

## 柔道整復療養費に関する意見交換会

日時：平成26年12月15日（月）

場所：熊本市 熊本交通センターホテル

○H このたび、師走のお忙しい中お集まりいただきまして、ありがとうございます。

私、進行役をさせていただきますH健康保険組合のHと申します。よろしくお願いいいたします。余りこういうのになれていないので非常に戸惑っているんですけども、みんなでいろいろ意見交換ができたらと思っております。

前もって申し上げますけれども、今日の会議につきましては録音、それから速記がなされます。それにつきましては後からチェックを入れますので、これを勝手に公表したり、表に出したりしませんで、皆さんに一回バックしまして、これでいいかということでチェックをかけます。それに基づいて皆さんのご了解をいただいて、その後のいろいろな会合でも発表させていただきたいと思っておりますので、この点についてはご了解、ご了承いただきたいと思っております。よろしくお願いたします。

今日おいでいただいた方について簡単に、私のほうに名簿が来ておりますので、順不同ですけども、お名前を呼ばせていただきたいと思っておりますので、会釈だけで結構ですので、よろしくお願いたします。

まず、K J 健保からM常務です。

KG健保組合からFU常務です。

HG健保からI常務です。

福岡からFR健康保険組合、W常務です。

K共済組合からS参事です。

D健康保険組合前常務理事、A様でいらっしゃいます。

それから、関係者として、構造医学研究財団から吉田様です。

同じく林様です。

それから、柔道整復師のほうから、JB日本接骨師会理事の田中様です。

柔道整復師団体KAから保険部長のT様です。

柔道整復師団体KBからIN様です。

“患者と柔整師の会”から、本多最高顧問です。

澤田部長です。

泉さんです。

伊藤さんです。

以上のメンバーでやっていきたいと思います。

それでは主催者側から、JBの澤田様から簡単にご挨拶をお願いしたいと思います。お願いします。

○澤田 ご紹介にあずかりました社団JB日本接骨師会の事務局を務めさせていただいております澤田と申します。よろしくお願いいたします。

まず簡単にご挨拶というか、とりあえず柔道整復師の業界を取り巻く現状と問題点を課題という感じでお話しさせていただければと思います。

柔道整復師の特に療養費というのは算定基準の単価が低いので、柔道整復師の生活は必ずしも芳しくない。その中でも不正な柔道整復師というのがおりまして、水増しやつけ増しや架空等のいわゆる不正行為等によって、いわゆる蓄財に励むような柔道整復師が片や存在していると。その一部の柔道整復師によって全体の質の低下と、社会の風当たりというのも強くなってきている現状がございます。

そんなような現状を考えまして、健康保険制度の破綻が進んでいるという現状がございますと、療養費請求もさらに厳しい状況になっているのかなと思います。それに対して、結局社会情勢の変化、疾病状況の変化によって柔道整復師が対応すべき、いわゆる俗に言う痛みといったようなものに対して、いまだに徒手整復を中心とした柔道整復術が一応効果を上げているという現実もございますので、とりあえず今日の意見交換を通して、そういったいろいろな諸問題を少しでも、保険者様の皆様と柔道整復師、我々柔道整復業界の方々と交えて、勉強会、意見交換できればと思いますので、本日はよろしくお願いいたします。

○H ありがとうございます。

私からも少しお話を、簡単にですけれども、させていただきたいと思うんです。私がおこになぜこういう形で座っているかということもあるんですけども、私もこの業界については当初は本当によくわからない中で、ただ実際、給付金というのは、当然毎月の事務の中でレセプトが僕らに上がってきた中で、確かに金額とか件数とかは、以前は例えばH健保でいえば少なかつたんですけども、それがだんだん増えていく中で、福岡で一回こういう説明会があるということで、私とかHGの当時のUさんですかね、行く機会がありまして、そのときW常務も同席して、いろいろ話を聞きたいということで当時福岡でご説明を聞きまして。

そのときの内容自体が、柔道整復師さんの業界自体がいろいろ問題を含んでいるということ

は業界さんも非常にご認識されている中で、JBさんがこの業界の存在をいかに認知といいますか、業界を正常化していかなきゃいけない。そういう中で自分たちはこういうふうになりたいというご説明をいただきまして、その内容について、方法は具体的にどういうふうに行っているかというのとはすごく難しい問題があって、なかなか難しいんですけども、趣旨については、私は聞いたのを基本的には賛同している立場でありまして、仕事上も、今後も健康保険組合にいるからには、やっぱりこういった業界についてもっとちゃんと皆さんが知る必要もあるし、業界としてもより皆さんに、一般の人たちにわかっていただく必要性もあるのではないかと、いうところで、会議があるごとに参加させていただいているような状況であります。

そういった中で九州でもやりたいというお話がありまして、その流れで今回初めて熊本でやるような流れになったんです。

今日はそういったところでいろいろ、それぞれの健保の来ておられる方も、こういうことが非常に問題になっているとか、こういう点がわからないとか、そういう点も結構おありかと思えますので、そういうのもどンドン質問という形で出していってもらいたいし、主催者側の方においてもいろいろ、自分たちはこういうことをやりたい、やろうとしているんだというところを砕いてご説明いただけたらと思っていますので、よろしく願いいたします。

それでは、皆さんのお手元に次第があるかと思えますけれども、次第の2番、接骨院での治療の実際についてということで、田中理事からお話したいと思えます。

○田中 広島市安佐南区、8月に災害があったところなんですけれども、すぐ近くです。JRがあつて、線路の向こうは床上、山のほうは土砂崩れというような状況がありまして、まだまだ現地は大変な状況です。そこからやって参りました。皆さんのおかげで大分復旧しております。そこで接骨院をしております田中博といいます。よろしく願いします。

本日は、接骨院ではどんな考えでどんな治療をしているのかをお話ししたいと思うんですけども、7組合の担当の方がお越しになっておられます。7組合の担当の方の中で接骨院に実際に行ったことのある方、挙手をお願いできるでしょうか。——4名ほど。ありがとうございます。

先日岡山で17の組合の方が来られていまして、そのうち接骨院に行ったことがあるという方は3名でしたけれども、7名中4名ですか。ありがとうございます。これからもぜひ使っていただきたいと思えます。

接骨院は、正直、接骨院によって治療方法が違うというのが一つの大きな問題点であるんですけども、私のところではとりあえずどうしているかということをお話ししたいと思えます。

私のところは鍼灸もやっていますけれども、いわゆる外傷は保険での治療、外傷外は全て実費の治療と、この辺はきっちり分けております。外傷が非常に多いというのが現状なんですけれども、今56歳です。27歳から開業して30年になります。30年の間に、この間計算してみると、約3,000名の骨折患者さんが来られていました。もちろん骨折ですからドクターに対診していただいて、骨折という診断のもとで後療を行うわけですが、実際皆さんよくなっています。でも、これは手術に回さないといけないという判断をしたら、すぐにでも手術対応の病院へお願いするという形をとっております。

今は厚生労働省から認められているエコーで観察して、患者さんが来られると問診から入って、もちろん動きとか入ってくる状況とか、そこからスタートですが、そして患部を診る前に全身症状をもちろん診ます。そして、とりあえず疑いがあるところにはエコー観察をして整復を。

接骨院では骨折、脱臼は整復ですが、その他は施療ですよね。施療というものが捻挫でも挫傷でも打撲でもあるんですね。これはそれなりの筋肉の調整、関節の調整というのがあります。別に痛いことをするわけじゃないです。岡山で「悪いところを触ったら余計悪くなるんじゃないか」と言われましたけれども、それはやり方の問題であって、実際施療というのは非常に必要なものです。そのことで患部の調整をする必要があるということです。これが施療です。

その後、骨折の疑いがあれば、当然レントゲンのお願いということでドクターにお願いして、ドクターがドクターの見解のもと後療を始めていくんですが、捻挫、打撲、挫傷に関しては、基本そのまま患者さんにご説明して治療に入っていくというのが現状です。

中には整復がどうしても無理だと。先ほど言ったようにレントゲンを撮って、それでもドクターから帰ってくるんですが、帰ってきてそこで初めてドクターと電話でお話して、「こちらから対応する大きな病院へご紹介しますので」ということで、こちらから紹介しております。それでも3,000例の中でオペに頼らないといけないのは本当にわずかです。

そういう中で問題になったことは、もちろん1例もありません。これが本当の柔道整復師の施療までのお話なんですけれども、実際骨折は年々少なくなっています。これは整形が増えていくということもあるし、接骨院自体も増えていることでもあるんでしょうけども、ただ、私が言いたいのは、柔道整復師の整復は、いわゆる病院とは考え方が違うということをまず知っていただきたいと思います。

基本病院では、骨折すると麻酔を打って、とりあえず痛みがない状態をつくって整復します。

ということは、どういうことかという、むやみやたらには言いませんけども、痛みがわからないために本来痛くなくて済むところをそれ以上やってしまうという状況も現実にあります。柔整はそういうのを使わずに、基本痛みがないという状況を前提に整復します。いわゆる痛みに対して忠実に行うというのが柔整の治療であり、整復なんですね。この辺が整形と柔整のまず一つの大きな違いです。

また次、固定、後療に関しても同じように、要は痛みと相談しながら、その都度痛みが出ない、固定するにしても痛みが出ない方向、後療するにも痛みが出ないように、痛みを少なくするにはどうするかを日々考えてやっています。

○ 「コウリョウ」ってどういう字を書くんですか。

○田中 すみません、後ろの。

○ 後で治療するということですか。

○田中 そういうことですね。1回目は施療と言うんですが、2回目からは後療という形になります。2回目からの治療を後療。後療の中にはマッサージも含まれると思います。例えば靭帯が伸びた、この靭帯の調節も後療です。この辺は後でお話ししたいと思います。

日々観察しながら、拘縮も起こさない。ひどい捻挫であっても、しっかり固定する必要はあると思うんですけども、ただ単に固定していたら関節はかたくなります。筋肉も拘縮を起こします。柔整は毎日とは言わないですけども、何日に1回来させる。もちろん毎日来させる必要がある場合は毎日来させるんですけども、日々患部を観察しながら、患部の状況を診ながら、拘縮を起こさせない、痛みを出さない。足であれば、どうしたら歩くのがより楽になるか、手であれば、少しでも使えるところは残して、本当の患部だけを固定するという、日々そういうことを考えながらやっております。これが柔整的な考え方ということをご理解していただきたいと思います。それがいわゆる治癒に導く最も早い方法だと私は思っています。

先ほど質問がありました捻挫なら伸ばした靭帯をいかに縮めるか。靭帯というのは伸びると、ゴムと一緒にですから、伸ばされたゴムがもとに戻るかということですね。伸ばされたゴムは戻しても緩んだ状態になっていますよね。これをそのまま固定してしまうと癒着も起こす、はたまた伸びたままになる、いろいろなことが考えられます。実は靭帯も毎日日々経過観察しながら調整する、また靭帯が伸びると同時に、靭帯というのは骨と骨をつなぐベルトですので、靭帯が引き伸ばされると関節に多少なりともゆがみというか、ずれが起こります。これも柔整では非常に重要視しているところで、そのわずかなずれを、伸びた関節が広がったのを戻すとかいう方法を駆使して、関節の調整、靭帯の調整、これらを捻挫とか挫傷であれば。

挫傷はおわかりですよね。肉離れですよね。肉離れというのは、筋肉が伸ばされて、もしくは裂けて、それをそのままの状態にしておくと裂けたままですので、少しでも近づける必要性があります。そうしないと、ひどい場合はへこんで治ってしまいます。これらも柔整的には日々それを近づけて治していくということをやっております。それらを考えて湿布して固定しております。

こんなことを言ったらなんですかけれども、ドクターの中には、しっかり固定して、固定を除去して、後は自分で動かさないと。それはそれでいいんですけども、それでもう治っているから「もう大丈夫ですよ」と言われるドクターも結構おられて、それが痛いからとまた来られるんですけども、この辺の考え方がドクターと私らの違いということをご認識していただきたいと思います。

もっと別の言い方をすると、熱があったら解熱剤、水がたまったら水を抜くという大方の治療方針があるんですけども、柔整は熱がなぜ出るのかということを考える。熱というのは、例えば風邪で細菌が入ってくる、ウイルスが入ってくることで、そのウイルスや細菌と闘うために熱が出るわけで、余り高熱が出ると、これまた脳の疾患が起こりますからちょっとまずいんですけども、低い熱の間は闘っているのを無理やり下げるのはいかなものかなど。当然その辺おわりのドクターはそんなことはしませんけども、そうすることによって人間が持っている治ろうという力が弱くなっていく。

膝に水がたまっていれば水を抜く。水を抜くと確かにその場は内圧が下がりますから楽にはなるでしょうけども、膝の水を抜くことで軟骨同士がぶつかり合うわけですが。軟骨同士がぶつかり合うと、当然そこにまた炎症物質が起こって、また水がたまる。抜いた後にちゃんとまたたまらないような処置をしっかりといただいたらいいんですけども、残念ながらそういう考え方はなかなかない。柔整はその辺を、いかに人間が持っている治ろうという力を導き出して、その水は治し方で自然に抜けるんです。その抜いた状態をどうやってやるか。それは後療でもあり、固定法でもあります。これらを人間が持っている自然の力で治していこうというのが柔整の考え方です。

私たちは炎症があればアイシングまたは冷湿布をして固定します。痛みがあったら、どういう固定が患者さんにとって楽だと言われるかを聞きながら、最小限の固定をする。そのことが患者さんの体に真摯に耳を傾けることになっていると思っております。

先ほどから言っているように腫れているなら自力で引かせる方法に持っていくにはどうしたらよいか、抜かなくても水を散らすにはどうしたらよいかと考え、自己治癒に導いております。

これが柔整哲学、自然哲学のもとに患者さんの安心と完全治癒を目指した東洋医学的治療学の考えでございます。ということをおわかりいただけたでしょうか。

ちょっと各論をお話ししたいと思います。

その前に、先ほどもありましたようにできるだけわかりやすい言葉でお話ししたいと思いますんですけども、わからない言葉があったら、どうぞ遠慮なく質問してください。

まず、外傷というものは、いわゆる急性期と亜急性期、さらに亜急性期消失後と、この三つに分かれています。

急性とは、いわゆる炎症が盛んな時期で、患部が動かなくても痛む。だから、罨法は氷及びアイスパックで冷却して、炎症除去を目的に施術する時期である。

亜急性期は、急性炎症は軽減したんだけど、まだ動かすと痛い。そういう状態のときに何をするか。これは個々の考え方があるんですけど、私のところではアイシングをして、その後に温めます。そのことで深部の代謝をよくする時期と考えています。どういうことかという、氷を握るとしましょう。氷を握ると冷たいです。当然のことながら冷たいです。急性期のときはそれでいいんですけども、握った氷を手から離すと、後でかっかしてきますよね。これは何がかっかしてくるかという、表面は冷たいけれども、深部では血流が起こっている。人間はどこを切っても体温はほぼ変わらない。そこだけ冷やすわけにいかないです。そのために血流がそこに集まってきます。そのことで深部の血流がよくなってきて、表面は冷たいですから、この表面を少し温める必要があるということで、その後に温めるという時期を私は亜急性期と捉えております。

亜急性期が終わると、今度は温めるという時期に入ってきます。これは炎症がなくなって、どんどん温めて治していく時期になるわけです。

それでは何が急性で、何が亜急性で、何が亜急性消失後なのかということになると思います。これをわかりやすく腰痛でお話ししたいと思います。

患者さんが腰痛で来られたとしましょう。「腰が痛いです」と来られた患者さんがどういう状況なのかという判断をいろいろしていくわけですけど、当然急性であれば動かすと痛い、じっとしていても痛いです。ただ、特徴的なことがあります。急性期というのは時間とともにだんだん痛くなってきます。朝に痛めたら、時間とともに痛みがだんだんひどくなってくる。これを急性と捉えます。要は、朝に痛ければ、「朝の痛みと比べて、今は痛みどうですか」とお聞きするわけです。「今は朝よりも痛くなっています」と言われたら、これは炎症がひどくなっているということで、急性の治療をするということになります。

亜急性期というのは患者さんがどういう訴えをされるか。朝ぎっくり腰になったとしましょう。「今の痛みはどうですか」と聞くと、「今も同じように痛い」と。炎症がひどくなっているわけじゃないけど、今も痛い。要は、持続して痛みが起こっている。こういう時期を亜急性と私は捉えております。

朝は痛かったけど、時間とともに、今のほうがだんだん楽になってきた。これはもう炎症がないという判断のもとで温罨法をする形になります。もっと細かく言えば、もっといろいろな言い方があるんですけども、わかりやすく言えばこういうことになります。

そのような見分ける症状による評価分類して施術に入る。しかし、人間ですから、何か無理してまた痛くなって再負傷する。これはよくあります。よくなったところにまた痛くなったという患者さんに生活指導するんですけども、なかなか難しいというのをご理解いただきたいと思います。再負傷があるために長期になるというのは多々経験する部分ですので、この辺はご理解いただきたいと思います。

ということで話は終わらせていただきたいと思いますと思うんですけど、何かご質問があればお受けしたいと思うんですけども。

○本多 普通、もう既に一回負傷を経験した患者さんがいて再負傷するというのは、再負傷になりやすい状況なんですか。この状態では再負傷しやすい状態にあるということですか。

○田中 全く健康な人と比べて再負傷しやすい状態にあるのは確かです。

例えばまた腰痛の話になりますけど、腰痛というのは、一般的に言われることは筋力低下と柔軟性の消失ということです。柔軟性がない人に対して柔軟性の指導をするんですけども、すぐにはそんなに柔らかくならないですね。筋力だってすぐにはもとに戻らないです。それは日々言って、筋力強化しなさいって、でも強化し過ぎて痛くなる人もいます。非常に難しいところ。どんどん一生懸命やられて「また痛くなりました」と言う人がいて、これも難しいところで、どんどん筋力強化しなさいとも言えない部分があります。これは個人差があるんですよね。

○本多 今、急性期と亜急性期、亜急性期の症状が消失した時期と三つに分けてお話しいただきましたね。一般論ですよ、平均で結構ですけど、その患者さんの通院頻度というのは違うんですか。

○田中 一般論の話をする、急性期はできるだけ来れるときは来てくださいと。亜急性期になってくると、少しずつ間をあけていく。亜急性期が消失したら、先ほど言ったように個人の努力の部分もありますから、もう少し期間があいて来てもらうという形になります。

○本多 急性期はどのくらいの期間。1カ月とか2カ月とか。

○田中 急性期は、最初の症状によりますから一概に言えません。1日の人もあれば、1週間。腰痛の話ですね。腰痛も椎間板に何らかの、病変とは言わずに、椎間板にダメージを受ける椎間板性の腰痛はちょっと時間がかかります。急性の症状は長い。筋膜性であれば1日、2日です。その状況によります。

○H T部長から治療について何かつけ加えたいこととか、専門的な柔整師の立場で何かお話しございますか。実際の治療に関して。

○T 私も自分で治療しますが、いろいろな先生が自分の治療技術を駆使して治して行くんですけども、その過程は、柔整師がいろいろ勉強している中で一番自分が信じた治療とか、勉強していった治療を行っていくので、柔整師一人一人の治療法が皆さん違うんですね。

私の治療ではテーピング等をするんですけども、それを全くしなくて治療する柔整師もいるし、自分が信じた治療でなるべく患者さんを早く治してあげたいということを考えて日々治療しています。

○本多 今、田中先生がおっしゃったような治療につけ加えるものはありますか。僕だったらこういう治療をしますよというのがありますか。一応時期を三つに分けていますよね。そういう三つの分け方も含めて、先生の場合どうですか。

○T 症状の経過を診て、先ほど言われたようにアイシングが必要な場合はまず冷やす等の治療をしたり、固定を行ったりですね。それで痛みの症状が変化してきて、自分でこの症状まで症状が落ちついてきた場合に、治療法を自分で再度変えていきます。ほかに運動療法等していった患者さんの痛みをとっていくということを目指しております。

○H ありがとうございます。

今までのお話の中でご質問か何かありますか。よろしいですか。

○M 今、田中理事さんからいろいろご説明いただきまして、柔整師さんの中ではちゃんと考えていろいろ治療されているわけですけど、我々の立場からすると、どこまでが保険適用なのか、そうでないのか。我々の健保の保険適用の範囲というのがなかなか判断しづらいところがあるわけですね。

今いろいろ治療されているのが間違っているとは私たち一切思っていないんです。もちろん患者さんのことを考えてされているということですから、それはもう間違いないと信じているんですけども、保険適用ということからすると、急性、亜急性、外傷性という基準がある中で我々も判断するものですから、そのあたりを患者さんにどういう説明をされて。こういうふう

にということが説明されているところと、そうではないところがあるものだから誤解されるというかですね。

今日お話を聞いて、そういうことをすっきりしないとお互いに嫌な気持ちになるんじゃないかなというふうにですね。やっているのは間違っていないと思いますし、ちゃんとやられているわけですから、それをどうこう言うことは何もないと思っておりますので。

そのあたりは例えば患者さんにどういった場面で、来られたときの場面で、どういう考え方で。つまり、これは保険がききませんよ、これは保険が適用できますよとか、そういうお話をどんなふうにされているのか。ぜひそのあたりをお聞かせいただければありがたいんですけど、よろしくをお願いします。

○H すみません、今、M常務がおっしゃったような部分については、後の3番目の問題点とか、そういうところで我々からの質問とか、いろいろなご意見が出るかと思いますが、そこで思っていますので、そういうことでお願いします。

それでは、田中理事とかT部長からお話があったことについてはよろしいですか。こういう治療をやっていると。症状としては3段階にして、そういうことがあって、それぞれ治療は違うけども、治療をやっているんですよ。

○吉田 吉田と申します。田中理事が説明されたこと、それからT部長が説明されたこと、ほとんど柔整師がやっていることの実態だと思います。ただ、保険者の方たちが審査する段階において、そういう話は全て証明要件に当たるかどうかということにつながっていくと思うんですね。

例えば根幹的なところで一つ大きな欠点があるのは、まず柔道整復師と医師は傷病名のつけ方が全く違うんですね。柔道整復師は何とかの捻挫とつけてしまいますね。医師のほうでは捻挫症とつけます。「症」がつくのとつかないのでは全く意味が違うんですね。だから保険者の方たちは、柔道整復師さんたちに対する支払いの問題に対していろいろな疑問点を持つわけです。それは何がそうであるかという証明が今の感覚的な部分でしか出てこないということです。

捻挫というところでとまっているのは、捻挫という行為であるということなんですね。捻挫という行為であった。行為というのは、そういう状況が起こったということが病名になっている、傷病名になっている。医師の捻挫症というのは、捻挫症ということを確認するという要件が入ってくるんですね。だから、そこに検査が必要になり、そして物的な案件として証拠を出さなければいけない。柔道整復師は証拠を出さないというのではなくて、状況の証拠。つまり、伝統的に状況証拠によって対応しているんですね。医師は物的証拠に基づいて処方することに

なっているんです。だから、そこが全く根幹的に違うところなんですね。それを混同することによって全く感覚的な話になっているのでしょう。そうすると第三者、いわゆる保険者サイドからこれをどう支払いを給付するかという根拠が見えない形になってしまうんですね。

医師においてもいろいろな立場があります。いろいろな立場、いろいろな療法が存在しているんですけど、療法の問題ではなくて、今言ったような状況の証拠に基づいて対応するという、いわゆる伝統系の医療と物的証拠を实在のものとして対応するものの違いがそこに存在しているんですね。だから、保険者さん方は医師と柔道整復師の違いがわかりにくくなるということなんです。

それから、田中理事は急性期、亜急性期、亜急性消失期と。実を言うと亜急性消失期というのはすばらしい時期のつけ方ですね。病的には急性期、亜急性期は存在するんですけど、亜急性期消失というのは存在しません。というのは、亜急性期というのを医師で通常使うことはまずありません。それも保険者サイドではとても困っていることだと思いますね。

状況というのは、つまり、時間的な関係が関与しているということで亜急性期という名前が出てくるのであって、その状況を見捨て、要するに断片ですね、ある証拠が出るということは、そこで切った時刻で判定する場合には亜急性期というのは出ないわけですよ。だから、その部分を上手に理論的につくっていかれたということで、すばらしいことです。これは医師も勉強しなければならないような概念ですね。

非常にうまく説明されたので、これを保険者さんのほうが理解できていけば、その状況に合わせた給付というのが、一つ適正さというのが出てくるのではないかというふうに私は今お話を聞きました。もっと細かいことはたくさんありますけれど、まずそこだけは共通認識しておかないと、医師と同等と思っただけの給付であれば全く違う概念になってしまいます。

○林田 ありがとうございます。

○本多 今の説明、保険者さん側は少し理解できましたか。私は毎回言っているんですよ。医者の方の言葉を使ってやっているから、全部同じだと思っているんですよ。それは違うんだということ。皆さんは医者の方の一般用語を頭に入れて審査していますから、余計にわからなくなってくるんです。そのずれをうまく利用している悪い柔整師がいるんですよ。だから、その悪い柔整師を外すには、今吉田さんがおっしゃったことをきちっと整理すれば、いいかげんな柔整師はこの業界から消えざるを得ないんですよ。ところが、それはやらないんですよ。皆さんもやらない、柔整師側も余りやっていない。

吉田さんが今おっしゃったのが本当の根本なんですよ。捻挫というのは負傷名じゃないと言

いました。捻挫というのは行為と言いました。行為というか、捻挫という状態を言っているだけのことですよ。足をひねりました、この状態を言っているだけのことなんです。医者はその言っていないよ。足をひねったのが原因だと。そこに何らかの症をつけたわけです。するともっともらしくなるじゃないですか。

その辺の違いを、お互い同じ言葉を使って同じようなことをやっているから、どうも誤解されちゃうんですよ。幾ら言っても保険者側もわかりにくい。そのわかりにくいところをうまく利用して、わけのわからん柔整師が出てきた。この数が増えれば増えるほど、ますますわからないものが通っちゃうんですね。問題点はそういうことです。

○H それではよろしいですかね。

今の吉田先生と本多先生のお話である程度、私は大分理解できたというか、実際少しわかったようなところがありました。いいお話を伺えたのかなと個人的には思っています。ほかの方よろしいですかね、次に進んで。

それでは、本題に入っていきます。本題という言い方はおかしいかもしれないですけども、今度は次第の3番に入ります。

○伊藤 3番について追加した資料をお話ししていいですか。

皆さんのお席の前に一つ資料を追加させていただきました。こちらがこれから澤田が説明する資料になりますので、こちらのパワーポイントを使ったやつを手元に置いてください。

それともう一つ、資料の一番最初にありました小さい「JB接骨院」と書いてある資料があるんですが、これはJBの本部ビル2階にある接骨院で使っている領収書とか問診票とかを一つにまとめてあります。こちらも参考になさって今からのお話を聞いていただけたらなと思います。よろしくお願ひします。

○H それでは、3番目に入ります。柔道整復師療養費請求の実務上起きている問題ということで、最初に請求者側からの問題点ということで、澤田さんからお話をお願いします。

○澤田 まず、このパワーポイントを説明させていただく前に、一般的に柔道整復師会のやっている審査スケジュールみたいな、審査の内容というか、そういったものを簡単にお話してから、実際に起きている返却の例みたいなものをご紹介していきたいと思ひます。

私どもJB日本接骨師会で行っている自動審査というか、審査の簡単な内容みたいなものをご説明したいと思ひますが、当会は、97%がUSBメモリーによって電子化されたデータとして全国の1,300カ所の施術所からデータが送られてきますので、ある程度ロジックを組んで自動的にコンピュータで審査を行うようにしております。これで形式的な審査というか、内容

の審査ではないもの、例えば近接部位ですとか骨折の医師の同意の有無ですとか、そういったものは大体審査ができるようにしております。あと重複請求とかも、後でお話ししますが、できるようにしております。ですが、それはあくまでも形式的な審査でございまして、それで保険者様から返戻がないのかといったことになると、結構返戻が当会でも発生しております。

それがこちらの別添の資料になるんですが、保険者様からどういった返戻があるかというのを outs させていただきました。具体的に言うと資格喪失、記号番号。これは主に保険証の転記ミスということだと思んですが、施術所の事務的なミスや事務処理の問題ですので、内容云々という問題ではないのですが。

3 番の負傷原因の記入漏れというのは、JBでも自動審査で記入していないものについては返戻を事務局サイドでしているんですけども、具体的に内容が悪いという、いわゆる不備のほうですね。JBでは毎月15万件のレセプトを請求させていただいているうち、保険者様から毎月3,000件の返戻があるんですが、そのうちの約1割がこの内容で来ています。

4 番の生年月日、住所、続柄の記入漏れ、誤りというのも、具体的には保険証の転記ミスですので、1番、2番、4番については事務的な処理ミスです。これは接骨院の事務的な能力を上げていただくしかないんですけども。

5 番、患者様の回答と異なる施術については具体的にどういうことかということ、保険者様で行っている患者調査と内容が違っているということで返戻になっている。9.5%とか7.3%とか、この辺が内容的に返戻として問題になっているということになります。

次のスライドは、先ほど簡単に説明させていただきましたので省略させていただくとして、今説明した患者様の回答と異なる施術といったものは、結局保険者様の行っている患者調査と内容が違うということですので、それは予診票と施術録をきちっと記載していれば問題にはなりません。その際、予診票をちゃんと患者様に記載していただくように当会では指導しています。これがあれば患者様が来院時にはそのように症状を訴えたという物的証拠になりますので、当会としては予診票の患者様への記載依頼。患者様が逆に書いていただけない場合は、患者さんに促して書いていただけない項目を補填していただくようお願いしています。

○ 予診票はわかりますかね。ここにございます。

○澤田 それにもかかわらず返ってきてしまう実例として、負傷原因の記載の悪い返却例ということ。もともと書いてあるのは、学校でバスケットをしていてボールをジャンプしてとろうとしたときに指にぶつかってひねり、両膝もそのときひねり負傷ということで負傷原因を

書いたところ、保険者様から負傷の原因が希薄です。両の膝をひねる動作をお知らせください。この施術者が書いたのは主に指にぶつかってひねったということで、両膝もそのときひねりしか書いていません。この場合、やはり保険者様としては膝をどのようにしてひねったということが必要になるということですので、これは柔道整復師側の負傷原因の書き方が悪かったということで返戻になったケースです。これは両膝もどのようにしてひねったかということが必要になるということで、当会でも指導しております。

次に、負傷原因の悪い記載例その2として、傷病名が腰部捻挫、左膝関節捻挫、頸部捻挫とあるうち、施術所では1として腰部捻挫ですけれども、洗濯機の中のものを取り出そうとした際負傷する。2の左膝関節捻挫の負傷原因として、正座をしていて立ち上がろうとした際ひねり負傷する。3番の頸部捻挫の負傷原因として、朝の洗顔中にひねり負傷というような負傷原因を書いてきました。そうしたら保険者様から返戻が来ました。全ての負傷に対する負傷原因を具体的に記載の上、再提出してください。(1)、(3)。

特に1番の洗濯機の中のものを取り出そうとした際、ここまではいいんですけれども、負傷するとか書いてないんですね。どうしたのかということがまるで書いてないので、保険者様のほうで問題になった。3番の頸部捻挫としては、朝の洗顔中にひねり負傷。洗顔中にどのようにしてひねって負傷したのかがないということで返戻してきたということです。これは負傷原因の原則的な法則みたいなものがあるんですね。5W1Hみたいなものですが、「いつ、どこで、どこを、どのようにして、どうした」ということがそれぞれ欠けていたといった事例ですので、この場合は返戻になったということです。

1は負傷年月日がありますけど、どこでというのがなく、どこをとというのもない。どのようにしてというのは洗濯機の中のものを取り出そうとした際。負傷するというのは負傷原因ではないので、捻挫ならばひねった、違えたとか、打撲ならば打った、ぶつけたと。捻挫ならば伸ばした、引っ張られたといったようなちゃんとした状況を書いておかなければいけないということになります。

次の頸部捻挫の場合も、朝の洗顔中にひねり負傷するとありますが、今度は朝という時間は書いてあるんですけど、どこでというのがない。1部位目にあっただのようにしてというのが今度はなくなってしまっていて、どうしたのひねり負傷というのが3部位目にはあった。これも不完全な負傷原因ということですので、この場合はどのようにしてというのが必要になってくるという事例で返戻が来ております。

このようなものを事例として挙げましたが、一々個別に対応して、足りない部分は、当会の

会員ですので指導して、訂正して出し直していただいております。

次に往療理由の例として挙げておきました。最近、往療自体が理由はあっても返戻の対象になりやすいということがあります。往療理由の場合は、特に簡単な記載例の1みたいな歩行困難のためというようなものだけでは、医学的根拠に乏しいということで返戻になってきてしまいます。かといって、2番のように負傷部位、右足関節捻挫、右中足趾節関節捻挫とありまして、右足腫脹歩行困難である。右中足趾節関節捻挫は腫脹あり、疼痛ありと。歩行困難であるために往診療を要しましたという理由を書いてあったんですけども、これに対しても、真に安静が必要な状態でしょうか。または家族介助による通院も不可能な状況だったかということの説明してくれという返戻が来ています。やはりこれだけでは通りづらくなっているということです。

特に内科等の医科には家族の方が連れていっている場合、なぜ柔道整復師には連れていけないのかといったような実例で返戻が結構あつたりしますので、やはり往療自体が算定しづらくなってきってしまうような実例になってきていると思います。

最後に、治癒見込みというものでの返戻も来ていたりします。これは最近ちょっと増えてきました。それについては平成24年3月12日の保医発0312号、いわゆる4課長通知というやつですけど、それに長期及び長期頻回といった場合は、どうしても治癒見込みは書いてくれということを保険者様が最近結構言ってきていることがありますので、こういったように長期理由の記載が簡単といった場合は返戻の対象になってきております。

その辺の治癒見込みの例は一々ご説明しませんが、先ほども言いましたけど、4課長通知のところで3部位以上の負傷、3カ月を超える長期継続(4カ月目以降)、施術回数が頻回傾向(1月当たり10~15回以上)といったような施術の場合、厚労省のほうが具体的に文書照会や聞き取り等をしてくださいと保険者様に依頼するような文書が出ておりますので、どうしても長期及び頻回に対しては厳しい返戻が来るのかなということは最近の傾向としてあるようです。後で長期理由の返戻例はごらんになっていただければいいと思いますが、そういった傾向があるということです。

最後の2枚のところを見ていただくと、全般的に言えることとして、施術録の記録は小まめに記載しておく。施術録の裏面に症状とか経過を書く欄があるんですけども、そこに書き切れないと言う柔道整復師の先生もいらっしゃるようですが、その場合はメモがわりの用紙をカルテにつけておくというのも一つの方法ですということで当会では指導しております。

施術録が裁判等になったときの公式的な記録として認定される唯一のものです。特に最近

レセプトコンピュータに内容の入力だけして、用紙として出力しないという柔道整復師の先生がいるというお話もありますので、これは当会では少ないと思うんですけど、そういったことはやめていただくように指導しております。

あと、先ほど言いました予診票と、来院簿といいまして、患者様のお名前と日付だけ書いていただくようなもので結構ですので、患者様が具体的に来院されたという事実が明かせるものの記載を当会では指導しております。結局これを記載していただくことによって、例えば患者様が10日しか来院していないということをおっしゃったとしても、実際的に12日入院していたといった場合がありますので、その場合の裏づけになるようなものとして来院簿も必ず記載していただけるように当会会員の柔道整復師には指導しております。

といったような返戻の実績がありますが、こういったことがこれからも問題になるのかなと思われま。以上です。

○H ありがとうございます。

○本多 この資料のお知らせとか書いてあるのをご説明して。領収書とか。それが終わってからやったほうが議論しやすい。

○澤田 1枚目は、先ほど言った来院簿の一つの例ですね。これは具体的な実例です。下は明細書ですね。保険分の一部負担金と保険外分の料金を分けた内訳がある別の領収書もあるんですが、これは当会の本部の2階にある接骨院ですけど、臨床研修所の附属の接骨院であるものですので、ちょっと細かく出しているということになっています。

2枚目が先ほどから説明しております予診票です。3枚目が施術録。この2枚が一番重要な書類になっています。

次は、よく交通事故で第三者行為届を提出されるのを忘れていた患者さんがおりますので、当会では患者様にきちんと第三者行為届を保険者様に出してくださいよということを促すチラシを作成しております。

その次が、レセプトの開示というか、レセプトを見せられますよといった説明を施術所内で掲げるポスターの実例として挙げております。大概月末に支給申請書ができますので、その支給申請書をつくるのが、これは翌月9日と書いてありますが、当会にまとめて出していただく締め切りが10日ぐらいになっております。別に9日と限定しているわけではありませんが、出す直前ぐらいまでにつくっているということですので、その辺でつくっているということです。

最後は、健康保険の適用、適用じゃない分で自己負担の分もごぞいますよということのお知らせのポスターになっております。以上です。

○H ありがとうございます。今のご説明の中でご質問とかございましたら。

○吉田 いつも根幹的な質問ですみません。返戻をされたと。それに対してJBさんはこういう指導をされていると。以前からなんですけど、「いつ、どこで、どこを、どのようにして、どうした」という話は、実を言いますと、医科を含めて全てなんですけど、本多先生は弁護士さんですからいろいろなところで、原因の特定という問題はいろいろな事案、こういう医療だけではなくて、ありとあらゆる問題に対して。例えば水俣病の原因の特定という問題であったり、飛行機が墜落したときの原因の特定と、原因と簡単に言いますが、大変難しい問題なんです。簡単に原因の特定だとかいう言葉になって、もしこれに縛られたとすると、社会事情とは全く合わない問題が出てくるんですね。それはなぜかといいますと、難しい言葉なんですけど、事実事象における認知度。その3カ月後の事実事象の認知度というのが、もう既に世界中の脳科学者、精神分析者、心理学者をもっても明確に出ている基準があるんです。その基準によりますと、3カ月後に自分が何をしていたのかということが言える方がどれだけいるかということなんですけど、まず正確な指標で言います。事実事象から3カ月を経たときの認知精度というのがちゃんと出ていまして、おおよそ50歳は19%、60歳は26%、70歳は39%、80歳は62%の過誤率、つまり正確でないということです。正確に覚えていないということなんです。そうすると、例えばここに患者の回答と異なる施術が7.3%と出てきますね。何が事実であるのかというのは誰が確認するのでしょうか。そうすると、例えばレセプトが返戻された。それが誰かに戻って、その事実性を誰がどのようにどう説明するのかということとはわからないということですね。

そもそも健康保険法が施行されたとき、それから労働災害における支給という問題が施行されたとき、この二つを種別する手法として、国はこの問題について十分に協議をしたんですね。それは国立国会図書館に行って調べられるとよくわかりますけど。このときの審議がどういう内容であったかということ、労働災害というのはそもそも勤労に携わる国民が災害を受けたときに、その障害をもたらさせた雇用主並びに国に対して、労働災害を保障し賄うだけの対策をとりなさいということから始まっているわけですね。健康保険法は全く違っていて、自分が日常生活をする中で負傷したときに、その自己主張において自分の対応を医療機関に申し出るという話なんです。だから、労働災害の場合は、その人に対して国が最終的には責任を負わなければならないわけですね。健康保険のほうは全く違うわけですね。

それが健康保険法に由来するべきなのか、労働災害に由来するべきなのか、あるいは第三者行為という別の民法上に規定される、いわゆる過失責任を問われたときにその人に対する賠償

責任の問題として発生するのか。これを明確に区別するためには何が必要かという、「いつ、どこで、どこを、どのようにして、どうした」という案件が見えたときに、初めて誰に過失責任があるか。つまり、どこが保険者になるかということの規定できると決めたんですね。その内容が「いつ、どこで、どこを、どのようにして、どうした」ということなんですね。

だから、その案件の種別と、例えば柔道整復師さんが行う施術行為の根拠となる原因に求めるというのは全く違うわけです。いつからこういうことをしているのか。私は厚生労働省の上級職責の方とかとよく協議をするんですけども、「先生、これは私どもの通知に相当の問題があって、誤認行為が相当あります」とはっきり言われます。なぜこれが根拠なのか。おおむねどういうことで外傷性素因があるのかどうかということが明確であるかどうか。そういうことと、それから第三者行為。要するに他人によって傷害されたのであれば、その第三者が賠償責任を負わなければならない。だから、そこをはっきり分ける。

それから、それが勤務、しかも労働の渦中にあったということであれば、企業または国にその責任があるということを明確にするということが問題点なのであって、事実上、先ほどの細かい膝をどうこうしたとかいう話とは次元の違う話で行政機構はこの文言を入れたんですね。なぜそれがこういうふうになっているのかというのは、柔道整復師側にも聞きたいし、事務方にも聞きたいし、保険者さん側にも聞きたい。なぜか、これは私にはわからない。

これは先生どうですか。

○本多 全く同じですね。これは皆さん絶対誤解しているんですよ。皆さんの原因を明らかにしろという意味は、慢性の原因がはっきりしないものまで取り込んでは困るよと。外傷性だよということを知らせるための基準なんだよ。

吉田先生がおっしゃっているのは違うんですね。この病気の原因、負傷の原因は何かということ。こんなことはわかるわけがないです。医者もわかるわけがない。皆さんのほうではいつけがをしたかという、そのいつが慢性なのか、柔道整復師が扱う領域なのか、そこを区別しようと思って、これを言っているんですよ。だから思惑が、同じ言葉を使いながら言葉の用法が違うということをね。

皆さんのほうは照会しますよね。照会すると患者さんは、自分自身が認識していないことはいっぱいあるわけですよ。転んだんだけど、転んだのが本当に原因でここが痛いのか、そうじゃなくて前から痛みがあって転んだら余計増幅したのかということ、患者さんにわかるわけがないでしょう。それを皆さんは知ろうとするんです。だから大混乱を招いてしまう。患者さんはそんな専門家じゃありませんからね。だから、そこは照会の限界があるということを僕はし

きりに言っているんだけど。

もう一つ言いましょうか。この例を挙げたのは、実はこれは本当に外傷で治療していないということはすぐわかるんですよ。もし正常な治療をしていれば、こんな原因の書き方はしないですよ。洗濯機に手を突っ込んでひねるって、どんなことを考えても出てこない事象ですよ。洗濯機の中の荷物は軽いですよ。それでもって何をひねったんですか。足場が悪くて体をひねったというなら別ですよ。それは洗濯機の話じゃないじゃないですか。

そういう意味で、私はこういうのを見て非常に柔整師の品格が具合悪いなと思っているのは、原因を書けというから原因を書くんだけど、全く世の中の常識とは違った原因を書いていますね。だから皆さんから返却されるわけで。原因はわかりませんと患者さんが言っていますと書かれたら、皆さんはどうするんですか。それでも不支給にしますか。痛みはあるんですよ、運動制限はあるんですよ。でも、原因はちょっと把握できません。これは本当の話ですよ、患者さんから見れば。それを探るのが専門家じゃないですか。「なるほどな、こういう原因だ」とかあるんですが、それも絶対的じゃないですよ。その事象から見て多分こういう原因だろうと推測するんじゃないですか。

○吉田 整形外科で取り扱う場合には免疫性の障害があったり、いろいろあるわけですよ、リウマチの問題があったりしますから。それで整形外科学会では5年前から外傷性の要素を分けるときには高エネルギー外傷、低エネルギー外傷と分けているわけです。これは学会でもちゃんと、学会誌もそういうふうに出てきています。高エネルギー外傷というのは、例えばどんと衝突したりとか落っこちたとか、そういう問題があるとき。それから、日常の些細な動作によって起こるときは低エネルギー外傷という形で分けております。

エネルギー外傷のエネルギーは生物物理学的な言葉で出てきたんですけど、もしここから出発するのであれば、エネルギーということは時間の流れと合致しているんで、どちらかというと整形外科医界のほうが柔道整復師が営んできた状況証拠に近づいたのかも知れません。

物的証拠に寄り過ぎた、例えばレントゲン写真だけで判断した、あるいはMR Iだけで判断した。ところが、アメリカのデータでは、MR Iで椎間板ヘルニアの75%は、いわゆる症候と関係ない、無症候性ヘルニアと言うんですけど、ヘルニアということが見つかって、病気と関係ないと。75%の否定率なんですよ。そうすると、画像診断で仮にヘルニアがあったとしても、それと病気とは無関係だと。

これが最近ずっと出てきて、例えば内科でも同じようなことが。例えばインスリンが出てこないのが、足りないのは低インスリン性の糖尿病、いわゆる1型糖尿病と言っていた。しかし

今はそうではなくて、インスリン耐性糖尿病。つまり、インスリンは出ていても反応しないんだと。

つまり、物質だけでの同定では、状況証拠ではなくて物的証拠ですよ。物的証拠だけではその証拠を明かすことができないということで、状況証拠にもう一回近づいてきているわけですね。歴史の流れを見てください。もともとは物的証拠なんか誰も見えなかったから、刑法でも何でもそうですけれども、刑事罰を加えるときに昔はほとんど状況証拠でやった。最後には自白という証拠を求めた。しかし、途中でDNA判定があったり、いろいろなことによって、物的証拠によってさらにその確率を上げたいとした。その物的証拠というのが現代医療ということなんですよ。

そうすると、現代医療は物的証拠に近づき過ぎて、余りそればかり言っていたら人を診ないで、検査値だけを見ていた。検査値だけを見ていくと人間関係が希薄になって、あるデータだけを見て診断してしまうという状況を鑑みて、反省をもたらし状況証拠のほうに近づいてきているわけですね。本当は両方必要なんです。

しかし、柔道整復師さんは確定診断をすべき検査器具、例えばレントゲン等が許されていないから、田中理事が言われたように幾つかはエコー等を使い始めたんだけど、それはまだわずかしかない。そういう状況の中で今は混沌としているんですね。それを誰もが説明できていないというところに大きな問題がある。そうすると、本多先生がおっしゃったように不徳な柔道整復師がいて、その人たちがいかがわしい施術行為をなしてしまう。それが今度は、整形外科側からすれば大変問題視すべき案件になってきているというのが実態だと思いますね。

だから、そこが率直なところで意見を言わないと、機械的にだけ扱えない部分もあるんですよ。だから、多分こういう勉強会が必要なんだろうと思います。

○本多 患者さんに原因を聞きますよね。どうして柔整師さんのところへ行きましたか、何かあったんですかとお聞きになったとき、どういう回答が皆さんのところに寄せられますか。今日は支払い者側のお話も聞きたいですよ。どんな回答が来ますか。

○M 記憶が曖昧なところがありますね。だから、半分誘導されているところもあるんじゃないかなと思います。おっしゃるとおり、記憶というのがそんなに正確にないと。特に毎月かかっているとわけがわからなくなるというか。「肩をやっていますよね。腰もやっていますよね」と言ったら、「いや、全体が痛くてね」とかいう話になって、結局いつ痛めたのかなということになってくるということなので。

見ていると、こういう施術録とかを最初から申請書に添付していただいたほうがありがたい

など。

○H 今ちょうど3時で、10分ぐらい休憩しましょうか、3時10分まで。いろいろご専門的なお話もありますけれども、今度は保険者側からのご意見をいろいろお聞きした上で話を詰めていったほうがいいかなと思っていますので。非常にいいお話をいただいているんですけども。

— 休 憩 —

○H それでは、次第の3番から。保険者側からいろいろご意見なりご質問なりいただけたらと思うんですけど。

先ほどM常務から一部お話しいただきましたけれども、いかがでしょうか。

○FU KG健保のFUです。うちの組合は去年設立したばかりで、柔整師さんのレセプト関係をみて気づいたといいますか、感想なんですけど。

先ほどご説明ありましたように原因関係ですか。いろいろ事細かいに書いて回ってくるレセプトもあれば、何も無い、ほとんど原因とかが書いていないレセプトのほうが多いんですけども、何も無いよりは原因関係とかが書いてあるレセプトのほうが良いとは思いますが、中には原因関係も、定型のあるんですかね、同じような文章で回ってくるのが散見されたりとか。特に多いのが、お風呂場で手をついて右手をどうしたとか、買い物袋をこう持ってとか、次のレセプトを見ると同じ文言があったりとか、その信憑性まで疑いを持たれるような書き方が多少あると思います。

先ほど原因とかがなかなかわからないと、それが私ども支給の一つの判断材料になるかとは思いますが、そこを突き詰めていくというのもなかなか難しい面はあるかと思っていますので、その辺のルールづくりですかね。全然書いてないのも回ってくるし、びっちり書いてくるものもあるし、その辺の統一化とか。

先ほど施術前の予診票というのがありましたけど、そういったものを添付したのが回ってくるとか、統一化したような形で回ってくれば、保険者としては見やすいという面はあるのかなという感想を持っております。以上です。

○H 幾つか質問、ご意見を出していただいてから、まとめて本多先生からとか、ほかの方からご回答いただくような形をとりたいと思います。

○I HG健保のIでございます。お世話になります。

私どもの健保では、請求書をいただいた段階で患者さんに簡単なアンケートをとっていただ

いて、どういう原因でなって、どういうふうに治療していただきましたかということでお聞きすることにしております。

私どもの患者も、先ほどお話がありましたように記憶が曖昧というか、いいかげんというか、そういうところもありますし、レセプトに書いていただく傷病名も、先ほど話がありましたように何人か同じような傷病名を書いてあるようなところも一部はございます。本人からいろいろ聞きますと、部位が全然違ったり、いろいろな部位があるわけです。本人は肩が痛いと言っているのに、腰が痛いと書いてあったりしますので、そうなるとうどんなんだろうなということはあるので、本人に聞いてみたり、先生にお尋ねすることもございます。

そういったことで本人もいいかげんなものですから、なかなか回答をよこさないという形になると延びてしまって、実際のお支払いが若干おくれることもあるわけですが、最近はそのじゃなくて、できるだけ早目に回答をもらって、お支払いするものは支払いましょうということをやっております。

今話がありましたように資格等の面は気をつけていただくしかないですね。名前が違ったり、資格が違ったり、番号が違ったりすると、最初から不備という形になるわけですが、そのほかの部分については、先ほど5W1Hという話があったんですけど、これはそのように書いてくれということを私どもがお願いしているんじゃないで、負傷したときの状況が読んでいてそうなんだとわかるように、目に浮かぶように書いていただくと、別に5W1Hでなくても何でもいいんですけど。

先ほど説明されたようにただ負傷と書いてあると、何で負傷なんだ、どうしたんだと。洗濯機に手を入れたときに回したのか、ただ前かがみになったときにぎっくり腰になることもありますものから、そういったことなのかがわからないということが最大の原因じゃないかなと思いますので、詳しく状況を書いていただくとありがたいかなとは思っています。

以上でございます。

○W FR健保のWです。

先ほど話したんですけれども、今お二方さんがおっしゃられたようなこともあるんですけど、結局どうしてこういうことで捻挫するんだろうという疑問がその理由のほとんどというか。見ている、このくらいのことで、買い物袋を提げていて捻挫するとか、そういうことがどうやって起こるんだろうと。やっぱりおっしゃられるようにもっと具体的なことを書いていただく必要があるのかなと。やっぱり場面が見えてこないという部分はあると思います。

だから、今、自分のところでは同じ人といいますか、3カ月から4カ月ぐらいためて、縦覧

しながら、日数とかも確認して。疑い始めたら切りがないんですけど、土日もやっていたりとかすると電話して、「おたくは土日もやっているんですか」とかいうことも先生に聞いたりとかしている状況です。だんだん疑い始めたら切りがないんですけど、そういう状況に陥っているというのが現状かなというところですね。

以上です。

○S 私が柔整のレシピに大変興味を持ちましたのは、これは明らかにおかしいというのがあったものですから、データを何人かピックアップして調べてみました。うちでは紙で来たものをパンチに出しましてデータ化していますので、平成20年ぐらいからずっと残っているわけです。だから、同じお一人の方が20年、19年ぐらいからどれだけ柔整にかかっているかというの、ぱっと一覧で出てきます。

それでレシピをとにかくプリントして見ますと、過去からずっと積み上げていきますと、途切れなく数カ月するとまた違う負傷が始まる、数カ月すると負傷が始まるということで、今まで続いてきている方もおられると。20年からでなくても、23年からとかいうのもありました。

それから、スポーツをやっていたら、ずっとスポーツで負傷したと。しかし、ずっとレシピを見ていますと、スポーツをしながら、どうも施術を受けていらっしゃる。休まないといけないだろうと思うんですけど、まだ運動するとその痛みがあるからという理由もちゃんと書いてあるわけですね。こんなので払っていいのかなと思いましたが、それは大変疑問に思いました。

そして、例えば同時期に2カ所で受けている方がおられるんですね。それを見比べていきますと、負傷日がどうも怪しいと。負傷日は勝手につけてあるなというのはわかるんです。最初に申しました数カ月たったならば、それが終わったら次の負傷日をつくって。だから、ずっと続けるために、慢性ではないようにするために負傷日を新たにつくり、新たにつくりしているなというのがわかるんですけど。2カ所で同時期に違う施術所にかかっていたら、休まない方なんかは、負傷の原因まで違ったり、負傷日も違ったりしてかかっている。

なぜかといいますと、勤務場所の近くでも受けていらっしゃる、そしてご自宅の近くでも受けていらっしゃるというのがあって、転勤になりましたらば、こっちはぱっと途絶えるんです。これは転勤だからもう行かなくなったんだなということがすぐにわかる。

パソコンでそんなふうにより目瞭然になりますと、これから監査も、何かあったときはちょっと危ういんじゃないかと思えます。

平成24年に厚労省から患者さんに、国の監査でそういう指摘がいろいろあって、患者さんに

こういうやり方で調査みたいなものをするようにということで、大分詳しい文書が来ております。K共済組合はまだそれを採用しているわけじゃないものですから、文科省からまだ来ていませんのでできないんですけど。こちらは厚生労働省からの通知を利用してやろうと思ったんですけど、本部に聞きましたらば、それはまだK共済組合には適用されていないのでできないということで、まだなんですけど、いろいろ本部でも考えてはいるみたいなんです。

私は、柔整師、はり灸は保険がきくのはとてもいいと思うんです。仕事を始めましてから思いました。本来は保険がきかないのに、国民に浸透しているから保険をきかせて国民のためになるようにしましょうという趣旨ですので、こういう世界があるんだと。国民のためを思って保険をきかせるようにするんだ。グレーゾーン的な部分を実態に合わせてやっていると、そういう取り扱いをしているのはとてもいいことだと思うんですよね。それに伴って何でもかんでも適用させるためにはやっぱりお金の問題もあるしというところで、急性、亜急性と、そういう問題のところでとめているんだらうと思いますけれども。

私の知っている人がこういう施術を受けたと。「ふだんの疲れからと言ったら、それは保険はききませんからだめですよ」と言われたということなんですよね。ですから、なるほどなと思わしてね。こういうもっと正確なレセプトが来てほしいなと思っているところです。

○A 先ほど私の紹介は元D健保常務理事ということだったんですが、その後、健保連の参与をしております。それと、前はA連合会の会長もやっていたので、医療業界とも大変密接な仕事を今でもやっております、A医師会の健康情報処理センターの副理事長をやっていたり、それから支払基金の理事もやっております、保険者も医療側も支払基金まで、3者に所属していたので一番客観的に見えるかなとは思っていますが、なかなか難しい議論がされているなという感じ。

吉田先生のご発言で、私が今までおぼろげながらこうかなと思っていたやつが整理されたので、あえてお話をさせていただきたいんですが。

柔整の機能といいますと、私の考えですよ、これが正しいかどうかは皆さんに押しつけるものではありませんが、外傷性の捻挫・挫傷・打撲を中心とした痛み緩和治療かなという感じはします。痛み緩和治療で、最終的に筋骨の機能改善に結びつけばいいのかなという感じを持ってまして、自己治癒能力をサポートするのが柔整で、医科はその症状を引き起こしている何らかの原因系を根本治療するのかなという感じがします。ですから、柔整がなぜ日本の保険医療の中で認められたかという、やはり症状緩和なんです。症状緩和ですと、その要因を特定する原因よりも、どういうところでどういうふうに起きたか、どういう状態なのかという状

況証拠がしっかり特定できればいいのかなど。実は医科も原因治療と言うものの、なかなかできていないんですよ。

実は今、病診連携というのが医科の世界ですごくうたわれていまして。何かというと、診療所は症状を診て、簡単に原因がわかればそこで治療しなさい。自分で治療できなかつたら専門病院に紹介状を出して診てもらいなさいということをやっているわけです。それを紹介制度というんですけども。今、病院は外来の軽症患者を入れるとパンクしちゃうものですから、それを逆紹介でやっているんです。誰でも来た人をそのまま診療するのではなくて、診断をつけて、逆紹介で診療所に送り返している。そのときに情報をつけてやるんですね。

一番進んだのはITで、実は私どもが経営している大手の病院、KT総合病院というのがございますが、あそこは診断内容、画像、処置、カルテ情報、全部ダウンロードします。ここの病院に行って、隣の何とかクリニックに行って治療しなさいということを示します。これは逆紹介です。逆紹介が増えると何が起きるかということ、紹介が結構増えるんです。大病院に来た軽症患者を、最初の診断はしますけど、軽症患者とわかつたら全部振るわけです。そうすると、診療所は商売のネタが増えるわけです。実は医者も悩んでいるんです、難しいやつはどうしたらいいかわからないんです。経過を診ているうちに重症化して手に負えなくなったという笑えないこともあるものですから、なるべく早く手放してやりたいというのが今の仕組みをサポートする制度なんです。その仕組みをつくっているわけね。IT化で情報をつけて逆紹介する。だから、診療所はそれに対して難しいのは大病院に紹介して、なるべく早いうちに手放して重症化を防ぐということを今やろうとしていて、そういうのが大きな流れになっています。

そういう観点から見ますと、柔整と整形外科といいますか、医科の関係も非常に似ているな。あえて言うと、柔整は軽傷患者、医科は重傷患者。重傷患者は原因を特定しないと治りませんから、当然原因の特定は難しいです。一方で、痛みの原因特定はなかなか難しい。腰痛でも、頭から来るやつとか胃から来るやつとか、いろいろあるんです。腰痛だと思ったら実は神経系だったり、精神的なものだったりすることもあるものですから、原因特定を柔整師もしくは業界に求めるのは余り意味はないのかなど。状況をしっかりと診ていただきたいという感じがします。

先ほど労安法だとか第三者行為という話もありましたけど、それは保険者が見ますから。例えば我々が労安法で見るやつは家を一步出たときから。会社へ行くために玄関で蹴つまずいて捻挫した、これは労安法です、交通災害。会社の中で起きたやつは全て労安法で処理されます。第三者行為は損害といいますか、他損事故ですね。交通事故とか何か災害に遭ったとか。例え

ば柔整は、保険で考えられるのは自損事故だけじゃないかと思うんです。そのかわり通勤災害を除いて自損事故。ほかの人からやられた災害は第三者行為となるので、健保はちゃんとそれを見て判断しなきゃいけない。

患者にそれを求めるのは非常に難しいので、そのために「どこで、いつ」というやつが大事なんですね。その「どこで、いつ」というやつをちゃんと見きわめて、それを書いていって、どういうものなのか。5W1Hと言いましたけど、実はトヨタグループは5W1Hでなくて、なぜを5回やりなさい。なぜそうなったか、それは何ですか、なぜですかということ5回やると大概真因に到達すると。「Why」を5回やりなさいと言うんです。これは余談ですけど。

いずれにしても、5W1Hをしっかりすることによって保険の種類が選べます。それから、対処療法で柔整師さんの治療に対応できますということだと思えます。ですから、そのときに柔整師さんから骨が折れたとか何とか大きなものは、重大事故、重傷は整形外科なり病院に紹介するわけですね。これは逆があってもいいかなと思えます。病院に行って「捻挫だから、うちでやるよりも柔整さんに行ったほうが早くて安くて効果的だよ」と言う。お互いに行き来があれば、先ほどの病診連携にあわせて、柔整師と病接連携みたいな仕組みができてくると、もう少しこれがはっきりするのかなと。

先ほど時間的状況分類とって、急性期、亜急性、それから消失期、回復期ですか。これで十分だなと思えます。これ以上のことは、やり過ぎると、かえって重層化するような気がします。ですから、その辺のところの分類とていいですか、層別とていいですけど、層別で線を引く作業をお互いに納得いくレベルで。納得できなくても理解できるようなところがあるといいかな。

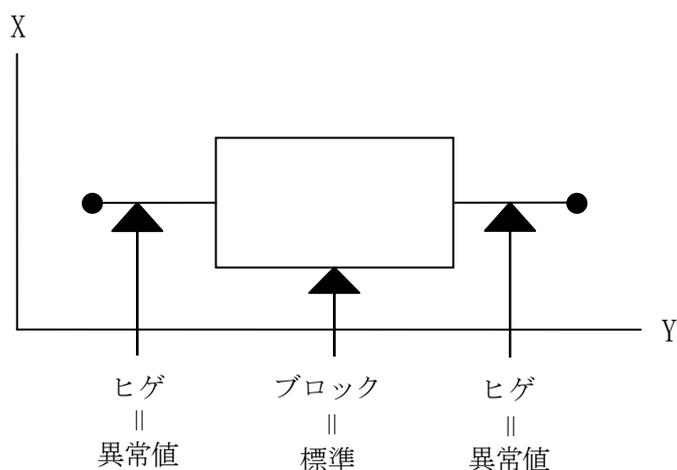
我々保険者はそういう状況がはっきりとわかれば納得するんです。納得できなくて、しょうがないと言うかもしれない。それをトヨタグループでは見える化とていいです。5W1Hの見える化。見える化は二つありまして、一つ一つの事象の見える化と、先ほど塩宮さんがやられたみたいにデータで分析していくという方向もあります。

一番心配しているというか、これから必要だと思うのは、今、保険者はデータヘルス計画というやつを厳しくやられているんですよ。保険者はみんな知っていますけど、健保関係以外の人は知らないと思えます。データヘルス計画とていいまして、ヘルスケア、健康増進から治療まで含めてQOLを向上させるために、事業主と健保組合が一体となって、共同で従業員の健康向上策をデータに基づいて検証しながら推進するということを言われています。ですから、これはデータに基づく検証をしないとイケないんです。これがこれから大変重要な課題になる。

今まで医科はレセプトが全部電子化されてオンライン化されているので、そのレセプトはデ

ータ化されています。実は特定検診データもデータ化されています。その検診と医科の治療がデータ化されていますので、それに基づいてデータヘルス計画。自分たちのやった行動を、P4Pと言うんですが、Pay for Performance といって費用対効果ですね。P4Pをちゃんと検証しなさいと言っているんだね。そういう作業を健保組合が今年からやります。2年後には協会けんぽや共済もやらされます。3年後には国保もやらされます。その後どこに行くのか。多分同じように来ると思います。データで検証しなさいということが言われるようになってくる可能性が高いです。

そのときに対応してどうやってデータ化できるか？それはレセプトなりがデータ化できるようなものにならなきゃいけないですね。それは標準化につながります。今、医療も標準化について非常に大きな議論となっていますが、医師の尊厳と医師の医科的判断というものが一方で強く求められています。一般に同じ病状でも、その治療・内容は一定のブロック内に納まるものとブロック外にはみ出るものにばらつきが出てきます。ブロックとはここからここまでの間にある治療がおさまりますということです。この中におさまれば普通、標準。ここにおさまらないものが例外的に高いほう、安いほうの両方に出てきます。これは異常値。異常値については審査する。医学的判断ですか、その専門家が審査します。これも実はみんなの経験値なんです。このブロックは当然データで決まります。データが医療の標準範囲を決めることになりま



医療も原因についてしっかりとやっていますけれども、手広くやっていますけれども、やっぱり最終的には経験値。やっぱり経験した先生方がいろいろな引き出しを持っているから、全部1から100まで検証できないから、ある先生の経験値でもって、こういう場合はこうだというのがある程度わかるわけです。

それと同じように柔道整復も経験則に基づいて症状を特定しているんだと思うんです。ですから、それはそれで自己治癒能力を助けて、それを推進するんだという観点では非常に効果的で効率的だと私は評価しています。そういう意味では柔道整復と整形外科の役割がもう少し理論的にできないかなという感じはしております。

ただし、それは簡単にできません。だけど、行政は今やろうとしていますから、それに対して自分たちでできることを進めないといけないわけです。そういう意味で“患者と柔整師の会”とJBの活動に対しては私はすごく期待しています。そういう意味で私はこれを支援する立場ということなんですね。

総括的になりましたが、今日は吉田先生のおかげで非常に整理がついて。保険者というのはわかりませんが、保険者についてはわかりやすくなったんじゃないかなという感じがします。ちょっと感想ぼくて申しわけございません。

○H ありがとうございます。

○M K J健康保険組合のMです。

先ほどもご質問したんですけれども、今いろいろお話を聞いた中で考え方は随分整理されたなと思っております。ただ、我々が当面直面しているところは、そんなところじゃないんですよ、我々が思っているのは、私が思っているだけかもしれませんが、ほかの健保さんはそう思っていないかもしれませんが、私が思っているのは、法的に柔整師さんの仕事の施術の中の保険適用の範囲はどうだというのがうたってあるわけですね。その保険の適用範囲は誰が判断するのかというと、保険者に任されているわけです。だから、保険者が判断するということは、我々がそれをしっかり理解した中で、要するに施術を療養とみなすかどうかの判断になるわけですね。そこを我々が判断するために、やっぱり柔整師さんにいろいろ聞くだろうし、患者さんにもお尋ねしているわけですね。その中で我々は判断して実際にお支払いをしているわけですね。

そういうところがあるものですから、今言うのは、我々としてはもうちょっと法的な考え方の中できっちりしてもらえれば、我々も悩むことは何もないんですよ。でも、現実はその曖昧なんですね。だから、施術を療養とみなすのかというのがはっきりするのはなかなか難しいと思うんですよ。でも、我々としてはその法に基づいてやるとすれば、やっぱり急性、亜急性、その中の外傷性でどうでしたかというのを押さえないと判断がつかないわけですね。そういうところをもうちょっとすっきりしていただければ、お互いにやりやすいんじゃないかなと。だから、我々根掘り葉掘り聞いてしまう。

先ほどおっしゃったように、カルテを見るとパターンが決まっている。そういうのを我々感じると、やっぱりいろいろ聞かないといかんかなとなってしまうものですから。そこは、先ほどデータヘルスの話がありましたけど、治療結果は全部入ってしまっているわけですね。柔整師さんからすれば、自分のところに初めて来た患者さんが過去どんなふうにして治療されてきているかというのは、なかなか判断はつかないと思います。それでやっていくものですから、やっぱりかぶってくるかということも起こると思いますけど、やっぱり初診の中でそういうところを「過去はどうでしたか」とか。

我々としては慢性なのか急性なのかを一番気にするわけですね。そういう判断の中で我々は考えていますので、そのあたりは言うなら我々が患者さんというか、被保険者にちゃんと指導して、この範囲は保険きますよという指導は今やっているわけですけど、いざ本人がそのの施術へ行って話をすると、それは保険ですよとなると、そこで話が食い違ってくるわけですよ。そういうことが多々あるものだから、ついついまたさらにお願ひしないといかんというのが実態なものですから、そのあたりを柔整師さんの中では患者さんに対して実際どういう話をされているのかなというのが私としては一番興味があるというか。そこをはっきりしていけば、まだスムーズな対応ができるのかなと思っているものですから、ぜひそのあたりをすっきりさせたいなというところです。

○H 私の意見というか、感想なんですけど、いろいろなお話が出る中で、Mさんが言われた保険適用する範囲は、確かに我々が実務上接している中で一番根幹のところではあるんですけども、Mさんの場合はそこら辺を厳しくやってほしいというご意見に近いかなと思うんですけども。それは確かに正論で言えばそうなんですけども、私は、自分がこういう立場にいなから言っただけかもしれないんですけども、必要な部分。先ほどA先生もおっしゃったんですけど、やっぱりお医者さんと柔整師さんの区別というか、仕事の範囲というか、曖昧という言い方をすれば曖昧かもしれないんだけど、そうあることによって、患者側も施術者側もそうですけれども、我々被保険者側も、治療を受けられて、そこに柔道整復師さんの業界の一つの存在意義があるんじゃないかなという位置づけなんですよ。

例えばメンタル面で今すごく問題になっておりますけども、我々の会社だと治療している人間が1割ぐらいいるんですね。治療していない人間、病院に行っていない人間を考えると倍以上いるかなと。それが実態じゃないかなと思っているんですけど、そういった人の中で柔整師さんにずっとかかっている方がおられる。多分この方たちはメンタルじゃないかなと。でも、この人たちを否定するのとか。我々健保が「あなたずっと何年も毎月2回ぐらい定期的に行っ

でいて、また病院も変えたりしていますよね」、これが言えるかという、僕はそこまで言う気もないですね。例えばの話ですね。

例えばそういう方もおられるし、病院に行くことによってすごく時間がかかるし、柔整師の治療を受けることによってそういう治療が適しているんだという患者の方もおられたりする。いろいろケースがあるんですけど、そういう意味も含めて、柔整師さんの業界の位置づけというか、必要じゃないかなと僕は思っているわけですね。

最初にも言いましたけど、そういった中で柔整師さんの業界がもうちょっと認知されるように持っていくにはどうしたらいいかということも、後から話に出てくると思うんですけども、そういう点はもっと整備。そのためにJBさんなり、柔整をよくする会が動いておられるわけですけども、そういうところをもっともっと活発にさせていただいて、柔道整復師団体KAのTさんもおいでいただいていますけれども、業界としてみんなでこの業界をよくしていく、そのためにはどうするべきか。そして、言っちゃ悪いですけど、不正請求するような方もいまだにおられるわけですから、どちらかというと我々はそういう人たちを問題にしている部分があるわけですけど、そういう点をもうちょっと整備していくことをですね。

どこかで国が、厚生労働省が考えてくれるかという、多分無理じゃないかなと。であれば、下のほうから声を上げていくしかないだろうと。そのために今日お見えになっている方たちが一生懸命やっておられるんじゃないかなという気がしています。何か取りとめのない話になりましたけれども、そういうふうに思っています。

○OM 今、Hさんがおっしゃったことはそのとおりですから、私は全然否定しているということではないので、そこは誤解しないようお願いしたいと思います。私は保険適用になる範囲と。施術は絶対必要なんです。施術のこの仕事というのは本当に重要だと思います。ですから、逆に言えば、医者から紹介で、柔整師さんのほうで、Hさんがおっしゃったような仕組みがあればいいんじゃないかなということもありますので、否定をしていることじゃありませんので、よろしくお願いします。

○吉田 実は題目であった“患者と柔整師の会”という名前から連想する会合という頭で来たんですね。なぜ患者さんと柔整師かという、もちろん柔道整復師と保険者との関係、それから患者と柔道整復師の関係、あるいは患者と医師との関係、いろいろな関係があるんですけど、最終的には患者さん方は医師から見てもエンドユーザーであり、柔整師から見てもエンドユーザーであり、実をいうと一番恩恵を受けなければならない人たちなんです。でも、今度はその人たちからの負託を受けて保険者が存在しているわけですよ。そうすると、その

関係でみんなが理解をし合わなければならないというときに、じゃんけんぼんの関係があつていいと思うんですよ、誰は誰に強くてって当然だと思うんですね。それが当然発現するような仕組みでなければ困るわけですから、保険者は柔整師に厳しく当たっていいと思うし、そうでなければならないと思うんですね。

ただ、私が言ったのは、要するに「いつ、どこで」云々を細かく言うと、どうも場面が見えてこないというのがありましたね。これはやっぱり原因という言葉に問題があるんですね。発生状況調査で十分なんです。発生状況調査でそれが見えてくることが必要なことであって、そういうふうに一元化されていくことがとても大切だと思うんですよ。その発生状況調査の中で柔道整復師が疑問に思えば医科へ回すとか、そういう問題が出てきてもいいし、いろいろなことがそこへ出てくるべきじゃないかなというのがあるんですね。

そして最終的には、超高齢化へ向かっているわけですから、国民みんながどうやって安堵の人生を暮らせるかということで、それは先ほどHさんから言われたように、やっぱり精神的な問題とか云々とか、切っても切り離せない問題が実はあるんですね。腰痛でも、Aさんがおっしゃったように精神的な問題もあると。それはどうしてかという二つあるんですね。精神的なものが先行して腰痛を起こす場合もあるし、逆に治らない腰痛がずっとあって、それが悶々とか中にたまっていって、結局飽和していって、その結果、脳を破壊すると。

なぜかという、今腰痛との関係が一番疑われている場所というのは側坐核という、脳なんですけれど、その側坐核は報酬系。報酬系というのは、嬉しいときに初めて機能する場所なんです。その報酬系がうまくいっていないということは、ずっと悩んでいる、苦しんでいるということなんです。そうすると側坐核が破壊されていって、いろいろな諸種の場所に痛みや苦しみや心的障害を起こしてくるわけです。

そうすると、どこへ行ったらいいんだろうという、いろいろな悩みの中で国民が今ずっと流転しているわけですね。その中で今から確かに行政のトップのほうからというのは、私も話を聞いてなかなか出てこない。だからこそみんなでこういう機会をできるだけ設けて、相互理解をしていくという作業がとても必要だろうと思います。

ちなみにですけど、心療内科ってご承知だと思うんですね。心療内科が誕生したのは九州大学の医学部なんです。今は第3代の時代になりました。かつて学びに参りました現准教授との関わりから、心療内科がどういうふうになってきたか解かっています。やっぱり心の痛みとかが内臓に障害を起こす、あるいは内臓の障害による苦しみが心を痛めてしまう。そういう問題をどうやって解決したらいいだろうという形で心療内科が基層されたんですよ。

しかし、一回つくってみたら、例えば最初のころは交流分析から始まったんだけど、鍼灸に回してみたり、いろいろなところに回したり、精神科に回してみたりしたんだけど、結局お薬で抑えても廃人みたいになっていく。何例やっても廃人みたいになっていく。どうしたらいいのかわからないということで、心療内科をもう一つ再構築していかなきゃいけない。そのときに体と心を離してはならないという形が出てきた。これが予見されたのは、それから40年たってどういう時代が来るかということだったと思うんですね。

それが30数年前ですから、そういう形の中で今から先の日本を見据えて、柔整師も医師も、それから保険者も患者さんも、そういうことを十分話し合える環境をつくっていかないと、みんなが不幸になるんです。ここではそういう話で、まずそういうことを一つ感じました。

それと、保険者さんは多分そうなんだと思うんですが、いろいろな意味で今の世の中はコンピュータ化されて、IT化されていて、マニュアル化されて判断というのがあるんだろうと思うんですけど、ただ判断というのはマニュアルではなかなかできない。それで先ほどAさんから経験則という話が多分出たんだと思うんですけど、なかなか判断というのはマニュアルから出てこない。

先ほどSさんからスポーツをやりながら受診されている人がいると。これは今いろいろなところで問題になっているんですけども、これも実は言う一番最初の起発点になったのは学校指導者なんですね。要するに学校体育と社会体育がありますね。学校では学校の先生方とか体育指導者が、スポーツ障害を起こしたときにそれを中止させると選手から外すという問題があるんですよ。だから無理して出ようというところから始まって、そうやって育った子たちが今50歳ぐらいになっているわけですよ。そうすると、近代教育の現場でそういうことが社会習性化してしまったということが一つある。だから、社会体育の場合はとめることができるんだけど、学校体育の場合は、例えば「野球の選手からおまえを外すぞ」と言われると、無理してでもかかるということがないように私は聞いています。実態はそうだと思うんですね。

そういうことがあるとしたら、やっぱりみんなが、教育の現場を含めて、ありとあらゆるところがそういう話に参画して、どういうところがそういうことを生み出してきているのかという実態を探っていかなければいけないだろうと。そういう中で初めて見えてくるものがあるんじゃないかなと思います。

○本多 今の問題は4にかかってくる深い問題、広い問題なんですね。僕はこの問題に法的に光を当てようと思って勉強したんだけど、柔道整復師の施術がなぜ療養費の対象になるのか。どの条文を使っているのかというと、療養費の条文があって、そこには手当てという条文があ

るんですね。柔道整復師の施術はその手当てに当たると。治療行為とは見ていないんですね。治療行為というと、やっぱり医師法の関係、いろいろ難しい問題が出てきます。手当てという概念に当たります。

この手当てという概念は非常に広い概念ですよ。ところが、皆さんの頭の中では柔道整復師は治療行為と見ているからギャップが出ちゃうんです。厚生労働省も治療行為じゃないと言いながら、通達では治療行為を前提にして、標準にして、いろいろな話を進めています。手当てというのは治療行為よりはるかに広いんです。お母さんがやるのも手当てなんです。私が山へ行って誰かがけがをした。素人の私が手当てをする。これは手当てなんです。そのぐらいこの概念は広いんですよ。

そうすると、医者がいなかったから手当てをしましたよ。その人に事務管理という費用が出ますよ。その費用を後から保険者が出しましょうよという理屈でしょう。ところが、いつの間にか皆さんも、厚生労働省も大きな議論で、柔道整復師は治療行為じゃないんだと言いながら、実は治療行為と同じような論理と理屈で話が始まっちゃう。

手当てというのはもう一つあるんですね。柔道整復師の田中さんが今日いろいろな話をしてくれて、私も勉強になったんですけども、これから悪化しない防止というのがあるんですよ。医者はこれが少ないんですね。だって原因除去作業ですから。柔整師は原因除去作業じゃない。状況を解消する作業ですから、当然放っておけばもっと悪化するだろう。さっき吉田さんも言ったし、Aさんもおっしゃったように、心の闇に入ってしまったたり、逆にそっちが重篤化してしまう。だから、それを未然に防止するというのは、未病状態で防止するわけでしょう。病気にならない状態、悪化しない状態。これも手当ての中に入っているわけです。

だから、保険者の方にぜひ言いたいのは、いつの間にか医者だと思って皆さんは審査しているんですよ。これは間違いだということをもっと認識してもらいたい。すると、柔道整復師の治療についてはもう少し見方が変わってくるんですよ。だから、Mさんがおっしゃった基準があるんだから、その基準に従ってくれよというのは、最も法律家が言いたいことです。その基準は一体どういう基準ですかとなると、全然違う。基準という抽象的な用語を使うともっともらしく見える。法的な判断とかよく言うけど、Hさんの話とMさんの話は若干ニュアンスが違ってしまう。多分Fさんも違ってくるし、Iさんも違ってくるし、Wさんも違ってくる。そのぐらいこの基準の当てはめに曖昧としたものがわ一つとあるわけですよ。

手当てという概念も曖昧であるし、基準も曖昧だから、各保険者によって支給したり支給しなかったりという現象が起きてきます。そして、その乖離が非常に強い。そうすると、そのう

まいところを利用するばかな柔整師がいるわけですよ。あの保険者は通りやすい、この保険者は厳しいと、夜な夜な集まって泥棒が話しているようなことをやるわけですよ。そうすると、保険者の中ではおもしろくないやつが出てきたということになるんです。それは実は柔整師だけが悪いんじゃないんです。保険者の方々の基準の当てはめに大きなばらつきがあるから、そこを抜かれて悪い柔整師がベンツに乗って遊んでいるんですよ、はっきり言えば。それは皆さんも解消していかなければいけない仕事なんです。柔整師だけで解消する仕事じゃない。それが一つありますね。

そこをどうやっていくかという、こういう勉強会で、なるほどH健保さんの保険の扱いはどっちかというところ、あるいはK J健保さんはこうだと。じゃ、どこかで共通点はないかということを探してくれないと、やるほうはたまったものじゃないですよ。私どもはJ Bで指導しますよね。「本多先生、ひどいじゃないですか。だって、この請求である保険者は通っているんですよ。何で本多先生は通してくれない、嫌だと言うんですか」と。「それは通しているんだよ。正しいとは言っていないんだよ」と僕は言うんだけど、現に通って大枚もらっていますよね。そういう現状を保険者側も僕らももう一回洗い直してみなきゃいけないという意味なんです。

保険者側にはそういう努力は、残念だけど、僕から見ると少ないです。なぜ保険者同士が集まって基準の明確化を図らないのということになってしまいます。各人各様がそれぞれ持っていますけど、それはそれで正しいんだけど、それを共通の認識にしようという努力が僕から見ると少ないと思っているんですね。だから、協会けんぽでいえば、協会けんぽ独特の論理を持ってくる。ほかのところも独特の論理を持ってくるんですね。

今、公立学校の方がスポーツしながら治療しているとおっしゃっていましたね。これは当たり前前の世界になっている可能性が高いですよ。なぜかという、私は私学の高校の理事をやっていますが、いじめとかスポーツ障害等とか、いろいろな問題が出てくる。選手を外すということは、その人の人生を変えちゃうんですよ。私学の高校なんかでレギュラーできますよね。けがしたからって、もしこれを外したら、その人の人生が変わっちゃうんです。だから、親御さんも夢中で来ますよ、なぜ外したんだと。そのために学校に来ている人がいるわけですよ。小さいときからずっとそれを教育している親御さんもいるわけですよ。そこでスポーツをしながら、障害をとりながらも、治療しながら選手としての立場を維持しているわけですよ。そこで外すと大変なことになっちゃうんです。その人の人生が変わっちゃうんですよ。

例えば野球選手でもそうです。プロ野球に行きたいと思って、勉強も放って小学校からずっと

とやっているわけですよ。たまたま野球肘で痛めちゃった。ちょっと痛めたんだけど、何とかしながら、ごまかしながらやっていけば選手になれる、あるいはどこかの民間の企業に勤められると。それが全部シャットアウト食っちゃうわけでしょう、選手から外れれば。親御さんも夢中になって、「絶対外さないでくれ」「いや、お子さんの健康に関わることだから」。それを人生に、親御さんも子供もやってきているわけですね。そういうスポーツというものもあるわけですよ。

そういう意味で僕は柔道整復師もトレーナー化していけというのは、そういう精神を保護していくと。それを療養費で扱うのか、自費で扱うのかという問題に最終的にはなるわけですよ。そういう仕組みでやるのか、自由診療でやるのか。自由診療というのはお金持ちだけしか使えません、そこをどうやってやっていくか。

それからもう一つ、私がこれを勉強してつくづく思うのは、私なんかもう70歳ですよ。もう治らない腰痛持ちで、人生死ぬまですっと腰痛を持って生きるわけですよ。だけど、苦しいときは、やっぱり先生方にかかります。薬よりもこっちのほうがいいと思えば、かかりますよ。いつかは治るんですね。昨日やってもらったから今日は元気。ところが、2日、3日たつと、また具合が悪くなってくるんですね。でも、そうやってたましながら、緩和治療って赤塚さんがおっしゃったけど、その緩和治療をやっていかなきゃいけない。そのときに緩和治療は、多分柔整師だけじゃなしに、鍼灸師だって緩和治療に十分に効果を持っていますし、あるいは整形外科もそうかもしれないね。そういう意味で緩和治療という概念がまだまだきちっと定着していないものだから、皆さんの当てはめがうまくいかないわけですよ。

もう一つは、実はAさんもおっしゃっていた、医者と柔整師の役割分担をどうするかという議論を一つもしていませんね。どっちかという、ばらばらになっていますね。ところが、整形外科が今は柔道整復師と同じような治療をするんです。保存療法でクリニックをやっているわけですよ。もうオペなんかほとんどしていませんよ。オペしているのは大学病院か大手病院ですよ。しかもオペの機能がちゃんとそろっていて、ちゃんとやっているところです。ほかのクリニックなんか、柔道整復師とそう差がないです。あるいは理学療法士を使ったり何かしてやっていますよね。そういう意味では完全に保存療法ですよ。

そうすると、柔整師の治療と整形外科の治療というのは、いろいろ概念が違うところはあるんですけど、現象的には競争相手になっています。その競争相手がやっているところに同意をもらえとか、何々しろとか、これは無理な話。市場を無視した話ですよ、そんなことは。そこをもう少し知っていかなきゃいけないんじゃないかと。

そこに来て今度は何が始まったと思いますか。いわゆる医療類似行為者ですよ。整体だとかカイロとか、まだまだ全然わかっていないのがいっぱい町に氾濫していますよ。それがまた隣に座っているわけですよ。だから、無資格者もいっぱいいて、そっちも派手にやっていて、いろいろ整理しなきゃいけないことがいっぱいある中での療養費なんですね。そういう意味で、皆さんのほうで審査するときに、そういう柔道整復師の市場というものをよく理解していただきたい。

吉田さんがおっしゃったように、原因というのに皆さん神経質になり過ぎているんじゃないかと思うんですね。原因があるかないかを何で考えていくかという、柔道整復師に、行ってないんじゃないかという判断のための原因というのものもあるかもしれませんね。原因がないというのは本当は行ってないんじゃないか。架空請求じゃないか。それを判断する。

もう一つは、行っていることは間違いないんだろうけど、それは慰安行為じゃないのか。手当を越えちゃっているんじゃないか。疲労回復の役目をやっているんじゃないかということになりますよね。

もう一つは、効果のないことをやっているんじゃないか。だったら原因じゃないですよ。状況をきちっと把握してほしいんです。状況を書いてくれと。あんたの治療はどんなことをやっているのかを書いてくれということですね。

実はうちの2階でこれをやったんですよ。そうしたら何て言ってきたと思う。こんなに情報をいっぱい持ってきたら迷惑だと。審査する時間ばかりかかっちゃってしょうがない。勘弁してくれと言うんですよ、保険者のほうも。だって、わずかな人間で審査するんですよ。レセプトも出せば、予診票も出せば、計画表も出して、どんどん送ったんですよ、こっちも「よし、やろうじゃないか」と。そうしたら、保険者のほうが困ると。要らないと。そのために時間とお金がかかっちゃってしょうがないと。そして、「もしこれでうちが負けたら、本多さん、あんたすぐ裁判を起こしてくるんだろう」。それはそうだよ、こっちは情報を全部提供したんだから。さあ的確な判断をしろと。こうなっちゃうわけです。これは人間関係も何も壊れちゃうだろうと。だから、私どもの会の審査を少し信用してくれと。たまには見に来てくれてと。監査してくれと。どんな審査をしているのか見てくれと。そういうのを見た上で少し情報をコントロールしようじゃないかと。でも、そんな情報が欲しければ、いつでも情報を提供しましょうということになるわけです。

だから、状況をどう見るかということは、やはり柔道整復師の団体のほうがずっとプロですよ。そういう人たちにちゃんと任せて、その把握をきちんと出して、それを出していく。怪し

かったら業界のほうに「あなたのところの本多という柔整師、ちょっと怪しいからもっと深い情報をよこせ」と言ったら、それは幾らでも業界が出せるようなシステムをつくってあげればいいわけですよ。と私は思っているんです。

だから、ぜひ今日皆さんにお願いしたいのは、まず原因を、どんな日どんなことがあったかというのを何のために調べるのかといえ、来ているか来ていないか、いいかげんな治療をしているかしていないか、あるいは慰安行為かどうか。その判断をするだけのことじゃないんですか。だから、余り原因だけがひとり歩きして、そこばかりに集中すると、手段が目的化してしまって、結局何のためにやっているのかわからなくなっちゃう。

だから、状況がどこまで書かれているか。この治療はどういう状況で、どういう負傷状況だったのか、症状状況になっているか、そこにウェートを置いて照会すると患者さんも書きやすい。確かに腰痛で苦しくて痛みがあつてしょうがないんだと。この痛みはいつごろから来ますか、どういうときに来ますかと書いておけば、ちゃんと書くはずですよ。それを原因は何かと書いたら、「さあどうだったか」ってことになってしまうんですから、そこら辺のところの厚生労働省が言っている原因とは一体何だろうかということをもう一回我々も考えなきゃいけないことだろうと実は思っているところでございます。

もう一つは、今日のこういう議論は実は吉田さんとか私なんて門外者なんで、本当は柔道整復師側でもう少し仲間で勉強会を開くなりして、専門家同士で議論の共通の認識をとって、保険者さんにこういうことだよということを伝えるぐらいの努力をしなければね。多分保険者さんは皆さんを信用しないはずだから、各業界がそれぞれそういうことを持ち合って、いろいろな勉強してやっていく。業界で情報を共通化して、共通した情報を保険者さんやその他に流していくという努力をしていったほうがいいんじゃないかなという感想を持っています。

以上です。

○H ありがとうございます。

ちょっと時間もなくなってきましたけれども、どなたかご意見ございますか。

○田中 簡単にというか、柔整師の立場でお話してくださいということですので、ちょっと幾つか。

W様から言われた場面が見えてこないとか、こんな原因でとかいうことがありましたけれども、これは私らが本当にやっていかないといけないし、指導していかないといけないと思っております。そのように今までもやってきています、これからもやっていきます。

S様からはスポーツで運動とかいう話で、本多顧問からそういう状況ではレギュラーを外さ

れるとか、そういう話もありましたけども、実際「運動をするな」とは言います。運動するなと言っても、先ほど言われたように運動せざるを得ないという実情もあれば、先ほど田原保険部長が言われたようにテーピングとかをして、私がさっき話した「痛くない状態をつくってやっごらん。痛かったらやめるんだぞ」と。そういう前提のもとにスポーツをさせるということは、よくすることです。要は、痛くない状態はその部分に負担がかからないわけですから。ただ、そのとき痛くなくても後で痛いというのがよくあります。それはそこでまた炎症を起こしているんだからアイシングしなさいとか、そういう指導はしております。

休まず運動するというのではなくて、休みたくないからどうしたらいいですかという相談をよく受けるし、私らとしては、できるだけ早く治してあげるには休まなきゃいけない。でも、彼がもしここで休むとレギュラーを外される。じゃ、どうしたら痛くないかを考えてやるのが私ら柔整師の仕事だと思っております。そのためにテーピングしたり、メンタル面も含めて、いろいろなことをやっております。本来なら休ませる。それはごもつともだと思います。ただ、そういうわけにはいかない。そのために重々考えて施術を行っていることはご理解ください。

A様から医接連携と。私らは医接連携と言うんですけども、ドクターと接骨院が共同して情報提供しながらやっていくというのをやっているんですけども、先ほど整形外科でも柔整的なことをやると言っていました。これは整形内科と言うんですけども、その整形内科というところが増えてきている。私らもそこをお願いしてもなかなか難しいという現状もあります。

ただ、共存共栄じゃないですけども、これも先ほど赤塚様から言われたように、いわゆる重大な状況はドクターへ、軽傷、軽い捻挫だったら接骨院へということを私らも望んでいるところなんです。昔とは時代が違いますから、私らがきつい骨折を治すような時代ではないと私も思っています。また、治せる技術も、今の若い柔整師には無理です。だから、その部分は百歩譲って仕方ないと思っておりますけども、その他の軟部組織は私ら専門家ですので、ここで言うのもなんですけども、整形なりには負けないという自負をしております。あとは整形のほうがどれだけ認識していただけるかということに尽きると思います。

M様から言われた保険適用範囲をどう捉えるかという部分ですけども、吉田先生から原因診断という部分で、私「からだサイエンス」の松村会長の記事を読ませてもらって、原因診断と結果診断ということを言っておられます。原因診断の時、柔整師はどのようにしてけがをしたかということが重要視されるんだと。病院では検査してどのようにになっているかを診るところなんだということですよ。私らはどのようにしてけがをしたかということが、いわゆる保険適用範囲という部分ですので、そのけがをした原因がないと、けがをしてひねるなり伸ばす

なり、そういうのがあるものは保険適用だと認識しております。

以下、遅くなりますので、このぐらいにさせていただきます。

○H ありがとうございます。

ちょっと時間がもうないので、次第の4番は時間がなくて余り詳しくはできないんですけども、本多先生から。

○本多 今の議論が全部4番に入っております。後で読んでいただきたい。私どもが一番心を痛めているというか、そういう意味での関心というのは、柔道整復師が手当てだから全部いいのかというと、またわけのわからん施術が行われる可能性があるから、そこは歯どめをかけたいのです。

歯どめをかけるのは、今のところ二つ。変形性のある患者さんが痛みや運動制限を訴えて、一過性じゃなくて持続的な痛みについては対症療法的にやらせてもらっていいんじゃないですかというのが一つ。これは提案ですよ。それから、同じような運動や同じような姿勢でずっと仕事をしておられる方の痛みや運動制限、これも持続的なもの。一過性というのは疲労回復という意味ですから、持続性のあるものについてのみ柔道整復師の療養費の対象にしてあげてほしいと考えています。

ここでそういうものの実績をつくっていけば、また新しい展開をしていけばいいんです。要するに言いたいのは、悪いというか、わけのわからん柔整師は外すと。きちっとした柔整師だけを残したい。残す理由としてこれですよというのが提案なんです。

そしてまた、そのためにはどんなことを施術録に書いたらいいか。施術録に何も書いてないと証明責任を負わされますから、最低この程度のものは書きなさいよというものは書いてもらうというルールづくりをしました。それを審査情報として保険者に提供しますから、保険者さんはその類型化したものを見ていただいて、それで支給するかしないかを決めていただきたい。支給しないという場合には、業界に問い合わせをしてください。答えられれば答えていきます。

そういうシステムをつくる場合に、今の業界団体では無理なんです。なぜ無理か。これだけばらばらな業界団体で一つの基準をつくっていくのはまず無理ですよ。そこで私どもが考えているのは、一つの機構をつくらうと。ここに登録してもらって、ここでダイナミックな作業を試みよう。これに日整さんも入れて、いろいろなタイプで。どうやらせたって不平が出ます。日整さんがやれば日整さん以外の人から不平が出るし、日整以外の人がやればもちろん日整さんが具合悪い。だから、新しい機構をつくるしかない。その機構をつくるのは業界の責任なんです。業界が新しい機構をつくって、それで保険者と協会の間で極めてラフなというか、

緩やかな約束事をしましょうよと。がちとしたものではなくて、ラフなやつで運用していきましょうよと。そこからいろいろなことが生まれてくるはずだから。がちりしたものをつくっちゃうと動きがとれなくなっちゃうから、ラフなものをつくって運用していきましょうというのが、この提案であります。

もう時間がないようでございますけれども、先ほどの話は全部これに盛り込んであると私は思っております。そういう思想が全部入ったつもりで書いておきましたので、ぜひお読みいただいた上でご意見を下さい。実は私は70歳でございます、これ以上は長生きできないはずでございますので、来年の10月から11月にかけてこの機構を立ち上げて、いいですよとってくる保険者とはこれを組みたい。ノーと言ったところは従来どおりやって、嘘八百のレセプトを見て苦しんでもらいたいと思っております。もうそこまではっきり言えますから、どうぞよろしく願いいたします。

○M 今先生がおっしゃったことはまだよく理解していないんですけど、今後そういう会をつくろうと、ラフな話し合いの中でつくっていきたいということはいいことなんですけども、厚生労働省から出されている今のいろいろな基準がありますが、そのことを踏まえてということですかね。

○本多 おっしゃるとおりです。

○M それはもうそういうことですね。わかりました。

○伊藤 本当にありがとうございました。

今日本多から説明がありました「急性期を経過した外傷に関するガイドライン(指針)」と、「柔整療養費登録制と施術情報等療養費審査資料収集基準」は、保険者さんと何年もいろいろお話をさせていただいた上で書いている文書です。来年の設立までに結びつけたいと思いますので、ぜひ一度ご一読いただいてご意見をいただければと思います。どうぞよろしく願いいたします。本当にありがとうございました。

○H これで終わりたいと思います。皆さん長い間ありがとうございました。