

第3回「慢性の痛みに関する検討会」

議事次第

平成22年6月1日
15:00～17:00
航空会館201会議室

議 事

1 「慢性の痛みに関する検討会」報告書（案）について

2 その他

資 料 「慢性の痛みに関する検討会」報告書（案）

参 考 第2回「慢性の痛みに関する検討会」議事録

今後の慢性の痛み対策について
(慢性の痛みに関する検討会 報告書 (案))

平成22年6月1日

厚生労働省

はじめに

○ 我が国における健康づくりの取組においては、人口構造や疾病構造の変化により、慢性疾患を対象とする対策の重要性が高まっている。平成21年8月にとりまとめられた「慢性疾患対策の更なる充実に向けた検討会」検討概要において、今後取り組みを推進すべき課題として、これまでの疾患別対策とは別に、症状に着目した対策として「慢性の痛み」への取り組みが挙げられた。

○ 慢性の痛みを来す疾患は、変形性脊椎症や腰痛症といった筋骨格系及び結合組織の疾患から、神経疾患、リウマチ性疾患などの内科的疾患、さらには線維筋痛症や複合性局所疼痛症候群等の原因不明のものまで、多種多様である。

○ 多くの国民にとって、慢性の痛みを抱えることで生活の質の低下をきたす一因となる一方、痛みには客観的指標がなく、周囲に理解が得られにくい等の課題が挙げられている。

○ こうした背景及び問題意識のもと、厚生労働省においては、平成21年12月に「慢性の痛みに関する検討会」を発足し、慢性の痛みを取りまく課題を整理するとともに、求められる対策について検討を行ってきた。それらの検討内容をとりまとめたものが本報告書である（「がん性疼痛」については、既に取り組みがなされているため対象としていない）。

1. 慢性の痛みに関する現状

○ 痛みは体の異常を知らせる警告反応として重要な役割を果たしているが、国際疼痛学会では痛みを以下のように定義しており（※）、痛みは主観的なものであるため、標準的な評価法や診断法は未確立である。また、国内においては診療体制も十分整っていない現状がある。

（※）国際疼痛学会の定義（1985年）

「痛みとは組織の実質的あるいは潜在的な障害に結びつくか、このような障害をあらわす言葉をつかって述べられる不快な感覚・情動体験である」

○ 「平成19年国民生活基礎調査」によると、受療頻度が高い上位5疾病に腰痛症、肩こり症が挙げられており、同調査による頻度の高い自覚症状として、腰痛、肩こり、手足の関節痛、頭痛が上位を独占していることから、国民の多くが痛みを抱えて生活しているといえる。

○ 痛みは慢性化するに従い、罹患部位や身体機能だけの問題ではなく、精神心理的、社会的な要因が複雑に関与し、痛みを増悪させ、遷延することになるため、痛み診療においては、診療科の枠組みを超えた総合的、集学的な対応が求められる。また、患者個々の背景に合わせた治療内容、治療目標を設定する必要がある。

○ 慢性の痛みは患者の生活の質を著しく低下させ、就労困難を招く等、社会的損失が大きいとされる。また、有効性が乏しい治療が繰り返されたり、患者が多くの医療機関を渡り歩いて診療を受けている場合もあることが指摘されており、適切な痛み対策が求められている。

○ 痛みには、発生機序や疾患や部位別等、さまざまな分類、切り口があるが、痛み対策を行うにあたって、以下の分類を念頭において整理することが提案された（表1）。

- 1) 脊椎疾患や変形性関節症など、罹患患者が多い疾患に伴う慢性の痛み
- 2) 線維筋痛症、複合性局所疼痛症候群（CRPS）など、十分に解明されていない慢性の痛み
- 3) 頭痛、腹痛等、1) 2) 以外の機能的疾患

2. 慢性の痛みの医療をとりまく課題

(1) 痛みを対象とした医療体制の確立

○ ペインクリニック等、痛みを専門とする一部の医師を除き、多くの医師は自身の経験の中での痛みに対する治療法で対応しており、個々の患者の状態に応じた適切な治療が選択されているとは必ずしも言い難く、痛み診療に対する知識や技術の向上を図る必要がある。

○ 慢性の痛みに対する診療を行うにあたっては、総合的なアプローチが求められるが、痛みを専門とする診療体制は十分に整備されていない。その背景には、痛みを対象とした医療が成り立つような制度や人材育成、教育体制が確立されておらず、痛みを理解し、痛みを有する者を社会全体で支えようとする意識が希薄であることが一因と考えられる。

(2) 痛みに関する正しい情報の提供

○ 痛みに関する原因や診断、治療・対処法等に関して、おびただしい情報が氾濫してい

るが、中には不適切な情報等があり、科学的根拠に基づいて情報が整理されているとはいえず、混乱を招きかねない。医療従事者や患者、国民に対して、正しい情報を発信していくことが必要である。

○ 一般医と専門医、専門医と専門医の間において、痛み診療に対する認識に差異があるため、教育や啓発活動によって、それらを埋めていく努力が求められている。また、医療従事者と患者の間においても、痛みに関する共通した認識を持つ必要がある。

○ 不十分なインフォームドコンセント等によって痛みが慢性化することがあるため、病状や検査結果、治療法について、適切な説明が必要である。また、患者は医療の不確実性や限界について、理解を深めるとともに、こうした医師・患者関係が成り立つような医師・患者教育が必要である。

(3) 難治性の痛みへの対策

○ 線維筋痛症や複合性局所疼痛症候群のような、あるいは器質的原因が明らかでない歯科口腔外科領域の痛み等、難治性の痛みを生じる疾患が存在する。それらは、病態解明が不十分であり、診断が困難なため、患者は適切な対応・治療が受けられないばかりでなく、病状を理解されない疎外感等、精神的な苦痛をも背負っていたため、研究の推進等、難治性の痛みへの対策が求められている。

(4) 臨床現場における問題点の解消

○ 諸外国において、慢性の痛みに対して有効性が確立されている薬剤であっても国内では現在保険適用でないものが多いとの指摘がある。また、慢性疼痛に対して麻薬系鎮痛剤が保険適用されるようになる等、痛み治療の選択肢が広がりつつあるが、より一層の適切な投薬が求められている。

○ 痛みに対する治療法に関しては、有効性が乏しい治療が繰り返されることがある等の報告も散見される。また、治療法の選択については、診療施設や診療科、医師による差がみられことがあるため、科学的根拠の集積とそれに基づく治療適応の基準作りが求められる。

○ 痛み診療においては精神心理学的な関与が少なからず存在している。客観的な所見があるものの精神心理的な要素が大きく存在していたり、客観所見と自覚症状に乖離がある症例に対して、身体的な治療をどの程度行うのか、精神心理的な介入はどの様に進めてい

くべきか、判断が難しい。現状では、精神科や心療内科の医師が早期に介入することは稀であり、痛み診療に有効なことが多いとされる認知行動療法は広まっていない。また、患者側にも痛みがあると精神心理学的な影響が及んでくることについての知識が乏しいと考えられる。

3. 今後、必要とされる対策

(1) 医療体制の構築

○ 痛みに対して早期に適切な治療を行うことで、慢性化させない取り組みが重要であり、一般医の痛みに対する診療レベルの向上が求められる。ガイドラインやフローチャートによって、痛み診療の入り口において、器質的障害、精神心理的障害等について識別し、振り分けを行うための手助けとなるツールの作成が必要である。

○ 一般医で対応困難な痛みについては、関係する診療各科が連携して治療にあたる為の核となる痛み診療部門の整備が求められる。痛み診療部門には、診療だけでなく、情報収集や発信、人材育成、講演活動等の役割が付帯されることが望ましい。

○ 痛み診療体制の構築には、医療従事者の役割分担や連携について明確化するとともに、痛み診療に精通した人材育成が必要であり、さらに経済的に痛み診療が成り立つ仕組み作り等、現状に即した対応が求められる。

(2) 教育、普及・啓発

○ 痛み診療の推進においては、診療体制のみならず、人材育成も重要な課題である。卒前・卒後の教育プログラムに痛みに関する診断や対処法等を組み入れたり、関係団体や関係学会と連携すること等で、痛み診療の向上を図る。

○ 慢性の痛みに対して社会全体で取り組む必要があり、医療従事者だけでなく、患者や家族、広い意味では国民全体が痛みに関心を持ち、知識を持つことが大切である。関係団体や関係学会等と連携し、積極的に普及啓発活動を推進しなければならない。

(3) 情報提供、相談体制

○ 痛みに関する情報は多いが、科学的根拠に基づいて整理する必要がある、最新の知見

も踏まえた情報の収集及び発信をしなければならない。医療関係者だけでなく、患者、家族の視点を意識して、わかりやすい情報提供を行う必要がある。

○ 患者会やNPOとの連携によって情報を共有し、相談体制を整備することで、社会全体で痛みに向き合う土壌を形成していかなければならない。

(4) 調査・研究

○ まず、慢性の痛みに関する現状把握に着手すべきである。どういった痛みがあり、どこで、どのような対応が行われ、その効果はどうか、調査研究し、それらの基礎資料を基に、具体的な対策を打ち出し、今後の施策につなげていく必要がある。

○ 疫学調査のみならず、難治性の痛みの病態解明・診断方法の開発、新規治療薬や安全で効果的な治療法の開発、痛みの評価につながる検査法や評価指標の開発、治療ガイドライン、フローチャートの策定、教育資材の開発等、現状の課題克服に向けて研究の推進は必須である。

4. まとめ

○ 慢性の痛みは原因疾患のみならず、生活環境、行動様式、個人の性格等を反映するため、個々の症例に応じてきめ細やかな対応が求められる。痛みを完全に排除することは困難であるが、痛みの適切な管理と理解が必要であり、痛みと向き合うことが求められている。

○ 痛みの緩和、痛みと関連して損なわれる生活の質や精神的負担の改善を目標に、医療や社会、医療を取り巻く人々や国民自身が、それぞれの立場で計画的かつ協力的に痛み対策に取り組むことが重要である。

○ 本検討会の議論を踏まえて、慢性の痛みに関する医療体制整備や医療資源の適正配分、また、痛みによる社会的損失の軽減に寄与するような取り組みの第一歩を踏み出すこととしたい。

(参考)

「慢性の痛みに関する検討会」 構成員名簿

(50音順・敬称略/○：座長)

氏名	所属
安達 知子	愛育病院産婦人科部長
牛田 享宏	愛知医科大学学際的痛みセンター教授
内田 健夫 今村 聡	日本医師会常任理事
内山 靖	名古屋大学医学部保健学科教授
片山 容一	日本大学医学部脳神経外科教授
○葛原 茂樹	鈴鹿医療科学大学保健衛生学部医療福祉学科特任教授
真田 弘美	東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻教授
柴田 政彦	大阪大学大学院医学系研究科疼痛医学講座教授
竹内 勤	慶應義塾大学医学部リウマチ内科教授
辻本 好子	NPO ささえあい医療人権センターCOML理事長
戸山 芳昭	慶應義塾大学医学部整形外科教授
宮岡 等	北里大学医学部精神科教授

(第1回検討会・オブザーバー)

井関 雅子	順天堂大学医学部附属病院緩和ケアセンター室長
-------	------------------------

(表1)一案1

慢性の痛みを来す疾患(分類案)

1. 脊椎疾患や変形性関節症、末梢性神経障害など罹患患者の極めて多い疾患に伴う慢性の痛み

変形性関節症, 頸肩腕症候群, 帯状疱疹後神経痛, 自己免疫疾患(関節リウマチなど), 糖尿病性神経障害, 坐骨神経痛 など

2. 神経障害性疼痛, 線維筋痛症, 複合性局所疼痛症候群(CRPS)など痛みの発生機序がまだ十分には解明されておらず, 効果的な治療法が未確立な慢性難治性疼痛

複合性局所疼痛症候群(CRPS), 脳卒中後疼痛, 手術後疼痛症候群(乳房切除後症候群, failed back syndrome, 幻肢痛), 線維筋痛症 など

3. 上記以外の機能的疾患

頭痛, 腹痛(過敏性腸症候群), 婦人科的疾患, 歯科口腔外科的疾患 など

(柴田委員分類案)

(表1)一案2

慢性の痛みを来す疾患(分類案)

1. 脊椎疾患や変形性関節症など、罹患患者の多い疾患に伴う慢性の痛み

変形性脊椎症・関節症, 椎間板ヘルニア, 頸肩腕症候群, 関節リウマチ など

2. 線維筋痛症, 複合性局所疼痛症候群(CRPS)など、十分に解明されていない慢性の痛み

線維筋痛症, 複合性局所疼痛症候群(CRPS), 脳卒中後疼痛, 帯状疱疹後神経痛, 手術後疼痛症候群 など

3. 頭痛、腹痛など上記以外の機能的疾患

頭痛, 腹痛(過敏性腸症候群), 婦人科的疾患, 歯科口腔外科的疾患 など

(柴田委員分類案・改)

第2回 慢性の痛みに関する検討会

日時 平成22年3月12日(金)

10:00~

場所 厚生労働省共用第8会議室

○渡辺課長補佐 定刻となりましたので、ただいまから第 2 回「慢性の痛みに関する検討会」を開催いたします。委員の先生方におかれましては、お忙しい中をお集まりいただきましてありがとうございます。本日は安達委員、真田委員から欠席のご連絡をいただいております。片山委員はまもなく到着されます。以降の議事進行は葛原座長にお願いいたします。

○葛原座長 これから 12 時ぐらいまで、できるだけ話を詰めていきたいと思います。まず、事務局から配付資料の確認をお願いいたします。

○渡辺課長補佐 配付資料を確認させていただきます。議事次第、検討会構成員名簿、座席表。資料 1 は『慢性の痛み』を取り巻く課題の整理」という事務局が準備したもの。資料 2 は「プレゼン資料」として、柴田委員の資料。参考資料として、第 1 回「慢性の痛みに関する検討会」議事録です。

○葛原座長 資料の参考のところに、昨年 12 月 10 日に行われた第 1 回検討会では、主に痛みということについて、3 人の先生方から講義のような形で我々が伺ったわけです。それに基づいて、本日は資料に沿って具体的な話を詰めていきたいと思います。全体の日程として、本日が第 2 回ということで、あと 1、2 回で最終的な取りまとめをして、答申か提言をしてこの会は終わりになります。本日はできるだけそこに近づくような形で論議をお願いいたします。

議事の 1 番目は、『慢性の痛み』を取り巻く課題について」事務局から説明をお願いいたします。

○渡辺課長補佐 資料 1 に基づいて説明させていただきます。この資料は、第 1 回議事録を基に、事務局で整理したというものとご理解ください。1 枚目は「本検討会の役割」です。1 番目は慢性の痛みに関して、現状認識、問題点を整理する。2 番目は慢性の痛み対策はどうあるべきか。3 番目は国として何をすべきか、国民、社会、医療関係者に何を呼びかけていくべきかということ、本検討会の役割としたいと考えております。

2 枚目は「慢性の痛み対策に必要な考え方」です。この資料も先生方の議事録の発言を基に作成しております。痛みをゼロにすることは非常に理想的であるが、患者さんの生活の質を高めることに支援のポイントを置き、痛みや苦しみを和らげるために、それぞれの立場で計画的かつ協力的に、痛み対策に取り組んでいく。次に、診療科や診療部門の枠組みを超えた総合的、集学的なアプローチが求められる。そして、患者さん個々の背景にあわせた診療を行う。以上のことを、痛み対策に必要な考え方として挙げさせていただいております。

3 枚目です。「慢性の痛みを取り巻く課題の整理」として、1 つ目は「痛み」を対象とした医療と体制の確立。2 つ目は「痛み」に関する正しい情報の提供。3 つ目は「難治性の痛み」への対策。4 つ目は臨床現場での問題点の解消。痛みを取り巻く課題の整理として、この 4 項目を柱として挙げさせていただきました。本日の検討会では、痛みを取り巻く課題の整理のところでも挙げております課題について、深掘りしてご議論いただきたいと考えています。

最後に、慢性痛を来す疾患として、第 1 回検討会でのプレゼン資料の中で、柴田委員に発表していただきました、慢性痛を来す疾患の分類案を参考で付けております。事務局からの説明は以上です。

○葛原座長 かなり要領よくこれまでの痛みに関する、特に第 1 回検討会での討議の内容をまとめていただきました。慢性疼痛ということは、要するに治らないから慢性になっているということです。痛みは非常に辛いもので、しかも自覚症状は強いけれども、ここの課題に挙がっているようなのは、検査とか診察所見のような他覚的な所見ではほとんど何も異常がない。しかし患者さんは非常に苦しんでいるというような痛みをどうするかということです。第 1 回検討会のときにも、完全に治すことは難しいけれども、どういう具合にそれを軽くするか、あるいは注意とか、いろいろなものでほかに振り向けることによってそれが軽くできないかということで、いろいろな方面からのレクチャーもいただきました。

本日は後ろから 2 つ目の「慢性の痛みを取り巻く課題の整理」ということで 4 つの課題が載っております。それぞれ関連があるのですけれども、大きく分けると、第 1 は「痛み」を対象とした医療と体制の確立ということ。第 2 は、正しい情報の提供、これは患者さんにもそうですし、一般医と痛みの専門医との間のコミュニケーションも含めて、本日は討議をしていただきます。第 3 の難治性の痛みについては、この前のレクチャーにもありましたけれども、生理的・薬理的、あるいは最近の脳画像などを使った検討もありますが、なんとかそういうものに客観的なアプローチができないかということと、また治療効果の判定ができないかということ。これは、もう少し突っ込んだ研究体制が必要かと思います。第 4 は臨床現場で、特にこれはいま使われている薬、あるいは外科的治療法もありますが、現在保険には採用されていないようなもので、すぐに実用可能なものもあるのではないかと。こういう点について、本日はできるだけ論議を絞って、まとめの方向に持っていきたいと考えております。

いま、数枚の資料に従ってやっていただきましたけれども、追加とかご質問はございますか。この前のプレゼンテーションとか、問題提起してくださった先生方も、大体こういうところに沿っていけばよろしいでしょうか。これに従って討議をしていただくというこ

とで、基本的には後ろから 2 枚目のプリントにフォーカスを当てながら、それまでの痛みの対策、問題、疾患の種類を念頭に置いて討議していただきます。

○渡辺課長補佐 第 1 回検討会での議論の中で、神経障害性疼痛の薬物治療で保険の適用外使用が話題になりました。それから、アメリカの痛みの 10 年の話題等がありましたので、その辺の説明を少し柴田先生にお願いできればと思います。

○葛原座長 この 4 番目の臨床現場ということに関して、日本でもいまはそうだと思いますけれども、抗うつ薬とか、抗てんかん薬の新しい薬というのは、随分痛みによく効くものもあるのですが、保険収載されていないということがあります。渡辺さんとの打合せのときにも話をしたのですが、今度保険の明細で出てくると、患者さんにはてんかん、うつ病、統合失調症というのがずらっと並んだのを貰うようなことになって、びっくりするのではないかと思います。いまは保険適用の病名で処理していると思うのですが、そういう問題をどうクリアするかということについてよろしくお願ひいたします。

○柴田委員 資料 2 の図に示しましたのは、2005 年に『Pain』という雑誌に掲載されていたものです。神経障害性疼痛と申しますのは、慢性疼痛の原因の大きな 1 つです。帯状疱疹後神経痛や、糖尿病性神経障害にはじまり、手術の後の末梢神経損傷の痛み、脊髄障害による痛み、あるいは卒中後痛と言いまして脳卒中後の患者さん 10~20 人に 1 人ぐらいが慢性の痛みに苦しむと言われていて、そのように、神経に障害が起きた後に、一部の患者さんが慢性の痛みに移行します。慢性の痛みの中でも、特に対応の難しい病態と言われています。

神経障害性疼痛を例に取って、どういう薬がエビデンスがあるかというのをこのグラフにまとめてあります。横軸の Number Needed to Treat(NNT)というのは、最近医学界でよく使われている指標です。効果が出るのに、何人の患者さんに 1 人効果があるのかを数字で表したものです。つまり、これが 5 だと、5 人に 1 人の患者さんが、この治療法で効果があるということが言えるわけです。したがって、数字が小さいほど効果的であると言えるかと思っています。

神経障害性疼痛に対してエビデンスがある薬剤というのは、上から三環系抗うつ剤、バルプロ酸ナトリウム、カルバマゼピン、ラモトリジン、フェニトインと続きまして、ずっと下まで書いてあります。このデータの基になっている症例数、これは薬剤によって大きく異なり、20~30 例のものから 1,000 例を超えるものまでいろいろですので、研究の信頼性にはばらつきがあります。

左の縦軸にいろいろな色の字で書いてありますけれども、赤字のものが多数あるのがご

覧いただけるとと思います。この薬剤が、先ほどお話にありました適用外使用です。日本で発売されているのだけれども、痛みに対しての適用がないのでうつ病だとか、てんかんといった病名を付けて使うか、自由診療で使うしかないという種類の薬剤です。黒字のものが、痛みに関する対して適用のある薬剤です。これも、すべてに適用があるわけではなく、オピオイドに関してはがんの痛みに対して適用があります。がん以外の痛みに対して適用があるのは、従来はモルヒネの徐放性でない錠剤、粉薬、コデインのようなものしかなかったのですが、ごく最近経皮吸収型の麻薬性鎮痛薬も適用になりました。

あらゆる痛みにも適用があるという意味ではオピオイドしかありません。カルバマゼピンは適用があるといっても、これは三叉神経痛だけです。メキシレチンは、糖尿病性神経障害に対してだけ適用があります。それ以外の神経障害性疼痛に対して薬物による治療をおこなうとなると、オピオイド以外に使う薬がないということになってしまいます。ですから、現場ではいろいろな方法でこれに対応せざるを得ません。しかし、現状ではこれらを保険適用にするには治験というステップが必要で、ここ数年いろいろな薬剤が製薬メーカーから臨床治験が実施されています。青字のトラマドール、プレガバリンというものは治験中あるいは治験が終了していて発売待ちの状態です。

海外で新たに導入されたものに関しては、薬価も期待できますので、治験をやって世の中に出るという現状の方法でいいかと思うのですが、三環系抗うつ剤のように昔からあって、薬価も非常に安く、NNTに関してはよく効くことが既に証明されているものもあります。こういう薬剤を新たに臨床治験を行うということは、製薬会社の立場からするとなかなか困難であろうと思われるので、こういう薬剤は将来が見えません。私からは以上です。

○葛原座長 柴田先生どうもありがとうございました。何か質問はございますか。

○牛田委員 薬の使用状況などの現状についての補足ですが、最近のトピックで問題になってくるのは、オピオイドのパッチ剤が導入されてきたということです。効果と同時に依存症などの問題もあると思いますので、ここもまた検討していかなければいけない課題になってくるのではないかとということです。

また、NNT というのは最近よく使われる指標ですけれども、今回使われたデータの基になっている論文で使われているものは半分以上良くなったものです。例えば VAS で 80 のものが、40 以下にならないと駄目なので、少し良くなったというようなものに関してはこれに入らないです。そうなってくると、この並びが本当に効く順番かということについての議論は、また検討しないといけないものと考えられます。

○葛原座長 柴田先生、ここの丸の大きさというのは使われている頻度を表しているのですか。

○柴田委員 先ほど 20~1,000 と言いましたけれども、その数字のことを申し上げているのです。この根拠になった症例数で 81 というのがいちばん最小です。

○葛原座長 現在の痛みで使用可能な薬について非常に詳しく説明していただきましたけれども、ご質問はございますか。

○柴田委員 この問題は厚生労働省ということで、労働災害も関連するのかなと思うのです。労災保険のアフターケアというシステムがあります。労災中は普通の保険診療と同じように対応するわけですが、アフターケアになると、その該当した疾患にだけカバーされることとなります。外傷ですので神経障害を伴う痛みが、症状固定の後にも続くことが多いわけですね。現在、アフターケアでカバーされているのは、鎮痛薬と、月に決められた回数の神経ブロック、必要な場合の検査に限られています。

鎮痛薬に該当するのは、消炎鎮痛薬と麻薬性鎮痛薬ですが、消炎鎮痛薬は、神経障害性疼痛に対して効果があるというエビデンスがありませんし、オピオイドに関しては先ほどお話しましたように、モルヒネのうち徐放性でないものしか適用がありません。実際には三環系抗うつ薬や抗てんかん薬で管理するのが望ましいのに、アフターケアのシステムではそういうものがカバーされていないという問題があります。保険病名は使ってはいけないものなのでしょうけれども、アフターケアではそれさえも使えないのです。

○葛原座長 先生、この中には NSAIDs が入っていないのですが何か理由があるのですか。

○柴田委員 効果がないのです。

○葛原座長 普通の鎮痛薬は効果がないということで、もともと除いてあるということなのですね。

○柴田委員 そうです。

○葛原座長 いま柴田先生がおっしゃってくださったことは非常にわかりやすいと思うのです。ここの横に並んでいる数字の中で、黒い字だけは、いま日本で使える薬です。保険適用はカルバマゼピンは三叉神経痛だけ。オピオイドは、がん性疼痛なのですが、今回の検討会ではがん性疼痛は除かれています。これは、原因がはっきりしているからです。メキシレチンは、糖尿病性の末梢神経障害に伴うしびれとか痛みだけ。ですから、日本で慢性疼痛に使える有効な薬は、いまのところ保険適用されているものはないと言ってもいいと

いう状況だということです。いま使われているのは、全部自費で使われているか、本当の病名とは別の保険適用病名で使われているかということになります。厚生労働省でこんなことを言うてはなにですけれども、そういうことになります。こういうのが現状だということで、どう打開するかということも考えていただきたいのです。

あとは、下の段のゼロから始まっている NNT というのは、先ほどご説明がありましたように、何名の患者さんに使えば効果があるかということで、ここに書いてある 10 以下というのはものすごく良いのです。皆さんが使われているような高脂血症の薬とか高血圧の薬というのは、50 とか 30 という感じですから、30 人に使えば 1 人には効果があるというようなのをみんなが飲んでいるわけです。そういう点でいうと、これは非常に良い成績の薬ばかりだということです。だから、薬を飲めば何でも効くわけではなくて、30 人に 1 人当たるか、10 人に 1 人当たるか、そんなのが治療だということも認識しておく必要があると思います。

片山先生がいらっしゃいます。ここは薬だけなのですが、片山先生は昔から脊髄とか脳の手術で疼痛の治療をよくやっておられます。外科的なことも一緒にご紹介していただけますか。

○片山委員 外科的治療でいま大変大きな変化を見せておりますのは、脊髄刺激療法です。これは、比較的歴史の長い治療法なのですが、刺激方法が大変大きく変わってきました。今から 30 年ぐらい前は、電極 1 本で脊髄を刺激していたのですが、今は電極を 8 極とか、リードを 2 本入れたり、刺激装置を 2 個使ったりと、大変幅広く刺激の方法がバリエーションを持つようになり、治療効果の評価をやり直している段階です。この 3 年ぐらい治療効果の見直しをしてきて現在持っている印象は、20 年前、30 年前に我々が持っていた脊髄刺激療法に対する印象とは全く違うということです。

幸いなことに、脊髄刺激療法は保険適用になっておりますので使いやすいのですけれども、問題が 2 つあります。1 つ目は、これを使う患者さん側、あるいは病院側にとってペイしないところがあります。2 つ目は、アフターケアをするときに、何の経済的保障もない、管理料がないということです。この 2 つの問題が現在あります。

○葛原座長 これは、疼痛なら基本的にかんりのものに適用があるのですか。

○片山委員 神経障害性疼痛で、最近出ている数字では、「ある程度満足」「かなり満足」という答えを引くくめすと 80% ぐらいに有効だったという結果が出ています。

○葛原座長 やればやるほど損になるということとか、いろいろな問題があるわけです。ただ、こういう方法があるということで、資料 2 のほうはお考えいただければいいと思

ます。

○片山委員 その結果として、脊髄刺激療法が使われている頻度は、アメリカの10分の1ぐらいのものすごく少ないのです。有効性が高いので、欧米では非常によく使われる治療法なのですが、日本では全国で年間数百にもっていないのではないかと思います。そんな状況で活用されていないということだけ申し上げておきます。

○葛原座長 刺激のレベルと、電極を脊髄に入れるわけですから薬よりも合併症は高くなるのですか。

○片山委員 脊髄の硬膜外に入れますので、それほどの合併症はないと思います。入れる場所は、痛みの場所にパレステジアが起こるように設置すればいいということで、ケース・バイ・ケースです。

○葛原座長 資料2とそれに随伴しました現在やろうと思えばできる治療法に関して、いまお話をいただいたのですが、こういう手段は現時点ではあるということですが、よろしいでしょうか。

これに関して慢性の痛みの対策ということで、先ほどの4項目を順番にやっていきたいと思います。話のついでに、いちばん下からやっていくのも1つの方法です。臨床現場での問題点の解消ということで、現在こういう治療をやろうと思えば日本でできないことはない。手術については先ほど片山先生がおっしゃったように、手術すればするほど赤字が出る。しかも以後の管理料がない。合併症の問題は薬よりも大きいとは思っているので、適用はきちんと分けなければいけないと思います。ですから、損が出てあまり文句を言われないう病院でしかやらないということになります。国立病院か、公立病院か、大学病院という大体赤字を出す病院でやることになります。

もう1つは、いま実際に使える薬に関しては保険適用がないので、自費でやっていただく。でも混合診療と言われると困るわけですから、別の病名でやむを得ず対応するという形で、たぶん現場ではそうなっていると思うのです。そういうことに関して、こういう治療法以外にも、この前は認知行動療法などのことも出ておりました。特にうつ的な、気分も伴ったような方にはかなりいいというお話も現在あると思います。そういうことも含めて、いちばん下の、先ほどの薬の話と、手術的なこと以外にこういうのがあるのではないかと、あるいはどうしたらいいかということについてご討議いただきたいと思います。この前、牛田先生は認知行動療法のことを言われていましたね。

○牛田委員 いま片山先生がおっしゃったような治療をやってもなかなか良くならないという患者さんも結構います。他人の目から見て、この人はなかなか治らないというような

器質を持っている方については、カウンセリングなどのアプローチをしていかないと、どうしても痛みのことばかりで毎日すごしているような人に対しては、どうしようもないようなところがあります。

私の所では、臨床心理士がかかわったり、精神科医がかかわったりします。これは、体制の問題もあると思うのですが、そういう職種の専門家にも診てもらうことで、患者さんが持っている問題を把握し、それを基に認知行動療法を導入しています。このような考え方をしなさい、こういう考え方でこういうふう生きていきなさい、というガイダンスをしっかりとしていきます。“痛みが完全に取れるというのはなかなか難しいですけれども、痛みのことばかり考えていても何の得にもならない”、というようなことの指導をしてあげたり、痛み行動をとらない様な行動づけしてあげるようなことをやっております。

○葛原座長 内山先生も、割合こういう点にかかわっているのではないかと思うのですがいかがでしょうか。

○内山委員 認知行動療法にはいろいろな捉え方があると思いますが、実際の行動変容を促す視点から取り組むことも重要です。機能障害に対して日常生活での活動や社会参加、特に労働との関係と乖離に対する介入が考えられます。それらの悪循環といいますかギャップをどのように改善していくかということが、1つの大きなポイントになるうかと思えます。慢性痛の場合には、特に運動器疾患や神経障害性の疼痛では、いろいろな労作をするときに痛みがあるので、それが要因で不活発になって、さらに悪循環で家の中に閉じこもりになったり、うつ症状がさらに増悪するということにもなります。

もう少し、その利用者の生活というところの実践場面の中での具体的なアプローチという意味では、看護学的なアプローチですとか、理学療法、も、この大きなスキームの中に入るかと思っております。

○葛原座長 1対1のことが多いのですか、それともある程度集団のグループ的な形でも可能なのでしょうか。

○内山委員 両方が重要だと思います。日本ではわりと個別療法に重きが置かれておりますが、ヨーロッパなどでは、集団的な取組みを幅広くしています。対象者同士の関係もありますし、慢性化しないという意味では、対象者をリクルートして、一定期間介入をして、それで職場復帰ができないような状態の場合には、介入を打ち切り、また次のステップを講ずるという考えのようです。要するにずうっとやってしまうと、慢性痛が文字通り慢性・固定化してしまう側面も考えられます。長期にかかわらなければいけないという考え方と同時に、ある一定のところでは集中的に、そのような行動療法をして職場復帰、あるいは一

定の成果が上がるかどうかということ、対象者に対しても目標を持ってやっていただくということで、成果を上げているという報告もあります。

○葛原座長 宮岡委員のほうで、認知行動療法というのは、たぶん精神科では結構やられていると思うのですが、これも精神科の先生が関与していないと点数が付かないというような、いろいろな問題も一緒にあるのではないかと思います。今どのぐらい応用ができていて、保険制度ではどういう問題があるかということについてお話しいただけますか。

○宮岡委員 認知行動療法については、いま精神科で注目されているのはうつ病です。今回の診療報酬の改正で、うつ病の認知行動療法に点数が付いたとってみんなが大喜びしている状況です。痛みに対する認知行動療法を精神科の中でやるということは少ないと思います。むしろペインの先生がいる所でそういう治療が多くやられているのではないでしょうか。

もう1つはいま話を伺っていて、非常に難しい、例えば補償とかいろいろな問題が絡むようなタイプの痛みの人や、明らかに心理的な問題が見えているにもすぐ認知行動療法でいいかどうかという問題があります。認知行動療法と、カウンセリングや精神療法というのは、ある意味で対極にあるものですから、心理内面をあまり深く診ないのが認知行動療法で、心理面を解決するのが精神療法なのです。痛みの性質によって、どちらかを使い分けるという適用の検討がもうちょっと必要なのだけれども、その辺りの良いテキストがない気がします。アメリカはなんとなく合理主義で、全部 CBT というか、認知行動療法をやればいいみたいな流れで一気に行っています。その辺りの整理は、私は個人的にはもうちょっと患者さんとの面接によって治療を使い分けるとするか、適用を検討することができるのではないかと考えています。当然、痛みの場合、認知行動療法というのが、かなり強い柱になってくるとは理解しております。

○葛原座長 先生のご意見ですと、いちばん最初の痛みセンターということも関係するのですが、まず慢性の痛みのある患者さんの場合、私たちは普通は器質的な病気で起こっている2次的なものなのか、それともそういうものはっきりしないのかという辺りで分けてしまいますが、器質的な原因がはっきりしないものでも、心理的な要因のほうが強い方と、うつのもの、あるいは認知行動療法のほうがよいか、心理的なものとか、カウンセリングのほうかというのは、かなりはっきり分かれなければいけないということになりますか。

○宮岡委員 先生がおっしゃったように、もし非常に抑うつ感が強い、うつ病という診断を付けてもいいぐらいにうつが強い方の場合は、むしろ積極的に抗うつ薬で治療した方がいいでしょう。抑うつ感が良くなるとともに、痛みが取れてくる方はいますから、このよ

うな場合は積極的に抗うつ薬を使うべきです。抑うつ感があまり強い方に、いきなり認知行動療法というのはふさわしくないと思います。だから、その使い分けは不可欠だと思います。

先生がいまおっしゃったことに関して、身体のほうの先生が、この痛みをどこまで身体の病気で説明できるかということは、意外と慢性痛では難しいと思うのです。例えば、どの程度の糖尿病のニューロパシーがあったらこの痛みが出るのだろうかとか、この程度の病変でこんなに痛いはずはないとか、この骨の変形でこんなに痛いのだろうかなどと医師自身が疑問に感じるような患者さんは結構多いと思うのです。精神科医から見ると、そういう方へのアプローチのどの段階でメンタルのことを考えるか、前回もお話が出ましたけれども、全部身体治療をやり尽くした後で、それではメンタルな面を考えましょうという、まずうまくいかないと思います。

そのためには診断、即ち客観所見と自覚症状の乖離をどう評価するかという問題と、それに対して治療をどの程度までしていいと判断するのか。身体への治療をどこまで繰り返していいのか、あるいはどこまでは踏みとどまって、その段階でメンタルな面のことも考えるのかというところは、慢性の痛みにかかわっているとき、常に我々が気にしている部分です。

○葛原座長 先週だったか先々週だったか、別の研究費の審査で、ここにいらっしゃった方かもしれませんが、整形外科のほうで腰が痛いという主訴で2回、3回と手術をして、もうどうにもならないからとペインクリニックとか神経内科に回される例が紹介されていました。そこまでに3回も手術して治らない人を、いまさら回されても絶対に治らないと。むしろ手術する前に回してほしかったというケースも結構多いとおっしゃっていました。やはり、これは入口の整理も非常に大事だということになります。

○宮岡委員 「頸椎症がこのぐらいだとこの痛みが出るのか」という判断、それを整形外科とか内科の先生にさせていただくというのも、かなり難しい作業の場合もあります。我々も依頼されると、その先生と膝を突き合わせて、心理所見も説明しながら、精神科医もMRIの所見を見ながら一緒に議論するぐらいの作業をしているのです。非常に時間のかかる作業ですから、赤字になりますが。

○葛原座長 いま4番目の点で、薬の問題と手術の問題、ここは私もちょっと認識不足でしたが、整理上は精神・心理的なアプローチ、これはカウンセリングのほうだと思うのですが、宮岡先生のお話だとこれと対極にあるのが、認知行動療法とか認知運動療法ということになるわけですか。

○宮岡委員 認知行動療法も精神療法に含めてよいのですが、実際の内容はかなり違うと考えたほうがよいかもしれません。

○葛原座長 含めても構わないけれども、かなり違うということですね。

○宮岡委員 はい。

○葛原座長 確かに片やカウンセリングということ、片や認知行動療法というのはかなり対症も違うでしょうし、方法も違うと思うのです。この点に関してもうちょっと整理して終わりにしたいと思うのですが、どなたかご発言はございますか。

○戸山委員 私も整理したほうが良いと思います。私は整形外科なのですが、基本的に患者さん側から入ってきて、痛みがあって、医療側がそれを受ける。そうすると、当然画像であるとか、神経学的にどうであるとか、機能的にどうであるとかをチェックして、それがわかればそれに対応する痛みに対してはやります。そうではない、慢性になったというものがあるわけです。それが、手持ちの、我が国で使える、いわゆる痛みに対する治療というのはものすごくあると思うのです。それが、実際にいわゆる痛みの研究会、学会でもたくさん出ていると思います。もう 1 回整理して、それがどのぐらいあって、どのぐらいのエビデンスがあるのか。

それから、実際は保険では使えないのだけれども、いろいろやっている所も多々あると思うのです。それがどうかというものは 1 回表にどうか、洗ってみるのは非常に必要ではないか。その中で、痛みに関するガイドラインみたいなものは難しいかと思うのですが、認知行動療法とか脊髄の刺激がどの程度のところに位置してどうだというのが、もし出せれば素晴らしいことだと思うのです。医療側もその手持ちの中でやろうとしても、たぶんいろいろ違うと思うのです。それが整理できればいいなど。非常に難しいディスカッションに入ってしまうのは恐縮なのですが、そんな感じがいたします。

原点に戻ると、我が国で痛みを患者さん側から見た場合に、どの程度辛い思いをしていてどうなっていて、どこに行って、それがどういう治療をして、患者さんが今度はおそこでは効かないからまたどこかへ行くというような形がたぶん多いと思うのです。その辺のところ明らかになると、その問題点をピックアップして整理できるのではないかと思います。

○葛原座長 いま戸山先生がおっしゃったように 1 回整理をして、これは少し腰を据えた調査もしないと駄目だろうと思うのです。いまおっしゃっていただいたところは、非常に大事な点を突いていただいていると思います。慢性疼痛の患者さんがどのぐらいいるかわからないというのは、日本の医療システムだと思うのです。厚生労働省の統計などは保険

病名から出ているのが結構あると思います。ところが、慢性疼痛の人は、先ほど柴田先生がおっしゃったような薬を使っていると、医療保険上の病気としてはほとんどの方がうつ病に入っているか、てんかんに入っていますので、日本の保険制度では痛みというところでは挙がってこないのです。

日本の医療保険制度のレセプトは、本当の病名を問うているわけではなくて、治療とか検査の適用病名を書かせる保険制度ですから。これは、日本の国民皆保険の矛盾というのがこういうところに出ているわけです。使えないというだけではなくて、本当の病気と保険病名が全く別だという問題も一緒に出てくるわけです。そこまで手を付けるかどうかは別としても、いま戸山先生がおっしゃったように、いまの保険病名から拾う病気では、頻度はもちろんわからないでしょうし、どういう治療がいちばんいいかということも、結局表には出てこない形になっているので、それを一度調べる。

例えば、痛みセンターなどを持っている所で、焦げ付いたような患者さんを診ていただくと、大体何科を経由して来られるかなどというのも比較的良好にわかるかもしれないです。10カ所ぐらいを転々と回っている方はたくさんいると思います。私どもの所では大体3回目か4回目ぐらいで、整形外科とか、あるいはペインクリニックから回ってくるのも結構ありますけれども、そういうのも含めて、これは調査研究の課題ということでメモしておいていただいて、後でまたどうするかを少し掘り下げてみたいと思います。

○戸山委員 痛みセンターのお話が出ましたが、私たち整形外科が入口としますと、患者さんが来ていろいろな治療法、場合によっては手術になることもあります、なかなか治らない。先ほどの話のように、それではということであれば、例えばペインクリニックとか痛みセンターへ行って、そのフィードバックで、それを入口の所の診療科に幅広く伝えるという形が非常に大事で、我々もそれがどうだというものを全部は理解していないと思うのです。それも、何かで形ができるとすごくいいなと思います。

そうすると入口のほうで、これはそこまでなくて、1回痛みセンターのほうへ行って、またフィードバックして返ってきてくださいみたいな形ができれば、また少し救われる人もたくさんいると思います。その辺のところはまだ足りないのではないかという感じがします。これは、1番の医療と体制のところちょっと踏み込んでしまいますけれども、それも何か構築できればと思います。

○葛原座長 いまは、1番目も2番目も一緒に話していることになっているので、一緒に関連づけられると思うのです。内田先生、例えば家庭医では、痛みというのはいちばん多い自覚症状の1つだと思うのです。先生は保険審査にも関係していらっしゃると思いますが、患者さんが医師を選ぶときに、こういうのはどういう形の治療を、あるいはどういう診療

科にかかっている方が、いちばん多いのか。その辺は医師会のほうである程度把握はしているでしょうか。

○内田委員 日本医師会もそうですが、各地域の医師会でも把握できていないと思います。現状では情報もほとんど入っていないと考えます。痛みを専門的にやっていた医師は、まず開業医の中ではペインクリニックを標榜している医師ぐらいしかいません。要するに、自分の経験の中での痛みに対する治療法しか取り扱っていないというのがほとんどだと思います。

○葛原座長 やはり、治療も NSAIDs が中心という形になるのですか、あるいは湿布という形になるでしょうか。

○内田委員 はい。

○葛原座長 そうすると、効かない薬を使っているということになってしまうのでしょうか。

○内田委員 まったく効かないということではありませんが、他の対処、たとえば向精神薬を使ったりというようなことはほとんどないのではないかと思います。

○葛原座長 そういう点で言うと、2 番目のテーマの患者さんと一般医、一般医と専門医との間のギャップも相当あるということになりますね。確かに現在の EBM という形から見ても、まだまだ日本の痛みの治療というのは、アメリカなどと比べると入口にも足元にも達していないということにもなりかねないですね。そういう点では、こうすることで討議するのもやりがいがあるかもしれません。認知行動療法に関して、ほかの委員の方々からご意見はありませんか。

○竹内委員 私はリウマチと膠原病が専門なのですが、痛みと一言で言ってしまったときに、特に器質的疾患がある病気と、そうでないものを最初の入口のところで分けておかないと、痛いということで痛みだけをケアしていて、後で器質的な関節リウマチがわかって骨が壊れてしまったということになってはまずいので、その辺りの、いちばん最初の取っかかりのところで、その疾患が器質的な障害から来ている痛みなのかそうでないのかをまず区別した上で、器質的疾患がなければ、それは精神的なケア、あるいは認知行動療法等が必要であるというふうに入っていくないと本質を間違えてしまう可能性があるのかなというのが危惧した点です。

○葛原座長 4 枚目に一覧表で出していただきましたけれども、比較的是っきり原因としてわかっているものはこういうものがあるわけです。これ以外にも特に骨関節、あるいは結

合織の病気というのは、ほとんどが痛みのないものはないわけです。ですから、そういうところが入口で、これは割合わかりやすいガイドラインとか、あるいはフローチャートなどで、痛みがある人はまずその辺を分けて、リウマチ系の病気か、本当の整形学的な病気か、あるいは末梢神経の病気か、筋肉痛か、あるいは精神的、うつのか、その辺をはっきり分けるということですね。

○竹内委員 そうです。そこが分けられないと、トータルとして痛みということ、すべて痛みセンターでケアというのはなかなか難しいのではないかと。

○牛田委員 結局のところ慢性痛という、本検討会での議題になってくる痛みになると、もともとあった痛みの病態とは異なるものと言うことになります。例えば、椎間板ヘルニアがあって痛くても、痛くて何回も手術をしているうちに、痛みの病態それ自体が別のものになってしまうようなことであります。そうすると、骨などの変形による痛みには本人は固執しているわけですが、実際には“痛みの存在”に困っていて、それによって二次的に生活が困っているような格好に変わってしまっているわけです。

我々は器質的なものを主に最初に見ていきますので、器質的なものがこのぐらいはあるというのはある程度判断しています、しかし慢性痛では必ず精神・心理的因子がオーバーラップしてきていますので、そのウエイトがどう変わっていくのか。最初のところでどちらかということ、フローチャートの的にやっていくとしても、後に再度評価するようなシステムや、先ほど戸山先生がおっしゃったようなフィードバックを他科にしながらやるようなことをしないといけないと思っています。特に認知行動療法を行うケースということになってくると保険の問題、交通事故の問題、訴訟が関与していたり、あの先生にこんなことを言われたというようなことを引くくめて、患者さんを困らせているようなことが問題になってきます。例えば、膝のこの部分だけ治したらそれで済むというようにはなっていないことが多いということです。

○竹内委員 それは白黒付けるわけではなくて、当然 100%割り切れない部分がありますから、お互い協調していかなければいけない部分だと思えます。痛みということで、痛みだけにいってしまうと、その時点で痛みのケアはできていても、5年先に生命予後にかかわるようなイベントが起こることが十分あるので、その辺りを考えておかないとまずいかなという気がしました。

○牛田委員 そういうことだろうと思います。

○葛原座長 ここで検討するのは、いま竹内先生がおっしゃったような病気をきちんと鑑別して、その治療をちゃんとして、こんなに痛むはずはないのに、なんでこんなに続く

のだろうというようなものをどう対応するのかということが、たぶんいちばんの課題で、例えば原因がはっきりしていて、そこにアプローチしたら、それなりの効果があるものというのは、これはこれでいちばん良い結末だと思うのです。

○竹内委員 そのこのところが区別できないので、困っているのではないかと思います。

○牛田委員 そういう点もあるかもしれません。

○竹内委員 ですから、それをトータルとして考えていかないと、これだけで慢性疼痛で器質性疾患がないものという括りだけではいけないのではないかと。

○葛原座長 ここにいろいろ挙がっているのも、原因がはっきりしていてもなかなか治らないものもあるわけです。

○竹内委員 原因がわかっても、治らないものはあります。

○葛原座長 どこを調べても原因はわからないけれども、すごく痛むというものもある。渡辺さん、ここでは両方やらないといけないのですか。

○渡辺課長補佐 そうですね、この分類案のそれぞれに対してどういうものが要るかというのは変わってくると思います。

○柴田委員 ですから、病気で括るとどうしても無理がある。病気という軸と痛みという軸と両軸で見るという方向性が重要だと思います。

○竹内委員 そうです。

○葛原座長 竹内先生、あるいは戸山先生がおっしゃったこととも関係するのですが、これは慢性疼痛を考えるときには、痛みの患者さんが来たら、まずどういうことから、最近はやりの仕分けをやっていかなければいけないのかという、それなりにわかりやすいチャートのようなものも必要かもしれません。特に内田先生が先ほどおっしゃったことで、痛みというのはまずかかりつけ医の所へ行くと思うのです。

そこへ行ったときに、そこではどういう治療をやっていただければいいとか、この辺は専門医に紹介したほうが良いという判断もある程度していただく。要するに焦げ付く前にどうするかということだと思います。そういうことをどう作るかということが必要だろうということです。これは4つの括りでいくとどこになるでしょうか、むしろ1番目に入るかもしれませんか、1番目でもないですか。

痛みへの対策ということでもないので、要するに痛みの患者さんをそういう症状から捉えたときに、どういう医学的な対応をしていくかという、最初の入口についてそれなりのちゃんとした、わかりやすいフローチャートを作る。それは、患者さんの教育ということも含めてやっていくということで、まずは治療の前の診断ないしは振り分けだと思うのですが、それが必要だというのが、まず痛みの入口だというのはそれでよろしいですか。これは、まだまだちゃんとできていないことになります。これを1つの課題としてやっていくということです。

次の課題としては、割合結論を付けやすいところで、ある程度現場でいま使える薬、あるいは治療法を今後どういう形で取り上げていくかということに関しては、先ほど戸山先生がおっしゃったように、現在、日本で慢性の痛みの患者さんがどのぐらいいて、どういう治療を受けていて、しかもどういうのが比較的効果があるのか。これは、とてもエビデンスというレベルではないでしょうけれども、経験的なものであれ、それがどのぐらいになっているかということとはきちんと調査する必要があるだろう。

先ほど申し上げましたように、一般的には NSAIDs というのでしょうか、非ステロイド系の消炎鎮痛薬がすぐ処方されやすいと思うのです。むしろそこで治らない人がこういう形で、慢性疼痛ということになっているのでしょうか。こういうのは先ほど柴田先生がおっしゃったように、欧米では消炎鎮痛薬ではなくて、抗うつ薬とか抗てんかん系統の薬が主流になっているわけですから、そういうものが現にどういふ所で使われているかということも含めて、その実態を調べていく。

その中で経験的にも効果がありそうなものがあつたら、それが医療経済学的に収支が合うような医療に持っていかなければいけないということもあるわけです。先ほどからお聞きしていても、これは適用外医薬品、あるいは赤字の出る手術、保険適用になっていない認知行動療法という、要するに一切赤字を出すことが黙認される病院でしかできないというのがいまの医療の現状だと思います。患者さんのニーズがあつても、経済を考えたらこんなのはやるべきではないということになってしまいます。その辺をどう解決していくかということは、ある程度そういう調査に基づいて厚生労働省にお願いしていく。

柴田先生がおっしゃっていましたが、需要がありそうだとということになると製薬会社が治験してくれるかもしれませんが、もう認可されて使われているものに関してはおそらく色気を示さないというときに、それを実際の治療の中にどのように組み込んでいくかということ。これは行政的な話になるかもしれませんが、そういう形になるのではないかと思います。戸山先生、もしまとめていくとすると先ほどの話はそういう形のことでよろしいですか。

○戸山委員 私も同じように考えていて、入口は内科にしる整形にしる、痛みというものに関して第一線の入口の方々に、よりいまの痛みの日本で使える現状はこうだあだというのを、よりもう少し教育というか、知ってもらうようなものを1つ作るのが大事だと思います。そこを踏まえて、患者さん側にも痛みというものはどうだという啓発・啓蒙が大事だと思うのです。

そこでなかなか難しいものを、その次のステップに送るのが、ここに書いてある痛みセンターかもしれないし何かというものがある。そうすると、そういう人たちは全部そこに行っているのかということもあります。いまの入口の議論は、それがいちばんいい方法だと思います。

○葛原座長 いくつかのものは調査チームなり、研究班なりをつくらないと解決しないものがあるだろうということですね。辻本委員は、どちらかという消費者とか利用者のほうから出ている委員でしょうか。もう皆さんにご発言いただいたので、この話はここで一応終わりにしたいと思うのですが、そういう立場からご意見がありましたらお願いいたします。

○辻本委員 20年間電話相談を続けてきた現在はNPOです。痛みの方の相談というのは非常に多く届くことと、特徴としては長い電話になることです。正直担当者も「またあの方ね」というようなリピーターという層が一定数これまでも続いておりました。ただ、その方たちにはその方たちの言い分があります。例えば、医療の限界とか不確実性が理解できていない。やはりインフォームド・コンセント不足があります。

先ほどどなたかが、痛むはずはないのにとおっしゃいましたが、医療側の視点が、向き合ったときから患者さんの心理的などところにも影響を及ぼしていて、扱いにくい患者さんというふうに分類されていて、向き合ってもくれないという主治医の愚痴などが延々と続きます。ただ、ドクター1人が対応する問題では決してない。やはり、チームアプローチということで、言ってみれば患者さんのヒストリーまでじっと耳を傾けてくれる役割など。それがカウンセリングなのか、上から目線ではない、本当に必要なときに背中に回り、適切なひとことをかけて支えるようなシステムをきちんと構築してほしいということが、こういう患者さんの声の中には非常に多いです。

大学病院などで、文部科学省からの研究費で臨床試験や創薬に患者さんの協力を仰ぐことで患者の教育・啓発にもつながっていくということ。もう1つは、小さな社会貢献という役割認識が患者さんの気持をサポートすることにもなります。先ほどの入口の一般開業医の所へ行って、痛みセンターに紹介されてそういう役割を務め、その上でまた一般開業医の所へ戻るといような図式の中に、何か「あなたしかできないこと」という仕掛けと

いのでしょうか、仕組みというのでしょうか、患者の医療参加が医学の発展にも寄与することだと思いますので、組み込んでいただきたいと思います。

○葛原座長 治験のボランティアと言ったら変ですけども、そういうことにも積極的にそういう方に関与していただくということですか。

○辻本委員 はい、そうです。そのためにはCRCなどドクターだけではなくという、その人材育成ということと、システムの構築が必要になると思います。

○葛原座長 前に柴田先生のレクチャーでおっしゃっていましたが、痛みというのは主観的なものであって、客観的には測れないということです。痛いはずがなくても、とても痛いんだというのが慢性疼痛だと思うのです。どちらかという検査の異常、所見の異常、器質的な異常というので組み立っている医療の中で、どういう形でそういう患者さんたちを受け止めていくか。たぶん話を聞いてあげるだけでも。家でももう聞きたくないと、職場でもそう言われているような方たちの話を聞くだけでも良くなる方はいるのではないかと、NPOなどでは体験していると思うのです。そういうことも含めて、いちばん下の問題は、先ほどのような形でまとめて終わりたいと思います。

○宮岡委員 直接いままでの流れではないのですけれども、私は歯科・口腔外科領域の先生と一緒に仕事をする機会が多かったのですが、『患者さんが歯が痛いと言っているときに、根の治療をして、それでも痛みが取れないから抜いて、とにかく徹底的にやるだけやって、それでも痛みが残るときまでメンタルなことは考えてはいけない』と大学で教えられた」と若い先生に言われたことがあります。実際はそこまで診断的治療をやり尽くしてこられると、なかなかメンタルな面の治療に進めないという面はあると思います。

2番目に、一般医と専門医の認識のギャップと書いてありますけれども、実は専門医と専門医の認識のギャップというのかなりあるような気がします。その辺りは、きっと議論をしていると怪しい部分や厳しい部分が出てくるでしょう。

○葛原座長 自信が強い分だけ、専門医と専門医のギャップのほうが結構埋めにくいかもしれないですね。いま私が申しましたのは、いちばん下の問題は先ほどのような形で括って、あとは1番目、2番目、3番目のことをやっていきたいと思います。

比較的、4番目の問題からすっと移りやすいのが2番目の『痛み』に関する正しい情報の提供」ということで、先ほどから宮岡先生あるいは内田先生辺りからも出ていました患者さんと一般医、辻本委員もそうですね、それから、一般医と専門医のこのギャップをどう埋めるか、あるいはこのところをどうやっていくかと、これは教育のことも含めて大事なことだと思うのですが。これはたぶん患者さん自身の啓発ということもある程度大

事なことだと思っております。

これを今後どうやっていったらいいか、あるいは、その前に現在どういう問題点があるかと。内田先生から先ほど、いままで、痛みということに関しては大学医学部の講義でも、あるいは一般的な話でも、どちらかと言うと非ステロイド系の消炎鎮痛剤とか、いわゆるあの痛み止め、消炎解熱剤のような治療あるいは湿布のような物が中心で、これは我々もそうだと思うのですが、やられてきたらろうということで、特に慢性疼痛には少し新しい視点が必要であろうということと、いま薬だけでは治らない痛みがかなり増えているということ、あるいは、ちょこちょこ話題になりますが、線維筋痛症のような、昔はこういう病名とか症状というのはほとんど見たことがなくて、最近、かなり激しい全身痛ということで結構若い患者さんを拝見することがあります。

そのようなことも含めて患者さんの啓発、あるいは専門医ではない医師とか医療従事者の啓発、それから、さっきの専門医同士もやはり隣のことはまずわからないと、しかも、専門医であると自分のことだけはとにかく徹底的にやるというようなことにもなりかねませんので、その辺をどうやったらいいかということで、まず問題点、大体出ていたと思うのですが、いままで言っていた以外に、先生方の目で見ているという問題があるのではないかとすることは何かございましょうか。

○牛田委員 病名を付けてしまったために起こる問題点というのがあるのではないかと思います。例えば「鞭打ち症と言われました」と。そうすると、「あなた、首が痛いでしょう」とか医師からいわれて、その結果として毎日首を触っているような人はずっと痛みを抱え込むようになっていく可能性が高くなると考えられます。おまけに、訴訟だとかが絡んできたりするとほとんどなかなか治りにくくなります。これは鞭打ち症という病名を最初に付けたことにも問題があることを考えさせられる事柄です。どのような病名を付けるかというのはすごく大事なことかなと思ったりするのです。

あるいは、「神経に傷が付いていますよ」などと医師から告げられたような人はずっとそのことを言い続ける傾向があります。少なくとも痛みセンターに来るような方にはそういう方が多いです。「そのような病態ではありません」と1つずつ長い時間をかけて説明しても、次に来たらまた同じことを言っていることになったりします。同じようなことは、線維筋痛症などにもおそらくあるのではないかと思います。

ですから、適切な診断名を付けてくれと患者さんは言うてくるわけですが、付けたことによって起こる問題点を考えながらお話をしていかないと、最初いきなりすごい病名を付けてしまうと問題になることがあります。例えば後縦靭帯骨化症であっても、今はインターネットなどで情報がものすごく氾濫しているので、「私、こんなになるのでしょうか」

というような感じで、「違う、違う」と言ってもなかなか理解してもらえないことがあります。インターネットのほうが私たちよりも信用されるということが多いため、情報のコントロールを考えないといけないと思います。ただ、今のインターネット時代、情報が色々出てくることをコントロールするのはすごく難しいので、もっと強力に発信するようなどころがないといけないと思ったりします。

○葛原座長 牛田先生がおっしゃったのは、たぶん病名の弊害と、もう1つは検査所見の弊害だと思うのです。いまおっしゃった後縦靱帯骨化症はたぶん日本の健康人の10%近くにあるのではないですかね、ある年齢以上では。それから、変形性頸椎症は50歳以上ですと50%以上。ですからこれは、検査の異常であっても、ほとんどが症状とは関係ないわけです。しかし、手にしびれがあると、これは後縦靱帯骨化症のせいだとか信じて疑わない。目に見えるものは強いからです。

ですから、その思い込みを解くのはとても大変だということを私などもよく感ずることで。結局、日本はMRやCTなどの検査が安いということもあって、バンバン撮ると、大体5割の人は異常が出る、こういう痛みが出る人にはみんな出てくるわけです。ですから、検査の異常は病気ではないと言っても、私が言うことよりはインターネット、私が言うことよりもMR画像のほうがよほど信頼度が高いということになる。ですから、家庭の医学書とインターネットにはまった人はどうやっても治らないというのが私の考えなのです。

そういう時代ですから、やはり検査所見などの説明の仕方と、もう1つは病名。これも、いま牛田先生がおっしゃいましたが、私もいつも困っているのは、症状名でレセプトに書いておいても、必ず返ってきて病名を書いてくれと言うのです、そうでないと保険が通らないと。病名を書くと、いい加減な病名では使えませんからかなりのものを書かないと駄目で、今度は患者さんがその病名を見て自分はその病気だと信じ込んでしまうと。保険病名は本当の医学的病名を反映していないと言っては変ですが、検査や薬に対応した保険適用病名を付けないと保険が下りないというのは、これは、患者さんにはいくら説明してもわからないことですよね。厚労省の前でこんなことを言うのは何ですが、現実はそのような問題が起こっているわけです。牛田先生がおっしゃったのも、たぶん病名にとらわれるというのはそういうことだと思うのです。難波課長などにもこういう現実を聞いていただきたいと思うのですが。

ですから、そういうことも含めてやはり患者さんへの説明、あるいは病名の説明の仕方、あるいは、これは学校などでやってほしいと思うのは、日本の医療保険制度がどういう形でお金が支払われるか。要するに、とにかく検査とか薬の、この病名なら保険が下りますという形の病名でないとお金が支払われないと、それ以外のことはいくら本当のことを書いても払われない制度だということを国民によく教育していただかないと、こういう医療

は成り立たないだろうという気がするのです。あとは、患者さんが要求していらっしゃる通りの治療をすると、保険適用でなければ、一切、これは病院からの持出しになっているということです。その辺のことも含めて、教育というのはいろいろ大きいですが、患者と一般医、一般医と専門医は、とにかく今のところは理解は低いと、コミュニケーションは乏しいと、やることはいっぱいあるということになりましようかね。

○戸山委員 2番目の「正しい情報提供」というのは、医療側にも患者さん側にもものすごく大事なことだと思うのですが、特にその「痛み」、慢性疼痛でどこでもなかなか取れないというのは、先ほど話しましたように、民間も含めて、自分がプロだと言って、ものすごい数あると思うのです。本当はその正しい情報が出せればいちばんだと思うのですが、非常に難しいテーマにはなると思いますし、すごくあると思うのです。そのところ、先ほど話しましたように、我が国で手持ちで使える治療がどうで、それがエビデンスがどうだというようなものが、正しい情報としてはいちばんよろしいかなという感じはいたします、非常に難しいと思います。

○辻本委員 確かにエビデンスも大事ですし、ガイドラインも必要だと思うのですが、それがすべてではないと思うのです。先ほどカウンセリングの中でのフローチャートというお話もありましたが、こういうところに出ていらっしゃるお医者さんたちは意識高く、それだけではないよとご認識くださるのですが、やはりいろいろな方々の中には、それさえやっておけばいいのしょうというような、既成の枠にはまってしまうような医療になると、今度は患者さんがはじき出されてしまう危険性。例えばそのフローチャートどおりに語れない患者の気持ちだったりとか、フローチャートどおりに痛みが進んできたわけではない患者さんとか、外れる人はいっぱいいると思うのです。

ですから、エビデンスやガイドラインにも実は限界があるのだという上で作っていただかないと、引出しに納められてしまう患者は非常に切ない気持ちを抱きますので、その辺も加えてご議論を進めていただきたいと思います。

○宮岡委員 今の問題に関係して、ガイドラインも含めた、一般医・専門医も含めた医師の啓発というか、そういう面と、実際に痛みを持っておられる方に対する情報提供という面で、私の個人的な考えなのですが、むしろ患者さんに対する情報開示や情報提供に力を入れたほうがよいような気がしています。できるだけ情報がディスクローズされて、「患者さんが医師を選びやすいように、あるいは選べるように」というところに持っていったほうが何か戦略としていいのではないかと思えるのですが・・・。

我々の領域でも、最近、軽いうつとかで、本当に薬が必要でない人にもどんどん薬を出すような先生がいたりして問題になっています。自覚症状に対する治療に関する医師の啓

発というのはかなり難しいことだと思うのです。むしろ患者さんに選べるような情報をきちんと与える。医者がこんなことを言うとはよくないのですが、何かそのほうがむしろお金の使い方や力の入れ方としては正しいような印象を最近持っているので、一言申し上げました。

○柴田委員 教育に関連してですが、前回の検討会のときにアメリカで行われた痛みの10年という問題がありまして、これがどういう内容だったのかということ調べました。どなたに聞けばいいかなと迷いましたが、私も訪問したことがあるアメリカ、ワシントン州にありますペインセンターの元責任者のロージャー先生、この方がアメリカの痛みの10年の重要な役割を果たした方で、国際疼痛学会の会長でもあったということで適任だろうと思ひ、厚労省の渡辺さんを通して聞いていただきました。それがこの資料です。

質問の内容は、1頁にありますように、痛みの10年、アメリカ議会がどのような活動をなされましたか、どのような分野の方が参画されましたか、何か変化がありましたか、当初の計画はどのようなものでしたか等々とお尋ねしました。ロージャーさんからのメッセージは非常に驚くほど丁寧に書かれておりまして、私も感動いたしました。p 英文が最後の資料に載っていると思いますが、このA4の用紙でぎっしり4枚書かれてきています。この内容は、政府として何か具体的なアクションというわけではないのですが、アメリカというのはある宣言をして、プロモートするというやりかたがよくとられます。オバマ大統領の“*Yes, We Can.*”ではないですが、そのような呼掛けだったかと思われまふ。こういうことに啓発されて痛みに関する臨床医あるいは基礎医学者、学会レベルでいろいろな活動が行われたということが書かれています。

日本でこういう検討会が始まって、これに対してのメッセージを寄せてきていただいています。がんでない慢性の痛みの問題は、やはりそれぞれの国の文化と関連しています。アメリカは公的な保険がないという特殊な状況にあつて、どうしてもお金の動くところに人が動くという問題があります。しかし、ヨーロッパや日本は行政がもう少しレギュレートできるシステムで、そういう意味で、痛みの治療に行政の果たす役割は大きく期待している、というような励ましのメッセージだったかと思ひます。訳も付いていますので、是非、ご覧いただければと思ひます。このようなことが痛みの専門医あるいは研究者だけではなくて、そこから通して一般の患者さんにもそういう痛みというものがどういうものであるか、どのようにしていくのがご本人にとって、長い目で見ればハッピーかというようなことが書かれています。

○葛原座長 アメリカの医療制度の議論を見ていると、オバマさんのあの医療改革に関して、自分で払わない人に税金を投入することに対して、良識ある国民の相当数が反対する国なのだなと思ひてびっくりしているのです、日本とは考え方が随分違うのだなと思ひて

います。そういう点で言うと、ここの渡辺さんの 5 頁の訳の所などには、アメリカには医療システムが政府としては欠如しているということですが、日本ではきちんとあるわけで、こういうことを政府がやっているわけですから、それをうまく活用するというのは非常に大事なこともかもしれません。

○辻本委員 もう1つよろしいですか。

○葛原座長 はい。

○辻本委員 20 年間電話相談をお聞きしていて、いま、これはデータも何もない、根拠に乏しいお話かもしれませんが、患者さんの世代によってその納得の基準が違ってたりとか、要求というものが微妙に違うということを学んでまいりました。私自身もそうなのですが、団塊の世代の患者さんがやはり電話の相談の層にも非常に厚いものがありまして、1つ、この世代特有の心理という側面があると思うのです。

例えば、先般も団塊の世代特有の医療ニーズについてリハビリ学会でお話したら、ある方が、この世代の人は1つおへそを曲げるとモンスターになり得るけれど、そうだよねと納得ができると、例えばリハビリについても、ものすごく積極的に一生懸命自分の問題として引き受けてやっていくと。その辺りが扱いにくい世代ではありますが、この団塊の世代辺りが、これから患者の層としてもこの領域にもどんどん増えてくる現実があると思いますので、そうしたものもどこか研究ということでご興味をいただける方を巻き込んで、少なくとも80代の高齢の方へのアプローチとは違う支援策などもお考えいただきたいと思っています。

○葛原座長 年齢と性によっても訴える内容がかなり違うということですかね、あるいは納得の仕方とかも含めて。

○辻本委員 そうですね、社会的な参加ということを一応持っている人とそうでない人とか、いろいろな分類はできていくかとは思いますが、大まかな見方として私たちは、やはり高齢者と団塊の世代とセンター試験・共通一次試験世代とマニュアル世代というような4分割。ただ枠にはめて患者さんをみてはいけないのですが、逆に、ああ、やっぱりねというようなことをこの20年学んでまいりました。いよいよ700万人のこの団塊の世代が医療現場の患者としての主役を位置する時代に流れてきますので、その辺りもどなたか、興味、関心を持っていただけたらありがたいと思います。

○葛原座長 団塊の世代というのは、昭和20年代の前半ぐらいに生まれて、いま60歳前後になっている人たちですね。

○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ね。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引き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、聞いていただけな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感じたりするのであります。

○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、もっともっとよくなるし、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っともっと必要であるし、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のことなのですが、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つい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、お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ら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で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えます。

○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感じがします。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えます。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ど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えます。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、次の会する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えます、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。痛みのお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。