

○辻本委員 はい。

○葛原座長 ここにも、私も含めてこの世代の人がいらっやいます。

○辻本委員 堺屋太一さんのネーミングなのですが、22年、23年、24年生まれということで、現在、800万人生まれて700万人に淘汰されているそうです。

○葛原座長 やはりいろいろな形のアプローチが必要だということと、どうですかね、やはりこれは、痛みに関する情報提供は単なる医学的な情報だけではなくて。しかし、これは、具体的にやろうとすると難しいですね。あるいは、逆に、先ほど牛田先生がおっしゃったように、ちょっとした医療現場のことが痛みを慢性化させているようなことも、病名とか検査所見で往々にしてあり得るのではないかとということですね、先生がおっしゃったのは。ですから、そういうことに関してはやはりインフォームド・コンセント、あるいは病気の説明、あるいは検査の説明も、患者さんに誤解されないというか、情報が正しく伝わるような説明が必要ですし、また、それができるような医師の教育も必要だと。

宮岡先生に言わせると、医師の教育よりも患者さんの教育をしたほうが有効なのではないかと、やはり両方が必要だろうということなのです。専門医と一般医というものの橋渡り埋まっているとは言いがたいと。これをどういう情報提供をやっていくかというのが、1つの方法でできるかどうかということも、あるいは、もうちょっとアプローチが違うのではないかと等もありましょう。

○柴田委員 専門医同士の意見の違いはやはり学会レベルでの話ではないかと思うのです。行政でどうなるものでももちろんありませんので。ですから学会レベルで、世界的な視野から言いますと、痛みの問題を大きな枠で取り上げているのは、先ほどお話ししたドクター・ロージャーなどがやっていた国際疼痛学会という枠組みです。その学会は、学会ではありますが、世界の痛みをプロモートするような非常に懐の広い活動をしていて、WHOのがん性疼痛プログラムの作成などにも寄与したのですが、いろいろな立場を認める寛容性と言いますか、そういうものが大事だと思います。

ですから、痛みに関して何が正しいかというのはなかなか言えないですから、専門家の中にもそれぞれの立場があるので、そういう寛容性と言いますか、学会の中ではそういうものがやはりある程度の、こういう行政の提言にも関与するような形で関わって行って、偏ることなく進めていくということが大事だと思います。非常に抽象的で恐縮ですが。

○葛原座長 これはたぶんかなり専門的な形の痛みということになると思うのですが、もう1つは、実際にある患者さんにどうアプローチするかというときに、専門医間のコミュニケーションをよくするというようなことが、たぶんこの話題になるだろうと思うので

す。先生のいまおっしゃった専門医のほうは、むしろ 3 番目のほうのもう少しレベルの高い話になるのかと思うのですが。

さて、大体、いま皆さんからご意見をいただいたような形のことで特に大事なものは、まずは患者さんの側と医療従事者側で 1 つ痛みということに関して、ある程度の共通した認識を持っていただく必要があるということと、もう 1 つは、痛みの質の変化です。痛みの内容は昔とかなり変わっていて、昔はたぶん消炎鎮痛薬でよくなるような痛みがかなり多かったのだらうと思うのですが、その辺は今はかなり治ってしまって、それでは治らないような痛みが残ってきているということと、昔はどういう病名になっていたのか知りませんが、今は痛みという主訴を窓口にして、いろいろな訴えで病院に来られる方がかなり増えていると、しかも、それがなかなか治りにくいというような状況があるということで、これは我々のほうも整理しないと、とても啓発などはできないような気もするのです。そういう点での啓発活動が必要で、それは患者さんにも必要であるし、一般医の方にも必要であるし、また専門医と一般医あるいは患者さんをつなげるようなアプローチも必要であろうと。これ以上深入りすると、またちょっと次の論議に行けません。

○柴田委員 どうしても話題になりますのは、従来の方ではうまくいかない患者さんをどうするかという議論になるかと思うのです。しかしそのような患者さんばかりではなくて、前回のときに私、ちょっとお話したかと思うのですが、乳がんの患者で手術したあとの傷の痛みの調査しますと、かなりの数おられることがわかりました。しかしながら、乳がんの執刀をした医師は、そんなに多いとは全然想像もしていなかったのです。これは何が起きているかと言うと、やはり自分の命を助けてくれた外科医に、1 回ぐらいは痛いのですということと言っても、執拗には言えないという心情をお持ちの日本人、いわゆる古典的な日本人といういい方が多いようなのです。

そういうかたに対して、今はいろいろな消炎鎮痛薬以外のお薬も効果のあるものもあります。そのようなものが効果があるという情報が、患者さんにも医者にも行っていないのが現状でありまして、治り得る痛み、軽減され得る痛みが情報不足のために我慢を強いられているという状況にも目を向けなければなりません。こんなに長い間我慢していたのは何だったのかなとおっしゃる方もおられます。ですから、そういう難しいものばかりではなくて、治り得るもので医療機関にたどり着いていないというか、そういう現状もあるかと思えます。

○葛原座長 ということは、そういう事例が多ければ、例えば乳がんの患者さんの手術のあとには例えば質問項目で痛みがありませんかということをしちんと入れるような、アフターケアと言うのですか、術後の管理の中にそれを入れておくとか。あるいは、日本人はとかく、「主治医には訊けない」とよく私のところにも質問が来るのですが、「私は知らな

いのだからご本人がまず聞いたら」と言うのですが、それが日本の現状だとすると、看護師なり何なり、医者でない人にそういうことをきちんと質問項目で取り上げてもらえば割合早く解決するものがあるのではないかという、そういうご提言でしょうか。

○柴田委員 先ほどの痛みの10年の話ですが、その1つのキャッチフレーズが「痛みは第5のバイタルサイン」と、そういう言葉があります。患者さん側からはなかなか言いにくい方もやはり日本にはおられるので、むしろ医療者のほうから「痛みはどうか」と聞くと、あっ、聞いていただけるんだということで非常に不安も取れますし、それで軽減する方も結構おられると思うのです。ですから、言われる前に聞くというやり方を医療のコモンセンスにするような方向でいければとは思っています。

○牛田委員 そのことに少し関係するのですが、緩和のほうはいろいろすごく進んできていて、昔よりはオピオイドを使うような量もすごく増えてきています。患者さんのアメニティも上がってきていると思うのですが、それに関わる教育システムが1つモデルになっていくのではないかと思うのです。いま緩和ケアの研修会というのがある、モデルケースを使ったスライドなどで最低限の、このぐらいいは知っておかないといけませんよというようなものを学んでいくようなシステムが2日間かけて行われております。

いま話を聞いていると、1つは一般のドクターのレベルを少し上げていくということ、もう1つは柴田先生や私たちが困っている、どうしても焦げ付いたような症例にどのように向き合っていくかということ。その2つだと思うので、少なくとも先ほどの“抗てんかん剤が少し効きますよ”などということについては、痛みに関わる教育システムを作っていくと、少しずつ治療の効果が改善していくのではないかと、そういうものが一般の先生に広がっていくことで患者さんにも啓発・啓蒙されていくのではないかとおもったりするのです。

○葛原座長 わかりました。これも啓発の中で実際に簡単に今でもできることになろうかと思えます。これはその気になれば具体的で、例えばいろいろな生涯教育などの中にも取り入れていただくと、非常に有効かもしれませんね。

○辻本委員 実は私自身も乳がんの患者で、センチネルリンパ節生検の後、大きくえぐっております。術後の痛みということが、おっしゃられたように、やはり言えなかった。私だけなのかと思っていた。そうしたら、同じような手術をした人が、あら、私もよという。そういうことから、ここで今あまり話題になっていないのが患者会のサポートシステムです。患者同士の支え合いをもう少し、社会的認知と言うのでしょうか、厚労省がどんな支援ができるのかはわからないのですが、NPOも含めたこの患者会の中で、やはり協働のアプローチも是非加えていただきたいと思えます。

○葛原座長 おそらく乳がんの治療をやっている、最近は乳がん専門医というのはたくさんいらっしゃいますが、手術で取るにしても、あるいはそれ以外の非手術的な方法であれしても、とにかくがんが押さえ込めた、除かれてこれでもう安心だというのが、たぶん医者にとっての治療目標だと思うのです。

しかし、患者さんにとってはきっと、元の形を保ちたいとか、あるいは服を着たときにこうありたいとかというようなことですね。手術のあとのニーズは、医者は、たぶんうまくいったらそこで終わりになるのではないかと思うのですが、患者さんは、またそこから新しいニーズが生まれる。これは医療関係者ではなかなかわからない点もあろうかと思えますし、そのようなものがあって、うつうつとして、また痛みの原因で傷跡がつれているような感じとかということにもなっているかもしれないので、それは確かに患者さんのほうからそれぞれの病気で、医療側とはまた違った面での、自分の関心事で何がいちばん困っているかということやはり挙げていただければ、医療側と患者さん側とのコミュニケーションも、もつともつとよくなるし、解決も早いかもしれないのです。これは是非、むしろ辻本さん辺りに頑張ってもらわないとできないことかもしれません、これはこちら側であまり言うことではないかもしれませんが。

では、そういうことも含めて慢性の痛みに関するものは、もう少し整理する必要があるかもしれません。情報提供、教育ということがもつともつと必要であるし、実際の臨床の現場で解決できることもたくさんありそうだとすることが2番目の結論だろうと思います。

では、時間の関係がありますので次に進みます。これは先ほど柴田先生が少し言いかけただけだったことなのですが、難治性の痛みへの対策ということで、やはりこういう、痛みに対しての調査研究について、やや疫学的なことでは先ほど戸山先生もおっしゃいましたが、これに関しては先ほどのような疫学のこと以外にどういうテーマがあるかと。これは例えば今年から、研究班も多少走りだすようなところもあると思うのですが、そういうところにはむしろ注文ということもあるかもしれないので、もし、柴田先生、もう一度こういう感じでの調査研究というのである程度専門家を集めて、時間もお金もかかるようなものというテーマですと、具体的にどういうものが挙げられるかということで何かご意見をいただければ。

○柴田委員 疫学調査的なものに関してのご質問ですか？

○葛原座長 いいえ、全部です。別に疫学だけでなく。例えば最近ではPETとかファンクショナルMRIを使って。ファントムペインのときには脳のどこで痛みを感じているかを画像化しています。私もこの前ちょっと外人さんの講演を聞いて、感心しましたが、いろいろな痛みというのが、新しい研究は進んでいると思います。それも含めてお願いします。

○柴田委員 痛み研究のうち基礎医学の部分では、日本も世界的な業績がたくさんあります。痛みのエネルギーを末梢神経を伝わる電気信号に変える仕組みを担うタンパク質を同定したのも日本人ですし、痛みを感じない患者さんの遺伝子のどこに異常があるか、を解明したのは日本人です。そういう意味では、日本にはいい研究者がたくさんおられます。しかし、臨床的な部分では、先ほどお話したように、治療に関してもデータに関しても極めてお粗末な状況ですので、まずは日本の現況と言いますか、そういう意味で、疫学的な部分をやっていかなければならないのではないかと思います。

一方で、日本が得意ということかもしれないですが、世界と同じレベルである、むしろある部分では進んでいる、基礎医学的な部分、そのようなところはなお一層進めなければならないと思います。また、断面、断面を取れば、例えば片山先生のやっておられるような外科的な治療、あるいは麻酔科医がやっているような神経ブロック、戸山先生がやっておられるような脊椎そのものを治すような、個々のレベルでは優れたドクターはたくさんおられると思うのです。しかしながら、ソフトの先ほどの疫学的な部分は極めて欠如しているところかと思えます。

それから、先ほど機能画像の話が出ましたが、痛み研究、そういう基礎医学の部分では、末梢神経のレベル、脊髄のレベル、それから、最近で動物実験、人も含めた脳のレベルと広がりを見せています。そういう意味では日本も世界的な研究者がいますので、その辺のところはなお一層の進歩というか、期待できるかと思うのです。そういうもので括れる神経障害性疼痛のような痛み病態のメカニズムの解明、あるいは侵害刺激、竹内先生がご専門の炎症のもののような痛みのメカニズム、新しい治療薬の開発、より副作用の少ないもの、そのようなものも方向性としてはあるかと思えますし、線維筋痛症、あるいは CRPS タイプ 1 のような、あるいは器質的原因がない歯科・口腔外科領域の痛みとか、そのような他角的なものでは捉えられないような状況であるにもかかわらず、痛みが慢性的にあるような患者さんの病態が、どこがどうなっているのかというようなことに関しての研究はこれから手を付けていかないといけないのかなと思います。

○葛原座長 先生、例えば厚労省の研究ということだと、文科省的な基礎的な痛みのメカニズムというよりはたぶん現実的に痛みで、例えばリウマチの病気とか関節の病気というのでは、どうもわからない痛みを客観的にどう捉えるか、あるいはそういうものが治療でどう反応しているかというのは自覚症状以外にも。痛みは自覚症状だと言えばそれまでなのですが、何かそういう形のアプローチというのは、いま何か方向性はあるのでしょうか。

○柴田委員 いまおっしゃったように、私も少しはやっているのですが、脳機能画像研究というのは、この痛みの研究に世界中でやられはじめています。PET とか fMRI とか脳磁図とか、そういうものを使ってやっています、健康成人に実験的な痛みを与えて行う場

合、病気の患者さんに何かをして行う場合があります。しかし、治療の反応性をそういうもので示すという段階にまでは進んでいないのが現状です。

○葛原座長 精神科の病気などですと、脳のレセプターにくっつくような薬でもって薬の効果や力価の基準を作るとか、とてもそこまで痛みはいついていないことになるのでしょうか。

○柴田委員 痛みという言葉で括れるさまざまな病態があるので、その病態をいろいろな分子レベルで、レセプターとか物で括る部分と、やはり人が痛いと言っているわけですから、そういう精神科疾患的な切り方もあれば、その環境因子的な疾病利得とか、そのような切り方もあって、痛みに関しては切る軸がいっぱいあるわけです。ですから、それを上手に切らないと、患者さんは、何か場違いな方向に連れていかれるということになってしまいます。

○葛原座長 あと、痛みを慢性化させない取組みについて事務局のほうでまとめてくれているのですが、これも、メディカルな処置で慢性化させない、先ほど竹内先生がおっしゃったような、救命も後遺症も早く良くするということもありましようし、先ほど牛田先生がおっしゃったような、説明の仕方でも慢性化させてしまうようなものをどう防ぐかということもあるので、慢性化させないと言っても、範囲はかなり広いのです。牛田先生がおっしゃったようなことは、むしろ教育とか啓発運動とかで、説明の仕方をこういう具合にすべきだという教育でもって、ある程度は防げるかもしれないですね。

○柴田委員 考え方として、痛みがあれば何々してもらおう、治してもらおうというような考え方をどうしても、すべての人が持っていると思うのです。私も医者でなかったら、多分そうだったと思うのです。しかしながら、この痛みの問題は、がんの痛みであるとか神経障害性疼痛の大部分のものなどは、何か痛みの軽減でいいと思うのですが、中にはやはり、ご自身も痛みの軽減ないしは痛みによって障害された活動の改善に責任を持っていただくような、そのような医療者の対応もやはり不可欠だと思うのです。軽減だけでは限界のある患者さんもおられるのは事実だと思います。

○葛原座長 私なども神経内科が専門ですから、根治する病気はほとんどないので、症状や苦痛を軽くすればいいと。あとは、病気との平和共存をどうしていただくかということをお納得していただくと、ADL,QOLとも結構良くなる方もいらっしゃるのです。ですから、私などは、いま、この病気との平和共存教育を外来でやっている状況ですが、治らないものは治らないのだということをお理解し、納得していただくということです。「何で私だけが」とよくおっしゃるのですが、「確率の問題です」と答えて説明しているのです。そういう種類の教育も、日本人にはもう少しドライに考えていただく必要はあるかもしれないです。

ということで対策は、そういう形のことを調査研究と言っても、こういう生物学的なこと、あるいは医学的なことと疫学的なこと、あるいはもう少し現場での対応とか手技的なこと、いくつかあると思いますので、その辺をもう1回整理し直したいと思います。

最後は、あと5分ぐらいで、いちばん上の『痛み』を対象とした医療と体制の確立』ということで、医療体制、教育、QOLです。QOLがものすごく障害されて、命に関わらなくても仕事ができないという方がたくさんいらっしゃるの、これは調査するかしないかは別として、これはもう自明の理で、今日皆さんに集まっていたいただいているのも厚労省がこれを認識したかということですから、それでいいと思います。また、教育のことも、大体先ほどから出ているのですが、1つは、宮岡先生がおっしゃったような、医学教育の中に少しこういう痛みということのアプローチをきちんと入れていただく必要があります。これは自覚症状の中では非常に多いものだと思いますので、例えば文科省あるいは全国医学部長会議など、教育のコアカリキュラムの中に、1コマでも2コマでもこういうことを入れてくれと提言はできるのではないかと思います。

教育というのは、医学教育とか、あるいは看護師さんとか保健教育、あるいは、広い意味では国民に対する教育も、こういう慢性疾患については昔の急性疾患とは違うということも含めて必要なのだと。ですから、医療的な教育だけではなくて、こういう保健衛生、あるいは医学教育の中にもそういうことを入れていただくことが必要ではないかと思います。

医療体制に関しては、問題点はいろいろ出ているのですが、こうやったら解決するというものが今ひとつなのです。痛みセンターに関して、この前、順天堂大学や愛知医大のご経験なども話していただきましたが、これはどうなのでしょう。厚労省としては、痛みセンターをいろいろな所につくるということで、何かサポートでもするような方向は考えていらっしゃるのでしょうか。あまりそこまではいっていないですか。

○渡辺課長補佐 そこは全く白紙です。

○葛原座長 こういうところで、やはり個々の診療科に任せずに、こういうものを作ったほうがいいのかというような形になれば、またそれなりのリアクションは何かしていただけるということになるのでしょうか。昔、総合診療部というのがいろいろなところに来たときには、痛みからプライマリーケアとか、いろいろなものが集まったのですが、大学などを見ていると、最近、総合診療部は何か縮小傾向のような感じもありますよね。ですから、漠然としたものだけではなかなか続かないということもあるのかもしれないので、痛みセンターのような形が見えるものをつくっていくという方向性もあると思います。今後の討議の中で総合的に、患者さんは、まず専門家のほうか、あるいは一般医に来ていただいて

振り分けていくほうがいいのか、それとも、痛みセンターのようなところが最初のトリアージのほうを受け持つのか、それとも痛みセンターは難渋したものを受け持つ方がよいのか。きっと痛みセンターは、両方なのでしょう。牛田先生、やっていたらしゃったご経験からいかがですか。

○牛田委員 基本的には、私たちのところは、整形外科から送られてきたり、麻酔科から送られてきたり、あるいは難渋ケースが多いです。ただ、基本的なスタンスは、私自身も整形のカンファレンスにも出るようにしますし、自分たち自身が麻酔科とか脳神経外科などと一緒に横のつながりをつくっていくところの核になっていかないといけないと思っています。もちろん、いちばん最初に全部のものを総合診療部のように請け負うということになると、人数的にもなかなか難しいでしょうし、そのような人材を育成するシステムが出来るところまではまだまだ来ていないと考えております。

○葛原座長 ということで、どうぞ。

○内田委員 治療、痛みセンター、それから、2番目の「正しい情報の提供」という所にも少し関係すると思うのです。例えば、患者さんではなくて一般の国民に対して情報提供をするというのは、ほとんど効果が期待できないと思うのです。多くの情報を求めている方は何らかの痛みに悩まされている方だと思いますので、情報センターあるいは相談センターのようなものを設置するという方向性は、厚労省が取り組む事業としては非常に意義があるのではないかと思います。もう1つは、ドクターに対しても対応を相談できるようなシステムがあればいいと思います。まさに痛みセンターのようなところの役割が非常に大きいと思います。そういう考え方はどうでしょうか。

○葛原座長 年金相談の電話みたいなあんな感じではないですが、何でもとにかく対応してくれると、どうしたらいいかを。そういう感じになるのでしょうか、電話だけですので。

○戸山委員 せっかくこういう形で痛みというようなものを厚労省のほうも取り上げるといふことになる、私はやはり、アメリカの痛みの10年を真似しろとは言いませんが、何か大きなアドバランというか、キャッチフレーズが、医療側にも患者さん側にも国民にも見せられるようなものを何かお考えいただいて出したほうが、メッセージとしてはいいと思うのです。

○葛原座長 たぶん、ここで最後に4月か6月ぐらいにまとめるときにそういうものを出せという形で言えば、今日は疾病対策課の難波課長も来ていらっしゃいますが、では、そういうことも必要かなということもお考えいただくかもしれませんので、その辺も含めて。

本当に痛いといふと何もできなくなるというのは、私なども歯が痛んだときなどを見ると、毎



日が暗い気分になりますから、みんな、困っていらっしゃるというのは確かだと思いますので、それを現実的に解決できるような施策を1つでも2つでもやっていって、また日本の医療のレベルもよくなりますし、無駄なお薬とか処置が減るといようなことになれば、医療経済にもいいでしょうし、国民の健康にもいいと、あるいは産業構造にもいい影響があるかと思えます。団塊の世代にこういうことで患者さんが増えるというのは日本の大問題ですから、そういうことも含めると、本腰を入れて取り組んでいただいても決して損なことではないという具合に思います。

○宮岡委員 先ほど牛田先生がおっしゃったように、痛みが極端に慢性化してからセンターなどが対応するとなると、患者さんの数がとんでもないことになります。私は、慢性の痛みの初期はいつかと言ったら非常に難しいですが、できるだけ早い時期にアクセスするようなどころをつくってほしいと考えます、医者も患者も。とにかく初期対応がものすごく大事なような気がするのです。ですからいまお話があったような、例えば電話での相談センターでもいいですが、何かとにかく早く対応できれば、その後の治療の混乱はだいぶ防げるというような感じします。そのあたりは是非、この会合の視点に入れてほしいという気がします。

○内山委員 いままでに出てきたところで、コミュニケーション、理解、連携を実現し、包括的に早期に対応するという意味では、やはり共通の評価表のようなものを作成する必要があると思います。各専門領域においては、すでにそれぞれ特異的なものがあるかと思えますので。

いままで議論に出てきたのは、順位に優劣はないのですが、器質・身体機能を1つの軸、2番目にはメンタル、3番目には、対象者自身の受け止めと理解、4番目には動作や生活の支障度、5番目にはその環境因子というようなところで評価表を構成していけば、各専門家は自分で埋められない所はコンサルトすることにもなると思います。また、対象者自身も、そういうレーザーチャートみたいなものが出来たら、ご自身の理解が進みます。対象者によって、この人の全体の痛みは器質的な対応をすることによって解決しやすいものかもしれませんし、逆に、ほかの軸のところが大きいかもしいかなとなったら、次の専門的な治療や手段に流れていくというようなものが出来るのではないかなと思いました。

○柴田委員 同じです。

○葛原座長 わかりました。では、今日議論していただくところは、要するに、問題点を出していただいて、次の会のときまでにどういうことを整理しておけばいいかということで、大体これを出していただいたのと、12時の時間にもうあと一歩ということになりましたので、そろそろこれでまとめたいと思います、繰返しになりますから。これ、どうせ記

録を取っていらっしゃるわけですね。

それから、日本の保険医療などの問題点、実際に有効な薬が使えないというようなものも、実は日本の国民皆保険の当然派生してくることなのです。それから、いま、きちんとした医療をすれば、全部病院持ちで、全部持出しで一銭も保険点数にはならないというのも現実ですから、そこもやはり解決していただかないとなかなか、一般医にこんなことをやれというのは無理だということにもなるかもしれませんし。

ただ、1つだけ救いなのは、最近、私はまた薬の副作用不服審査というのもやっているのですが、例えば先ほどあった抗けいれん薬のガバペンチンのような薬などで何か副作用が出たケースでは、欧米では1つの標準医療になっているから、副作用に関しては保険の適用でないけれども救済の対策に含めるという、1つの基準が出ていました。やはり現実の医療制度の中でも救い道は、厚労省のほうでも考えてくれているところもあると思います。そんなことも含めて、今日の議論いただいたことでいろいろなことをご提言いただいたと思うのですが、その中で、次の会ぐらいでそれなりの結論を出して、例えば、次の委員会で検討してもらうもの、調査研究班のようなものを立ち上げたほうがいいこと、マニュアルや評価表を作るような研究班などについて、事務局のほうで相談して整理したうえで、次の会に臨みたいと思います。

それから、もしその中で、先生方にこういうことで資料をお願いしたいというようなことがありましたら、また、事務局のほうを通じてお願いすることがあるかもしれません。ということで、今日は大体これで終わりにしようと思うのですが、何か最後に発言しておきたいということがございましたらお願いしたいのですが、竹内先生、こんなところでよろしいですか。

○竹内委員 私も評価が非常に重要だと思います。先ほど内山先生からご提言いただいたような内容の評価を是非広めていっていただければと思います。

○葛原座長 もしかしたら、先ほどのような参考資料もいいものがあれば、資料としていただきたいとお願いするかもしれませんが、そのときは、よろしくお願ひします。それでは事務局のほうからお願ひします。

○渡辺課長補佐 委員の先生方、本当に長時間にわたりまして活発なご議論をありがとうございました。痛みの話をするのは本当に興味深いのですが、事務局としても、できるだけ整理して今後どういった対策が必要なのかということ、あと1、2回でまとめていきたいと考えておまして、3回目の開催に向けて、先ほど座長からお話があったように、各委員の先生方にいろいろお願ひすることも出てくるかと思いますが、その節はご協力をよろ

しくお願いいたします。今回の議事録についても、また先生方に確認させていただいた上でホームページ上に公開したいと考えております。

次回の日程につきましては、私の今の頭の中では4月か5月か、その辺になるかなと思っているのですが、そこについても、後日、先生方に日程調整の連絡をさせていただきますので、よろしくお願いいたします。今日は長時間にわたりましてありがとうございました。

○葛原座長 どうもありがとうございました。