから患者は答えようがない。「治っただろう」と言われると、「治りません」と言うわけにはいかなくなるから黙って帰るしかない。これが柔整師の不信感の最大の原因です。「治っただろう」という不遜なやつが多過ぎる。「治っただろ」じゃなくて、白沼先生がおっしゃったように「痛みがどうなりましたか」、こういう

作法を身につけてもらわないと困ります。

ここにいる先生にはいないかもしれないけど、記録に残しますから。よろしくお願いします。

○佐野 追加でいいですか。僕は本多先生の意見に賛成で、やっぱり一過性の治療であったとしても、どういうふうに変化したかということが、来たときには非常に厳しいという表現であったのが、厳しいぐらいになったのか、ややきついになったのか、全く症状がなくなった、そういう言葉をちゃんときちんと書いておかないと、その治療または理学療法というか、物理療法の何をやってこんなときにこれが効いたそうぞということが大事な積み重ねになるような気がします。是非よろしくお願いします。

○荒井座長 ありがとうございます。

吉田先生がおっしゃったとおり、痛みって複合的なんですよ。外傷であればもっと単一的なもので、けがする前後ではっきり症状がわかるんですけど、徐々に痛くなった痛みだとか。

私も一度こういう手技療法の方法論を立ててというふうに思ったことがあるんですけど、個人でやるには患者数も少ないですし、方法論を立てて会員向けにそれでやろうと思っても、対象とする被検者がいろいろなものを、先ほど先生がおっしゃったとおり環境まで入ったら收拾がつかないなと思いました。特に医療は、薬剤メーカーなんかもそうですが、わかることとできることしか研究して出てこないんです。わからないこととかチャレンジすることは、ほとんど資本主義の中ではやってこないんです。整形外科でも、柔整には根拠がないということをおっしゃる方がよくいると思いますが、整形外科でもこの手技療法に関することに手をつけないということは、やはりそういう方法論が立てられないという意味合いじゃないかなと感じます。

どうでしょうか。次に進んでよろしいでしょうか。

今、痛みのことに関してありましたけど、また酒田先生の文書の中から、4ページの8、理学療法士と柔整師の手技の違い。今は理学療法士も開業なさる方もいるらしいんですけど、我々がやっている施術と理学療法士がやっている施術で根本的に違うところはあるんでしょうか。ここら辺のことをどなたかご意見があればお話ししたいんですけど。

○吉田 それは法的にですか。

○荒井座長 いや、臨床的に現場で実際にやっていることとして。

○本多 小林さん、どうですか。

○小林(勉) 私が理学療法士の先生に講習を頼むとき、捻挫のどうなったかということ、捻挫そのものの症状の説明はしませんとよく言われます。捻挫の症状において、障害が起きたことについてのリハビリをよく講習しますということで、けがによつての障害の治療が理学療法

士の先生の仕事と私は考えております。

○吉田 そのとおりで、私は理学療法士やら言語聴覚士や作業療法士の学校もつくりましたので、3年制にするか4年制にするかということで、一般教養も入れて高度専門士と学士を両立して取るような学校をつくりました。今もう2,000名ぐらいいは出ましたけれど、なぜ4年制にしたかという、アメリカと同じようにRPTという、要するに自主独立権、開業権を得させたいと思ったんですけど、業界内での反対があつてなかなかできなかった。今は先生がおっしゃったように個別的な判断という判断の権限が理学療法士の場合には与えられていないんです。医師の指示のもとですから。だから、それが決定的なんです。柔道整復師の場合は医師の指示のもとではないので、個別判断権があるかないかというところが全然違うんです。

これはもうちょっと紐解かなきゃいけないんですけど、それは歴史的な問題なんです。なぜ歴史的な問題かという、**「理学療法をさせる」と医師からの命を受けて理学療法をさせるときに、医師が最初に白羽の矢を立てたのは柔道整復師なわけです。柔道整復師に理学療法をさせたかったんです。アメリカにあった理学療法の制度の中の理学療法士と同じ仕事をさせたかった。だから、第1期生の免許を取られた人たちは、みんな柔道整復師なんです。その人たちが免許を取られた。ところが、アメリカと違ったのは、アメリカも最初から自主開業権を持っていたわけじゃないんです。日本の場合には柔道整復師に白羽の矢を立てたんです。その白羽の矢を立てた人たちは、その当時立派な自主開業権を持っていたんです。そうすると、医師が指示をしなくても判断できる立場にあったわけです。そこで言うことを聞かない柔道整復師をどう扱うかというのは、医師としては大変困難を覚えたわけです。だから、アメリカの制度に倣って理学療法士を養成する学校を設立したんです。**

だから、昭和55年までの医事法規の中では、理学療法士が仕事をできる場所は、病院、診療所、それから施術所となっていたんです。現在はこれが削られてしまって、病院、診療所になっていますけど、柔道整復師のもとで理学療法士が働くという場面もあったわけです。それは両方がやれていたからです。

それと、小林先生が言われたとおり、判断権がないので、障害に至る過程についてのその問題に対しては入れないんです。障害という部分に対して医師からの指示を受けて対応するという形になるんです。だから全く違うんです。

それと、柔道整復はカルテの決定的な不備があります。それは問診三是ができていないんです。問診三是といって、三つ必ずやらなければいけないことがあります。それはまず一番最初に**「どうなさいましたか」**ということ聞かなければいけない。**「どういう具合ですか」**、どん

な具合かを聞かなければいけない。その後に最後の砦として「どこがどんなふうに痛みますか」ということなんです。だから痛みは最後に来るんです。その「どうなさいましたか」「どんな具合ですか」。そしてそこが入ってきて、この三つの中で多分業務権限の中の領域、いわゆる原因の特定の中の重要行為はその中で果たされるんですけど、そこが欠落しているんです。

私もそういう人たちを指導したりということをやってきたんですけど、残念なことに柔道整復師だけじゃなくて、医師もこれを抜かしているんです。昔は必ず医師もこれだけ聞かなければならなかったんですけど、だんだん物的証拠主義になってしまって、「どうなさいましたか」の前にレントゲン写真を撮ればいいし、「どうされましたか」の前にMRIを撮ればいいわけです。その結果値あるいは「どうなさいましたか」の前に血液検査で血液分析してしまえばいいわけです。そうすると、それを診て対応するようになってしまったわけです。

医学部あるいは医局でその方向がずっと進んできたために、患者さんとの間の乖離現象が極端に進んでしまったんです。それを埋めるためにできてきたのが総合診療科という科なんです。それまで「どうなさいましたか」と聞くべきことを聞いていなかった医師たちの中で、総合診療科がそれを聞くようになったんです。だけど、総合診療科も随分また変貌してきつつあるんです。その患者さんの状況を聞くことが一番大切だということが抜けてきた。

本当はそれをずっとやってきたのは、柔道整復師や鍼灸師の方たちの基本的なスタンスだったんです。だから、現代で物を言うのと、歴史的なものがずっと続いているものの中で物を言うというのは、歴史を抜いたらおかしな話になってしまうことを知っておかれたほうがいいと思います。

○荒井座長 ありがとうございます。何か自信がわいてきましたね。柔整師はよく町の総合医と言いますが、ふるいだと思うんです。先ほども申しましたが、患者さんと話す時間が長いので、いろいろ過去の病歴だとか聞いていると、これは適用外だなと感ずることがあって、すぐ内科とかへ回したりすることもありますけど、痛みの窓口になっているので、そういう患者さんが来られる方が多いですね。

○吉田 そうですね。それを回すことがプライマリケアの重要な項目で、町の診療所と全く同じ役割なんです。

○荒井座長 おっしゃるとおりです。

それと、今の理学療法士の件ですけど、やはり治療を行うには鑑別診断が大事だと私は思います。理学療法士というのは、全て柔道整復師の中に包含されるというわけでもないですけど、治療するときに鑑別診断は大切だと思います。理学療法士も当然そういうことは勉強なさるわ

けですよね。

○吉田 もちろん勉強しますが、ただ理学療法士が扱っている範囲は、例えばアミトロミみたいな筋萎縮性側索硬化症とか、そういうような非回復性障害に対するリハビリテーションが存在するわけです。そういう存在に対して柔道整復師は単独ではできないんだけど、彼らは医師の指示を受けているもとの、そういう人たちに対する適応な理学療法を行使する、あるいは生活指導を行使することができるということであって、それ以外で手法的な違いは基本的にはないと思います。

○荒井座長 ありがとうございます。やはり理学療法士は、病院なんかだとグループ診療で、1人の目だけじゃなくて何人もの目で診ることができるのでいいのですけど、柔整師は1人で判断しなきゃいけないくて、非常に高度な技術が要るのではないかと思います。理学療法士と柔整師の違い、いかがでしょうか。施術の方法でもいいですし、どこら辺が違うのか。

○山田 私が開業する前は、一番最初は師匠になるような師弟関係の柔整の先生のところへ内弟子みたいに行っていたんですが、開業する前にいい機会がありまして、物すごく前の話ですけど、院長先生が柔道整復師も持っている内科の先生のところだったわけです。そこで当然レントゲンは撮り放題というか、レントゲン室で骨を接いだりとか、そういうこともやらせていただいで。そこは内科もやっているクリニックなんだけど、やはりそのスタッフは柔整師が多かったです。その物療で何でもやっていました。一応他の病院も行ったことがあるんですが、実際やっていることは同じです。指示のもとであるけれども、必要だと思うことは、こちらから「先生、これはやっぱり固定したほうがいいと思うんで」と言ったら「じゃ、それをお願いします」と、やってくれよという形でやっていたもので、大変勉強にもなったし、私の基礎になったことです。

○本多 理学療法士さんというのは、固定処置とかやるんですか。

○山田 それは我々が柔道整復師だったからやっていたんですが、他では見たことないです。

○本多 吉田先生、固定法とかも教えるんですか。

○吉田 固定はブレース学という学問が別に存在していて、必要ならばそのブレース、機能固定という形での固定はやりますけれど、包帯を巻くというのは、医科でいえば、どちらかというところ処置に入ります。処置ということについては理学療法は範疇から外されるんです。柔道整復師の場合は処置というもののの中に包帯方が入ってしまいますので、処置方が入るから極めて医科に近い理学療法というか。だから、逆に言うと嫌われるんだと思います。

○本多 もう一つ聞きたいんですけど、理学療法士というのはマッサージはやるんですか。

○吉田 やります。理学療法のマッサージというのをやります。しかし、内部ではやり過ぎないようにという内部通達行為があって、マッサージ師の権限を奪わないようにということを彼らは注意しています。

○本多 髭を剃らないようにということと同じだな。

○早津 実は私、鎖骨を骨折しまして、つい先日まで近くの整形外科に通院し理学療法士による療法を受けました。そこはMRIもあり、関節鏡手術をでき、入院設備もある整形外科クリニックでした。そこで感じたことは、接骨院と比べマッサージはするんですが時間は比較的短く、患部のみにしかやりません。むしろ運動療法を非常にきめ細かく指導し、「家に帰ってもやってください」という指導を行なっていました。それはもちろん柔整師、菅俣先生のようにスポーツ障害外傷をかなりおやりになっている柔整師さんも同じように指導していると思います。

また、ゴムのチューブを使ってインナーマッスルの訓練もやりました。ただ、チェーン店系でマッサージを主体にしている接骨院と比べると、患者さんに運動療法を非常によく指導し、治らせてあげようという姿勢を感じました。電療は、その整形外科では器械の種類、数も一般的な接骨院に比べ少ないように思いました。

そういう面では柔整師も運動療法をしっかりと勉強し、実践すれば整形外科での理学療法士の療法にひけをとらないと思います。また、質問に対しては「医師に聞いてから」という返答が度々ありました。そういう面では、柔整師の方が裁量が非常にあると思いました。ただ、柔整師よりもカルテをしっかりと書いていたように見受けられました。そこは理学療法士の数も多く、担当が変わると指導方法が違う場合があり、患者としては戸惑う場合もありました。そういう意味では1人の先生がしっかり患者をみる接骨院であればよりきめ細かな患者対応ができ、整形外科の理学療法士の療法に対抗できると思いました。

○本多 さっき吉田先生からもお話があったように、理学療法士の業界は二つに大きく分かれるんです。やはり自主独立開業に向かうべきだ、そういう志向でやるべきだという一群の動きと、それをやると柔整師の二の舞で、いじめられて立ち行かなくなるから、それはやめて病院内でそれなりの地位を獲得したほうが賢明であるという動き。今はどっちかという、そっちの動きのほうが支配的かな。そんな感じがするんだけど、いずれまた時代が変わってくると独立開業を持つようになってくる。

現にスウェーデンなんかは、看護師の独立というのは日本と全然違いますよね。あっちはほとんど独立開業。だから、医療と看護は違うとはっきり分かれた議論をしているところで、日本の文献を読んでいると世界が違うという感じが物すごくするような現象です。



それはそれとして、どうぞ。

○荒井座長 ありがとうございます。今の早津先生のお話ですと、私があと思うのは、理学療法士とトレーナーというのはどうでしょう。菅侯先生にお聞きしたいんですけど、理学療法士とかトレーナーというのは、どの筋肉を動かす、鍛えるとかいうのはよく勉強していると思いますが、そこら辺は柔整師と捉え方はどうでしょうか、知識の量。

○菅侯 非常に言葉に困るんですが、レベルの違いはたくさんあると思います。それこそ先ほどのマッサージ主体でやっているところの先生がどれぐらいの勉強をしているのかわからないんですが、私がトレーナーのNSCAだとか、そういうところへ行って勉強するような内容とは、また全然違うかなとは思いますが。

○荒井座長 柔整師というのは、関節でも包括的に、全体的に捉える方が多いんじゃないかなと思います。一つ一つの筋肉じゃなくて。そこら辺がどうかと思って。理学療法士とかトレーナーが処方してやっていることは柔整師と違うように私は感じます。

○菅侯 違うんじゃないですかね。理学療法士さんがどういうふうに行っているかはわからないんですけども、いわゆる接骨院がやっている流れとトレーナーとしてのパフォーマンスを上げるための、逆に言うとトレーナーとしての考え方は、ある意味競技に特化してやっていかなきゃいけないので、一般的なけがを治していくという概念よりは、考え方を少しシフトしていかないといけない。ある程度ここは負荷がかかっても、こっちを優先しなきゃいけないとか、そういう考え方を変えなきゃいけない部分があると思うので、一般の柔整の考え方とはちょっと違うかもしれないです。

○吉田 その通りだと思いますが、今の流れから運動療法に行っていますよね。今のトレーナーというのは、確かにスポーツや、そういうものへの特化だと思います。ということは、理学療法士のほうでの運動療法というのは、評価というのがどうしても今の現代の医療の中に組み込まれていますから、評価というものが大切なんです。評価値とか評価というものが。例えば関節であれば動きの範囲を評価する。そして記載することによって、状況証拠ではなくて、物的証拠に近い形に持っていきたいという評価というものを非常に大切にして教育もしますし、実際にカルテもそういうふうを書くんです。

柔道整復師の場合は、理学療法士と同じ評価するのはちょっと違うんです。日常生活に対する腫脹の度合いを評価していくわけですから、関節が何度動きますとかということは一定の評価ではあるけど、何度動くから日常生活に障害がないというわけではないわけです。だから評価方法が全く違います。これは柔道整復の特異的な問題だと思います。逆に言うと、柔道整

復師は柔道整復師の特異的な評価方法というものをガイドラインや、そういうものの中に載せるべきであって、そうでなければ理学療法士の評価方法をそのまま入れても全く違うんです。

これは医師の制度の中で物的証拠が求められる中で要請された評価であって、柔道整復師の評価とは全く根幹が違うわけです。だから、そういう問題も新たに分けて、そういうのが多分ガイドライン等々の中で特異評価という形で。そうすると、それは医科の世界から言えば特異評価だから、自分たちの世界の方に来てないではないかと言われるんですけど、そもそも行く必要のない世界なんです。

明治の太政官令によって基本的には現代の医制ができて、その前までは、平たく言えば鍼の先生、漢方の先生、接骨の先生等々でも亡くなったときには「ご臨終です」と。当時は看取りですから、家族看取りで亡くなりましたということを表記できれば死亡診断にかえたわけです。だけど、医師が持っている現代の医療法上の医師の大権というのは何か。大権と言っていると思うんですが、大きな権限は死亡診断権です。ですから、死亡診断権があるのとないのとの違いなんです。死亡診断権があるということは、自分で診ていた人がずっと障害で、最終的に亡くなったときにこういう推移で亡くなりましたということを書面に、書証にあらわすことによって自分の経緯を示すことができるわけです。ところが、柔道整復師がずっと診ていて亡くなった。その亡くなったところでは、大権である死亡診断権がないのでどうするかというと、他の医師に委託しなければならないわけです。そうすると、もし不備があったとしたら、不備の指摘というのを受けるわけですから、大権を持っているか持っていないかということは絶対的な力の違いになるんですけど、亡くなるということであれば、実を言いますとかなり隣接した領域なんです。だから、そういう制度が残ったということに対して、多分医科のほうでは腹立たしい思いに極めて近いところですよ。

日本の場合は明治になって西医制度、西洋の医科の制度を取り入れてしまって、これだけしか医師ではないと言ってしまったものですから。でも、韓国へ行きますと韓医制度がまだ残っています。そうすると、現代の医者と韓医という、昔でいう漢方医に近いのが残っているわけです。韓医制度が残っていると国民の意識も違うわけです。どういうものを診てくださる人たちが韓医であるのかというと、現代の医者とはちょっと違う目線で診てくださるという形の国民の意識があるんだけど、日本ではそういう意識の醸成ができていないために、医師と柔道整復師の間には随分と違う認識が生まれてきた。それはここに「医療界と法曹界の相互理解のためのシンポジウム」という記録がありますけれど、この中に出てくる過誤認識の問題にも反映してきます。医師の過誤問題をそのまま柔道整復師の過誤問題に当てることはできない。相当

にわかっている方たちでも、そここのところの認識が足りていないということが出てくると思います。

それから、説明義務の範囲です。それともう一つ、柔道整復師の業務において厚生労働省の通達行為は、柔道整復師の業務に照らして許される薬物療法もあるんです。薬物はだめと柔道整復師法の業務という第4章に書いてある。だけど、使えるものもあるんです。それは伝統的に使っていたパップ剤等々です。こういうものはそれに照らして使えるわけです。照らして使えるものを容認政策というんです。実は容認政策行為というのは幾つもあります。

柔道整復師がその容認という意味をわかっていない。例えば心療内科のあり方、普通患者さんと相対したときには心療内科的手法をとるわけですから、それは容認範囲のものがあるわけです。ただ、心療内科という標榜はできないだけです。ということは、柔道整復師は本当に大きな大きな権限を持っているので、やっぱり目の上のたんこぶなんだと思います。

こういう書き方をするといろいろあるでしょうけれど、きちっとした心を持っておられる医科は、医師であってもそういうことは実は理解できているんです。世の中でちゃんと患者さんを診て、その人たちに必要だということを知ってやっておられる医師は、そういうことを酌む力があります。しかし、先ほどの5年未満の柔道整復師と同じように、近代政策だけで患者さんと接することしかなくて、大病院の中で2年ぐらいで転勤していかれるような先生方は、なかなか理解しない。地域に根差した先生方は、やはり何が必要かということがだんだんわかってこられるので、そういう方々とはそんなに敵対関係ではなくて、やっていける要素はたくさん存在し得ると思います。

○荒井座長 ありがとうございます。時間もなくなってきましたので、本日の総論と各論に移ります。

○本多 これから少し角度が変わってきます。角度が変わるといえるのは、柔道整復師に説明義務とか、患者とのコミュニケーションのとり方とかいう問題についても、若干ガイドラインで触れていかないといけないと考えております。

柔道整復師の場合に特に重要なのは、このコミュニティの中では転院勧告。いつどの段階でどういう症状が起きた場合に、患者さんに適切に他の専門医に転院を勧告するか。これが非常に柔道整復師の専門性を高める上でも大きな役割があります。そういう意味で説明義務というのは、転院勧告義務と連続して議論しておかなければいけないという考え方です。

そこで質問なんですが、先生方の中で転院勧告をしたケースというか、事例的なケースが誰かあれば、こんなことでこういうことをしたことがあるよというのを誰か例を挙げてくれませ

んか。誰でも結構です。

○菅俣 転院勧告なんて言うとはすごく大変そうなんです、転院指示というか、私の考える柔整範囲ではないという患者さんは、どんどん転院させます。それは近所の整形外科でもあるし、中規模の市民病院だったり大学病院だったり、それなりのパイプを駆使して一番適当であろうと。それこそプライマリケアの入り口じゃないですが、自分のところに来た患者さんに対しては、自分の範疇よりも出るものに関しては可及的速やかに、当日という方も、ほとんどの方はそうやって転院させていることが多いです。当然治療していく中で予想していた計画に則らない人の場合は、転院までいかなかったとしても、近くの先生方とか相談できる先生に一旦診てもらってアドバイスをいただくということもしています。

○本多 柔整師のレベルでいうと、転院勧告は三つぐらいの類型に分けられる。今、菅俣先生がおっしゃったのは、そもそも柔整師の領域外の病態というかな、それに対する場合の処理の仕方。もう一つは、先生方がやっていたんだけど手に負えなくなっちゃったという場合の転院勧告。もう一つは、非常に緊急を要する転院勧告。早くこれを伝えないと大変大きな問題になる。例えば癌、腫瘍、そういうものではないかと疑われた場合に、それをどういように伝えて早目に専門の医療を受ける機会、期間、そういうものを提供する。

大体三つぐらいに大きく分けてパターン化しているんですけど、菅俣先生がおっしゃったのは、そもそも柔整師が担当できないものであることがわかったというエリア外の話になります。

そこでもう一つ聞きたいのは、治療していて、これは自分の手に負えないな、危ないなど。これは仲間の接骨院に行って診てもらえという場合も含めて、何もドクターばかりではないんです、そういう経験のある方はいますか。どんなケースか説明してください。

○綴 昨日もありましたけど、かなり精神的な疾患が疑われる状態で、私の言っていることをなかなか理解してもらえない。このまま治療を続けた場合には恐らく何かのトラブルになってしまう。法的なトラブルも考えられるような状況、そういった場合です。

○本多 今のは患者さんが寄りかかってきちゃうんだ。他の病院へ行ったけど、先生のところだけで診てもらいたいと寄りかかり型というのがあるんです。これは非常に厳しい問題が出てくる。今のは精神的な疾病のある方なんでしょうけど、そういうケースがあります。

癌とか、そういう緊急を要するものがどうもありそうだというので発見というか、予測できるというので転院を勧告した方はいますか。転院したほうがいいと言ったケースはありますか。

○市原 悪性リンパ腫の場合に、首が痛いということで来た患者さんでしたが、リンパが腫れてきた部分がありました。本人は痛みはないということでしたが、「これは事によったら悪性の

可能性があるので、ちょっと検査してもらったほうがいいんじゃないですか」ということで、検査した結果、悪性リンパ腫でした。

○本多 今回のケースは初診時ですか、それとも幾つか治療した後でわかったんですか。

○市原 初診のときは首が痛いということで来て、実は稽古をやっている人間なんです。ちょっと調子が悪くなったということで、某私立高校の先生でしたが、「ちょっとこのところがおかしいんですよ。何か腫れてきたんですよ」「これどうした」「いや、痛みはないから大丈夫だと思んですけど」ということで本人は全く自覚症状はありませんでしたけど、「いや、これはちょっと早目に検査だけでいいから確認してみといたほうがいいんじゃないかな」と。

○本多 それは初診じゃなくて、何回か継続受診した段階で。

○市原 そうです。

○本多 ありがとうございます。今の後者の例でいくと、先生はそのときどういう説明をしましたか。腫瘍がありますね、悪性腫瘍か何かですねという説明をされるんですか。

○市原 悪性腫瘍という言葉は使いませんでしたけど、これはちょっと早目に確認しておいたほうがいいかもしれないねと、自分としてはかなり。悪性腫瘍という言葉を使わずに検査をしてみたらどうですかというふうに言ったつもりです。

○本多 大体これが正解ですよ。我々の言葉で、死を予定されるような傷病名は余り先走って言うてはいけない。患者さんに与える影響というのは非常に大きい、家族に与える影響は非常に大きい。そのことでショックになって、何もかもしたくなくなっちゃったという方もおられるわけです。結果、行ってみたら何でもなかったというのは、今度は「あのやろう」ということになりますから。

実はある事件で、ある会社の社長さんが病院で「あなた進行性の癌で、そう長くはないから」と。医者が余分なことを言うんだ、「あなたの場合は早く会社を整理して、家族を呼んで」なんてことを言ったもんだから本人はびっくりして、みんな子供たちも呼んで「いよいよ俺も終わりだ」と。でも、なかなか症状が余りぱつとしないんで、東京のがんセンターに行ったら「何でもないですよ」と。会社を全部たたんじやったと。慰謝料、損害賠償を起こされて、病院が敗訴した事件。

そういう意味で、柔道整復師は癌の専門医でないわけですから、そういうときの勧告の仕方は非常に訓練をしておかなきゃいけない。死を予定される、あるいは伝染病とか、そういう特殊な病態を予想されるような疑わしい場合にも、「できるだけ早く検査をして安心したほうがいいですよ」というフレーズのレベルでお話をさせていただく。

次は、治療していて、どうもやっているうちにおかしいなど。自分の治療が間違っていたんじゃないかなどって、他の先生に診てもらおうとか、他の柔整師に診てもらおうとか、他の病院に診てもらおうということがもし起きた場合、我々はどういう説明を患者にしますか。

武田君、どういう説明をしますか。君はないかもしれないけど、あった場合を想定して。

○武田 患者さんを治療していて症状がそんなに改善しない場合、「一度、別の治療を試してみたらどうでしょうか」と、ちょっと遠回りに伝える。

○本多 その程度で終わっちゃう。

○武田 いや、なかなかそういう経験がないです。

○本多 だから経験があると仮定してね。これは非常に難しいんです。これはガイドラインに書かなくてはいけないと思っはいるんですけど。

小林さんはどうですか。

○小林（勉） 私の場合は、患者さんが多分小学校1年生か2年生ぐらいで、珍しい橈骨の単独脱臼だったんですが、整形へ行って何でもないから接骨院でその後やってもらいなさいとうちへ来て、うちはやっぱり脱臼を疑って、もう一回その病院に返しました。そうしたら、また何でもないと言われて、またこちらへ治療に来た。もう2回目だからしょうがないということと普通の治療を行っていたんですが、やはり角度が、飛行機を飛ばしていても代償作用で動くんですが、角度が90度以上曲がらなくなってきたと。昔の接骨院の先生だったら、90度曲がればいいじゃないかという意見なんですけど、子供のためにということで超音波等を診たら、やはりずれが出ていると。もう一回、結構大きな総合病院の整形外科へ。

患者さんというのは、接骨院と同じように、医師ともすごい密着に結びついていて、「その先生が言っているんだから」と言っ行っていただけなかったんですけど、そのときは本当にこちらから頼み込んで、お子さんの将来のために思っお願いだから違う病院へということで、違う病院へ転院をさせていただきました。やはりそのときは橈骨の単独脱臼で、代償作用が起きているのでということでオペになって治ったということがございました。

○本多 自分の治療方針が間違っていたんじゃないか。転院勧告するときに、こういうことを告白するかということなんですよ。今までやってきた治療方針が間違っていたと。

○菅俣 一度痛い経験というか、別に訴訟とかにはなっていないんですけど。男性でサッカーをやっいて、肉離れの症状、腓腹筋の内側の筋腱移行部で痛みを発して来ました。徒手検査的には腓腹筋の筋損傷でしょう。それで治療していっって数週間、経過は余り思わしくはなかったんですが、ある日が一っと腫れが出てきて黒ずんできて、「ああ、やばい。これは蜂窩織炎だ」

という状況になったときに、多分どこかに小さな傷があったんだろうということで、これに関しては気づけなかったからごめんなさいということを書いて、すぐに今から整形のほうへ行ってくださいということで転院させたことはあります。

○本多 医療事故にならなかったというのは、その説明がよかったからです。

だから、医療事故というのは、大半が説明の不足によって不信感が生まれた。それは術前であれ術後であれ。これを防止するためには、やはりきちっと説明して、その説明を受けて転院ということは、「確かに先生はそういう説明をしてくれたから、それは先生もちろん知っているんだな」ということになって不信感が拭い去られるんです。ところが、とかく人間は弱いものだから、そこを全部塞いで「とりあえず行ってみてください、とりあえず行ってみてください」。行ったらもう既に手遅れ状態であって、「何でもっと早く来なかったんだ」と。その時になって初めて憎きは柔道整復師だと、前医だということに。これは医者の場合でも同じです。

説明義務は、基本的には先生方の訴訟を回避する大きなチャンスなんです。説明義務をきちっと尽くさないと、いたずらに訴訟に巻き込まれる。訴訟の疑いを持たれるということになります。医者側の弁護士さんは常に医者の方の講習会でそれを言っております。医療訴訟を防ぎたかったから説明を十全に尽くしなさいと。そうすれば恐らく信頼関係は壊れないでしょう。信頼関係が壊れなければ訴訟までは来ないでしょうというお話になります。

○今城 紹介する場合、患者が慰安行為みたいな判断をした場合には転院をするか、それともマッサージを有料でやるのか。そこら辺についてはどうなのでしょう。

○本多 今の今城さんの問題は、柔道整復師の治療をしていたが、患者さんが治療中に慰安行為をするようなことを要求してきたと。その場合に皆さんはどのように対応するかということ。

平野さん、どういうふうに対応しますか。

○平野 それは別料金をもってやります。

○本多 田柳さんは、その場合はどうですか。

○田柳 ちゃんと説明して実費でやっていただくか、ご希望に沿えないのであれば、一般的に街中に増えている慰安行為をしてくれるようなところへどうですかという話はさせてもらいます。

○本多 鈴木さん、どうですか。

○鈴木 (一) 僕の場合は実費のメニューをたくさんつくってまして、最初の間診のときに慰安を求められているんだなということがわかれば、最初からそれを勧めちゃいます。

○本多 金子先生、どうですか。

○金子 慰安を求められたら、自分の信念と患者さんのニーズが合えばやりますけれども、もし相手が本当に慰安という形を求められてきたら、自分の信念に合わなければやりません。

○本多 鈴木さん、どうですか。

○鈴木（樹） 実費診療のほうになってくるのかなとは思いますが。あくまで保険を適用する主訴に対しての慰安行為となってくると、先ほどの先生がおっしゃったように、他の施術所とかマッサージなんかをお勧めする場合があります。

○本多 松村先生、どうですか。

○松村 うちの場合、基本的に柔道整復師は医療行為をなすというところで行っておりますので、そもそも目的が違いますので、やはりそういったところにご紹介をするといったところで、一線を引くという形で指導しています。

○本多 諸星さん、どうですか。

○諸星 私の場合は当然慰安行為は無効で、だめです。うちのJBの会員は一切やらないようにというふうに勧めております。

○本多 あなたは。

○諸星 私自身はやりません。先ほど松村会長がおっしゃったとおり、ちゃんとそういうところへ行っていただいて、例えばマッサージの資格を持っている人のところへ行っていただいて、そこで正式にちゃんとお金を払って受けられたらどうですかという説明をさせていただいております。

○本多 これは非常におもしろい。なぜ僕が松村先生を一番最後にしたかという意図を教えると、今の柔整師の大方の人は自由診療でやりますと言うんです。日整さんの主流派は、そんなものは我々の世界ではないという否定的発言をするんです。認めないと言うんです。だから、そういう柔整哲学というか、理念を持っている人たちは自由診療としてもやらない。これは柔道整復師の最近の世相をあらわしているとは思っている。どっちが悪いかわかりませんが、私が門外漢ですから言いませんけど。そういう世相があって、自分はその世相の中でどこら辺に位置しているかということ、立ち位置を理解しておくことは、今後の自分の生き方に大変影響してきますので参考にしておいてください。

今城さん、そういうことですから。あなたが患者さんとして、そういう二つの大きな流れがあって、この先生を信用するかしないか、そこら辺も一つ参考にしていただくと大変よろしいだろうと思います。

今のは転院勧告に関連した説明義務。そのときに自分のした治療方針や施術内容が、この疾



病に対してややマイナスだったという評価を自分なりにした場合に、どういうふうに対応して転院を求めるか、願うかということ。これは非常に難しいことです。けど、それが訴訟とかそういう問題に反映してくることもご理解いただきたいと思っています。

次は、説明をなぜするかということをちょっと聞いていきたい。白沼さん、あなたは患者に説明しますよね。術後に痛いですか、痛くないですか。説明は何のためにするのでしょうか。

○白沼 説明というのは全部。

○本多 どうして説明を患者さんにするんですか。どういう考えをするんですか。根拠です。

○白沼 まず患者様がいらっしゃったことに対して、治療の方針であったりとかを説明するのと、痛みがあるので、その痛みの状況を患者様が納得していただけるように説明するのが説明だと思います。

○本多 平野さんはどうですか。

○平野 その通りだと思います。

○本多 それは治療のための説明なんですね。説明にはいろいろな範疇があって、白沼先生や平野先生がその通りとおっしゃっているのは、「どういう痛みがあるんですか」「どうですか」、問診に近いですよ。だから、それは治療のための説明なんです。ところが、説明義務というのはそういうのに限らないんです。裁判所が考える説明義務。少し考えてみましょうか。

小林さんは、どう思っていますか。

○小林（勉） 私も最初の方と同じように、納得して治療を受けていただくということを第一に考えて。私はこういう治療をいたしますという目途というか、こういった形を納得してもらってから治療を行うということを目指しております。

○本多 なぜ納得してもらわないと困るんですか。

○小林（勉） やはりその人にとって、その治療が合っているか合っていないかというのがありますので、自分が正しいと思ってやったとしても、その人にとっては正しくないかもしれないというのがあります。自分よがりでないために納得してもらってから行います。

○本多 あなたは専門家なんだから、素人の患者にあれこれ言われても、「いや、そんなことはない。私の治療方針はこうだ」と言ってやればいいんじゃないですか。

○小林（勉） たとえ専門家であっても、その人が本当に嫌だと思ったことを強引に推し進めるのは良くないと私は思っていますので、そうしたことをよく説明して行なうようにしております。

○本多 今、嫌だと言っているのに治療することはできない。これは専断治療から同意治療と

言われているんです。こういうふうには物の価値感が変わってくる。昔は専門家に任せておいたらよろしいと。患者はつべこべ言うなど。あとはわしが治してやると。こういうのを専断医療という表現を使っていますけど、ついこの間までそれが医療界の通説であったんです。患者は医療の客体であって主体ではない。だから、つべこべ言うんじゃない。

ところが、小林さんがおっしゃったように本人が嫌がるのを治療するというのは、いかなるものだろうか。実は先生方の治療を正当化しているのは、先生方が治療していい効果を生まれるためにやったから正当化されているわけじゃなくて、患者さんが同意をしたからその治療は正当化されたんだと、こういう発想に近いですよ。これはあくまでも患者の行為を正当化するための同意ですよ。それで足りるかという議論が実は出てきたんですけど。

○菅俣 インフォームド・コンセントの話だと思いますが、柔整師の立場であり、医療事故被害者会の副代表としての立場から言わせてもらおうと、今までの皆さんの話でする説明というのは最終的には同意を得られてはいないと。本来のインフォームド・コンセントというもので考えたときには、説明責任でしなきゃいけないのは、方法を幾つか提起した中で、どれがその患者さんが一番望む方法であるのか。それに対するメリット、デメリットをちゃんと理解してもらった上で同意を得られる。そこでの納得と同意というところが欠けてしまうと、どんなに話をしていても押しつけになってしまうということ。

○本多 こういうケースが裁判であったんです。乳癌の患者さんが来られたんです。ある病院の先生は、乳癌なら乳房を全部とってしまうという手術。それが一番典型的な手術なんです。ところが、その患者さんはいろいろな情報をとってきて、どうも乳房を残して乳癌の癌巣のところを治療してくれる方法もあるようだという情報があったんでしょう。そのことを自分の主治医の先生に、こういう治療法もあるので、こう考えてくれないかということを書きになったんです。それはまだ当時は学会的に認められていない術式であったということで、一切考慮せずに全摘の手術をしてしまった。これが医療事故として裁判の中に入ってきたんです。

確かにその当時の臨床上の医療水準から見れば、全摘でやるのがごく普通であり一般的であって、そうでない病巣をとるだけでは再発の可能性も高いし、うまくいかないということがあって医学的には、今は違いますが当時は支持されていない。有名な医療機関ではやっていたんですけど、その当時も相当の症例もあったんだけど、まだ医学界では共通のものではない、医療水準ではだめだと、議論されなかった。

これについて裁判所は次の判決をしました。患者さんが知っていた術式、あるいはそれをもとにした術式、でも医者はそれは医学的に通説ではないと。これは間違いであると。そのとき

には患者さんにその旨を全部説明して、患者さんにそれでもどちらを選択するかを考える機会を与えるべきであった。結果、あなたの病巣から見れば、全摘でなければ再発の可能性が高いという場合には全摘になるでしょうけど、そうでない場合には病巣だけを取り除けておけば、再発の危険は高いけども、女性としての機能というか形というか、そういうものは十分保存していきたいという女性の気持ち、そういうものを考えなきゃいけない。

これは菅侯さんがおっしゃったように、術式を選ぶのは患者であって、ドクターではない。もっと言えば、そのドクターが知らない術式、知見の少ない術式であっても、患者さんがそれを知っていて、その治療も受けたいと言っている以上は、その治療ができる機関のお名前を挙げて、そこに行って診てもらえるだけのチャンスを与えるべきだ。

ということになると、同意というのは、医者行為を正当化するためにある同意じゃなくて、患者に医療の機会を、良質な機会、自分の好む機会を与えるための同意である。こういうふうに変ったんです。これは最近がらっと変わりました。

今日、参考資料に出しておきましたけど、ここにもそういう事例でご説明がいっぱい出ています。だから、柔道整復師の先生方も単に自分の習ってきた術式だけで治療するんじゃなくて、いろいろな術式が柔整師にもあるだろう。それを選ぶのは先生方ではなくて、患者さん自身である。ここを基本的な理念として押さえていかないと、これからの説明を十分尽くしたと言いつつ切れないと、こういう話になるわけです。

○荒井座長 私もそう思います。患者さんが見えたときには、まず柔整適用か適用外か、最初はこれが入り口だと思います。その次には自分の技術が適用になるかということです。

この間あったのは、鎖骨骨折で来た患者さんなんですけど、この方は糖尿病で透析をやっている方でした。私は整復をしましたけど、もうこれは私の範疇じゃないなと思って、すぐ救急に回しました。そのように自分がやったことのないこととか、自分の技術の範囲外、初めてやるようなことは私はできないと思っています。ここら辺の判断が、柔整師というのは出来高払いなので、いろいろ引っ張る方もいらっしゃるわけです。そこら辺を医療者として倫理観を持って紹介できるかということもガイドラインに書いたほうがいいんじゃないかなと思います。

○吉田 医療訴訟の説明義務違反あるいはインフォームド・コンセントの問題は、実は大変なテーマです。しかし、インフォームド・コンセントは何と訳しますか、皆さん。「説明と同意」と訳しますか。もともとインフォームド・コンセントは説明と同意ではないんです。インフォームド・コンセントができた国はアメリカなんです。そのところをまずしっかり押さえておかないと、本多先生がおっしゃったように全ては患者の権利の中の、いわゆる選択権という問

題に照らして全てが過誤問題あるいは再検の存在を決定するわけです。普通民事訴訟で問題になるのは、債権の確定があるかないかという問題ですから。そのときにやはり我々は歴史をずっと感じ取っていかないといけないわけです。

どういうことかといいますと、柔道整復師あるいは日本の医療制度というのは皆保険とよく言っておりますけど、これはどういう契約行為によってなされているのかということから入らなきゃいけないです。民法が規定する委任契約であるならば、もし委任契約であるならば無報酬でなきゃならない。公的保険であるからには報酬がついてくるわけですから、民法上でいう委任契約ではないんですけど、目指しているものは委任された契約行為に極めて近いから、準委任契約みたいな形になるんです。もしそれが雇用契約とか請負契約、そういうものであるならば、それはどういうことかということ、終わった後に、対価を受け取る時に成果がはっきりと出てなければいけないわけです。成果報酬的な意味合いが出てくると思います。そうすると、そういうものの中で我々は公的保険というのを日本の医療では使っているわけです。要するに全部定義が曖昧な中で使っているわけです。そして、委任行為であるならば、委任されたわけですから、本来は一定の委任を得た段階で同意は得られたとっていいはずなのに、そうではないからこういう問題が発生するわけです。

どこからインフォームド・コンセントが出てきたのかということ、アメリカの社会の中では米国憲法があります。米国憲法の中に権利章典というのがあるんです。自己防衛手段と、彼らは自己に対する防衛手段を持っているわけです。そうすると、彼らは国と戦争することができるわけです。だからアメリカではライフル協会が引っ込まないわけです。自分の権利を守るためには国と武装してでも戦っていいわけですから。もちろんそこには正義性とか正義性じゃないとかという問題が入ってくるでしょうけど、そういう中で育った経済があるわけです。そうするとアメリカの国の中ではそういう権利章典の中で培われた経済通則が生まれているわけです。

そうすると競争原理もあるし、相手をたたき潰してでもという、あるいは自分の選択権というものが入ってくるわけです。それと我々は自由主義、いわゆる資本主義と言われる中の自由主義経済圏で、米国側はずっとその全体像をグローバリズムで入ってきた中ではどうだったかということ、その権利。権利というのは何に裏打ちされるかということ、自分で自主選択権というのが権利の中の重要な要素の一つなんです。だから、それに応えるかどうかということにならざるを得ない。

だから、それから外れていけば当然日本でなし崩し的にそういう経済通則が入っているわけですから、慣行上そういう中で自主選択権が得られない場合には、全部与えなかった側に過失

行為を求めるといふことはあり得ることです。だから、多分こういう流れになっているのだと思います。もうその流れになっているのはとめられないので。ただ、柔道整復師は今でも公的保険を使っています。そうすると、方法論は細かく規定されていないわけです。

その中で何を説明するかというのは、先ほど本多先生がおっしゃったとおり、自分がどれだけ合法的判断で診れるかどうか即断の判断をできるかどうかということと、そういう状況に照らして患者さんにきちっとした通告行為ができるかということとをきちっとやっておかないと、手法の選択だけでは、柔道整復師の行為を全部、手技療法を一々全部説明することはできない。実際の難しさはあると思います。そういう中でインフォームド・コンセントというものの実態的柔整のあり方については、もう一回議論しておかないと説明ができない可能性があると思います。

○本多 もう一つ例を挙げましょう。

ある患者さんが先生方のところへ来たとしましょう。変形された患者さんでもいいんですけども、これは治療としては治らないと先生方は考えたとしましょう。でも、患者さんが治療を求めてきました。治療をしました。そのときにAという施術をすれば少しはよくなる。しかし、副作用というか反作用が起こる。治らないけども、この方法だと少し楽になる。でも、非常に反作用で怖いことも出てくる。場合によっては骨折が起こるかもしれない、場合によっては別の障害が起こるかもしれない。もう一つのBという治療は、余り効果はないけども、やっていればそのいつかは楽になる。もう根治はしない。

仮にAとBの治療法があるとしましょうか。その先生は非常に誠実な人で、治してやるという意識が非常に強いものだから、リスクの多い治療をおやりになった。説明もせずに、「任せておけ」というやつでね。やった結果、副作用が出て、その人は歩けなくなりました。でも、その人はいずれ歩けなくなっちゃうんです、放っておいても。ちょっと楽になるけど、いずれは歩けなくなっちゃうというか、歩行が困難になっちゃう。

これには説明義務違反があったのでしょうか、ないのでしょうか。綴さん、どうですか。この柔整師は説明義務違反がありましたか、ないのでしょうか。

○綴 あったと思います。

○本多 どこがありましたか。

○綴 やっぱリスクを背負って私どもが治療するというのは、私は否定的です。

○本多 でも説明をすればいいんでしょう。

○綴 説明して納得して、それを書面でいただければいいですけど。リスクを伴うものだった

ら、私は書面をもらわなければなりません。

○本多 山田さんはどうですか。

○山田 歩けなくなる可能性がある。

○本多 両方ともいずれはある。

○山田 私でしたら、説明はいたします。リスクも説明します。改善の可能性のあるリスクのあるほうの治療をする場合のおおよその期間や回数も、これで何回かやっただめだったらちょっと難しいと思うとか、そういうことでやると思います。

○荒井座長 私でしたらAの治療法とBの治療法は説明しますが、あともう一つは、治療しなかった場合その予後がどうなるか、治療を受けなかった場合はどうなるかということも一言つけ加えます。

○本多 それはわかったけど、説明しないで、一番治るだろうと思う、治ったらハッピーだという治療をやっちゃったんです。

○山田 それはだめですね。

○本多 だめですねというのはいいんですけど、これは患者さんのどんな権利を侵害したのか。裁判所が一番悩むんです。柔整師の場合はケースが少ないんですけど、一番わかりやすいケースを挙げますと舌癌なんです。舌癌というのは、やるとだらしなくてよだれがだらだら出て、言葉が出なくなって、食事にも情けない生活をするようになるんですね。だから、その患者さんはそこまでして生きたくないから舌癌の手術は避けたいとしきりに訴えているんですけど、これをとっておくと、予後は悪いけど生命は延命されるというので、奥さんが泣きついたために、本人には内緒で、どこをとったか知りませんが、とっちゃったんです。結果、術後、よだれがだらだらで、言葉がよく出なくなって、クオリティな生活ができなくて、本人はもう生きている価値がないと嘆くわけですよ。で、裁判所に損害賠償を請求した。医者の方の弁護士さんは「治したじゃないか。放っておけば死んじゃったんだよ。延命の処置としては効果的ではないか」と言って争ったんですが、裁判所は軍配を患者に上げたんです。

これは今さっき言ったように、何が侵害されたか。それはいろいろないい説明の仕方があります。いろいろな説明の仕方があるんですけど、最近我々が説明しているのは、そもそもどういう治療を受けるか受けないかは患者が選択する権利なんだと。その権利を奪ったと。非常に抽象的ですよ。いい生活が保障されなかったからじゃないんです。その結果は全然問わない。結果は問わずに、それは患者側の選択のチャンスを完全に奪ったから。しかし、賠償金は安いんですけど。

だから先生方も、そういう意味でいいことをしているからいいんだというひとりよがりには絶対に医療者としてはやっていけない。「私はいいことをしているんだ。患者さんのためになるんだ」と、よく法廷でそういうことをおっしゃるんです。何がいいことか、てめえで考えているだけであって、いいことかどうかというのは先生方だけが考えるんじゃないで、社会全体の価値判断ですから、患者さんのそういう選択の機会を奪ったということでペナルティがかかる。もちろん賠償金は何百万円か何十万円の世界でございますけど、少なくとも制裁的慰謝料は発生するということがあります。

そういうように説明については吉田先生の言う非常に深い問題もあるし、ポピュラーな、しょっちゅう医療界では行われる問題です。それをどうやって記録化するか、これが今日の重要テーマです。それを記録しておかないといけません。

説明したという記録は、山田先生、どこで記録しますか。どういう記録をしますか。

○山田 説明の記録は、私は今はパソコンにその日の状態のところに入れるようにしています。

○本多 記録をする。パソコンというのは施術録。

○山田 はい、施術録。

○本多 施術録に記録を入れなくて説明したと言っても裁判所は信用しません。じゃ、施術録にどういう形で記録をするかということ。極めて具体的に素人でもわかるような説明をなされたかということが大事になります。医者専門用語をずらずらと並べられても説明にはなっていないと裁判所は見ようです。ですから、素人の方にどうやって説明したか。大学教授に説明した場合と普通の人に説明した場合、その説明から受ける読解力が全然違いますから。吉田先生には説明する必要ありませんよね。「あなた死にますよ」と言えば、大体本人はわかっている。そういう人には説明は要らないんだけど、説明しなきゃいけないときは具体的、現実的に説明しないとイケない。そうするとカルテに書き切れないということです。

書くのが大変だということで、最近はそのような書式をつくっているんです。大きな病院なんかは患者さんにそれを渡すんです。渡して「よく読んでおいてください」。で、カルテには「渡しました」と。これもだめと言うんです。なぜかという、患者さんが読むとは限らない。やっぱり渡した後、必ず「読みましたか。どの部分がわかりませんか」というように渡したパンフレットとか何かをきちっと説明して、そこで納得させる。そこまでしないと説明にはならないと。

こういうふうになりますので、柔道整復師の場合も、非常に先生方は書くのが嫌いなようですから書いてない。書きたくなかったら、ワープロや何かで一応一般的な説明をつくって、こういう治療はこういうことが起こりますけどもというのをつくって、それをきちっと説明する。

絵を書いてもよろしいと。そして患者さんにサインをしてもらおう。こういうようにして治療をする。裁判所は「説明したと言っていないながらカルテに書いていないのは不自然である」という判断をされます。もちろんカルテに書かなくても説明したというのが前後の状況から判断することができますけど、一般的には裁判所は「説明をした場合には当然術者はそれを記録するのが当たり前である」という行為規範を持ち出して、それをしないのは説明をしていなかったか、もしくは十分な説明がなかったんだと、こうなります。

これはある大学のケースですけども、奥さんの留守番電話に「手術が2時間早くなった。僕はこの手術が失敗したら、もうこの病院では手術をしないで他の病院で手術するから転院するように手配をとっておけ」というのを入れたらしい。ところが、本人は手術で死んじゃった。「死ぬ確率が20%と説明した」と言うんです。裁判所は「それはおかしいじゃないか」。患者さんは死ぬということを予想してないで留守電に入れているわけです。失敗したら、よその病院で診てもらってから転院できるようにしておけと女房に話をしているということは、術前に十分な説明をしていなかったんじゃないか。こういうことで患者側が勝訴、国立病院が敗訴、こういうケースも見られます。

だから、説明というものについては、先生方が患者さんにどこまで納得させたか。それから、説明書を渡してから治療までにどのぐらい時間がありましたか。それを読むだけの時間がありましたか、ありませんか。実際オペする前にちょっと説明したのではだめです。熟慮する期間を与えなかった、それは説明になっていない。こういう判断もされているようです。この説明についてはそこら辺まで含んだ形で、どの時期で、どういう状況で説明するか。術前、術後の説明、そういうものを踏まえながらガイドラインをつくってみたいと思っております。

時間になりましたので、せっかく今日、吉田先生が来られて。我々はガイドラインをつくらうとしております。先生からの発言の中でちょいちょいとガイドラインについてのあり方、ありようについてお話をいただきましたけど、余り時間ありませんけど、簡単で大変申しわけないんですけど、松村先生にもお話しいたきたい。まず吉田先生からお願いします。

○吉田 私、ガイドラインをこちらのほうで一生懸命作成されているというのを聞きまして、今日熊本から参りました。まず、こういう広がり、日整も含めて、本当は柔道整復師みんなが共有しなければならない世界だろうと思います。その中でJBさん一つだけがあるハードルを一つ越えようとしたのは、従来は柔道整復師とか、いろいろな業界の場合は、業界の受益権のために大体動こうとするんです。業界の利益が上がるということのために業界の云々ということで、その会員さんたちはそれを喜びとするのかもしれませんが、しかし、医療そのものは、



実は国民の皆様たちの通常の生活を支えるために存在している本来は黒子である仕事であるべきで、そうであるならば、本来は患者さんの受益権というのを最も大切に考えて対応すべきだろうと思うんです。その患者さんの受益権のためには、患者さん方の直接の生の声を聞いて、そしてそれを反映する。聞いたその動きの中で反映している実態を行政所管等々に対して理解していただくというのが本来の筋道だろうと思います。

ここには誰も立法府に存在する人が実務者としてはいないわけですから、立法行為に直接出るわけではないということは、少なくとも行政の裁量の幅がどうであるのかということとを彼らに対して訴えていくというのが一つ重要なことだと思います。行政のほうも、もちろん予算化された中で動いているはずなんですけど、国民の皆様たちができれば至福の生活を送れるような世界にどうしたらいいかということとを本来は考えるべき人たちですから、国民の生の声、患者さん方の生の声というのが反映されるのが本来だと思います。そういう意味でこういう活動しながら一つのガイドラインをつくって、そしてそれに携わる医療人である柔道整復師がそこに遵守して関わっていくということはとても大切なことではないかなと思います。

今回は公益社団の熊本の松村会長と一緒に同席してもらったんですけど、実はいろいろ声をかけました。なかなか参加はなかったんですけど、日整の会長にも声をかけました。1時間ほど私に電話がかかってきて、「心の中では理解しております」というところまでの返事はもらって来ました。ただ、実態行動としてこれが全ての柔道整復師に広がることはとても大切なことだろう。ということは、より深く患者さん方の生の声をどんどん聞いて、実態の業務に入れていくという作業がやっぱり必要だろう。そういうことをこうやって活動しておられることに対しては、やっぱり敬意を表したいと思います。

それから、今度はちょっと視点を変えて、「納得」という言葉が先ほどから多用されて出てきていますけど、3年前に日本学術会議、これは内閣府の下にある日本の学会の総本山ですけど、日本学術会議で哲学者と現会長と、物理学者が会長で、あと2人のオブザーバーは京都大学の哲学者と3名を含めて、「わかる」「理解する」「納得する」という3項目がどういう意味であるのかということについて議論がなされました。みんな、「わかる」ということと「理解する」ということは同じだと。「理解する」と「納得する」ことは同じだと思っているんですけど、実は随分と違っていました。理数系で考える物理学者の立場からは、「わかる」「理解する」「納得する」は全部同じ項目で、哲学者あるいは文学的な方々からは全く違うと。それぐらい実は個々の生活や、やはりその人が生きてきた背景あるいは環境、そういうものによって全く違います。本来、一番高いレベルにあるのは多分「納得をした」ということだと思います。「腑に落ちた」

ということだと思います。理路整然としていなくても腑に落ちる場合があるし、理路整然としていても腑に落ちない場合があります。要するに腑に落ちていれば、理路整然としていなくても患者さんは納得しているわけですから、それ以上の問題は起きないと思います。そういう問題が実はこの言葉の中の理解に入っているんだと思います。

今度は本多先生みたいな法曹界の立場で、弁護士ではなくて、判事さんたちが民事関係、要するに民法上の中でいろいろな係争問題が発生すると思います。その問題に対して一定の判決を下さなければいけない、あるいはいろいろなことをしなきゃいけないというときに、これは私が学生の頃、まだばりばりのときに、たまたまですけど東京大学へ加藤一郎先生の公開講座を4回ぐらい聞きに行っただけで、そこで学んだことなんですけれど、裁量者に必要なことは何か。要するに最終的に判事さんたちになる人たちは、こういう係争問題の中では利益と不利益があったとしたときに、どうそれを均衡化させるか。難しい言葉で言えば、利益衡量と呼ぶものですけれど、利益衡量の問題を語っておられました。そのときに反対派もたくさんおられました。同様の教授でも反対派もおられましたけれど、要するに法律行為だけではない問題が、この決断、いわゆる判決行為の中に必要である。

その中には今問題になっている「わかる」「理解する」「納得する」と同じような人間の心情とか、要するにその人と出会ったあり方が全部反映してくる。例えば医療人であれば、患者さんとの間の人間関係のつくり方とか、普段の自分の行いとか、そういうものがきっと反映するんだと思います。そして、その係争問題への発展や、あるいはありなしが決定されるし、そういう問題が全部入ったこういう会議の中でそういうものを今あぶり出しているときかなと思います。だから、非常に貴重な話し合いの場であったのではないかと思います。この程度のことしか言えませんが、一応私のほうからはこれだけで、あとは松村先生に。

○松村 今日はどうもありがとうございました。

昨今、柔道整復師に対するほかの方々からのいろいろな批判等もある、あるいはマスコミ等を賑わすこともある。今私たちが抱えている、どの業界もあろうかと思いますが、やはりそういう諸問題がありまして、それに対して私たちが同じ業界の中でその問題をどういうふうに捉えて、どのように自分たちで問題点について解決できるところをやっつけていかなきゃいけないのか。そういったところを自分自身たちが問われていると、私はそのように思っています。

例えば、うちの県でいいますと保険講習会等はかなり頻繁にやっておりますし、その中にはいわゆる柔道整復の理論、保険請求の根拠となるものをしっかり徹底的にする。かつ事前審査というのも2回やりまして、中には直接資料を持って来させて、いろいろな質問等もしたり

ということで教育と指導をやっていくという形で、やはりそういう共通認識の場を持つということが一番大事ではないかなと思うんです。

ここ数年前からJBの皆様方で、ガイドラインも含めてですけども、こういった考える会ということで立ち上げをなさっているということについて、その努力は大変だろうと思いますが、敬意を表するところでございまして、やはり同じ柔整師としてですね。私は、柔整師は非常にいい仕事だと思っているんです。うちの新入会員にも必ず言うんです、柔整師は本当にいい仕事なんだと。その保険請求に関する根拠が非常に弱いというか、希薄というか、学校でも十分習っていないとか、そういうこともいろいろあるかもしれません。やはりきちっとそこに自信を持って、それに基づいたカルテを含む根拠をきちっと示してやっていく。やっている行為も、先ほどもお話がいろいろありましたけども、私は国民のためにも大変必要な存在だろうと思っていますので、これを次世代までつないでいくようにということで、今は非常に大事な時期だろうということでございますので、私も勉強させてもらいましたし、今後ともぜひ頑張っていたきたいなと思います。私もまた頑張っていきたいと思っております。

○本多 4回で一応会議は終わって、このまとめに入りたい。6月頃にはこれをある程度文章化してみたいと考えております。吉田先生には4回ともずっとフルに出席してもらいたいと思っていたところでございますけど、なかなかお忙しい方でございまして、今回最後に出席、しかも松村先生をお連れしてくださって大変ありがたいなと。また加えて、日整さんにも声をかけてもらって、いつも大変ありがたく思っております。

このガイドラインをつくるのは、少し座長とニュアンスが違うかもしれない。私は5年とか6年とかじゃなくて、柔道整復師の先生方がどういう治療をしているかということすらばらばらであって、外から見てなかなか説得力のあるような治療が統一化されていないように感じておりました。何とか業界の共通の認識に立った財産になるものをつくれれば、あるいは少なくとも、そこまでいかななくても、これはだめよ、これはアウトよというものぐらいまではつくっておいて、次の世代にそれを移していくと、ガイドラインを持っていくということも考えながらつくってみました。

これは吉田先生がおっしゃるようにJBのルールじゃなくて、全国の柔道整復師のルールとしてつくっていかなくちゃいかんということでございます。しかも、このルールは時間とともに変化してきますので、今日つくったものがそのまま永久に残るわけじゃなくて、これは常に書きかえられていくと。書きかえられるような方法でこういうものをつくり上げていくと考えておりますので、つくっているうちにまたわからなくなったら、もう一回こういう会議を開いて

聞き直すということもあるかもしれません。そのときはまたぜひ吉田先生にも松村先生にもご出席いただいて、お知恵をおかりしたいと考えております。

今日はどうもありがとうございました。

○澤田 これですべて「第4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22分 閉会