

で、腰痛症、腰の痛みで病院を受診している者が第 4 位にきております。女性の場合は高血圧に次いで、腰痛症は 2 番目になっているということです。もちろんこの人数については、平成 16 年と平成 19 年の厚労省のデータから見ますと、少しずつ増えてきている傾向があるのではないかと思います。これは社会の高齢化に伴うものと考えられるかと思えます。

これは我々の施設を受診した患者さんで、理学療法を施行している患者さんの中で見えますと、やはり、多いのは腰背部痛のもの、それから首の痛みのものでいうことになってきます。それではどのぐらいの実際の患者数があるのかということになってきますと、運動器の痛みの患者数を先ほどの国民生活基礎調査から推計しますと、関節症で 1,560 万人、腰痛症が 2,400 万人と非常に多い数字です。東京大学が現在行っている ROAD 研究からの推計では、X 線上、変形性膝関節症を認める者が全国で 2,400 万人、そのうち痛みがある者が 820 万人で、女性のほうが男性よりも 3 倍ぐらい多い傾向が出ています。また腰椎に関しても、変形性腰椎症は非常に多くて 3,000 万人、そのうち痛みがある者は 1,020 万人で、やはり女性のほうが若干多い傾向がある。非常に多い人数であるということが言えるかと思えます。

こういうものが原因で、どのような結果がもたらされるかですが、要介護度Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ、Ⅴとなった原因について厚労省が調べたデータによると、脳血管疾患、高齢者廃用、認知症、骨折・転倒などに次いで、関節・腰痛疾患によって介護を必要としていることが多いことが報告されています。また要支援、要介護度Ⅰのもう少し軽度の者はもっと多くて、高齢者廃用に次いで関節・腰痛疾患がその原因となってきました。

これは我が国の課題でもあろうかと思いますが、我々の国民は平均寿命が 2005 年の段階で、男性は 78.1 歳、女性は 85 歳ぐらいですけれども、実際に介護も何も要らなくて済んでいる、いわゆる健康寿命という点から見ると、男性は 72 歳、女性は 77 歳です。すなわち男性であれば 6 年、女性であれば 8 年ぐらい、痛みだけが原因とは限りませんが介護を受けています。その多くの原因が運動器の痛みである可能性がある。そういうことが言えると思います。

これは痛みの例を出してみました。見てわかりますように、変形性膝関節症で非常に膝が曲がっている患者さんの写真です。症状としては動かすと痛い、歩くと痛い、進行時には安静時痛もあります。特に動き始めが痛いというのが特徴です。こういう方が受診されると X 線検査が行われますが、軟骨が摩耗していたり、半月板が摩耗していたり、骨の変形が起こってきていることが判ります。ただ、ここで言えることは、画像異常があっても痛くない場合が多いということです。False positive が多いということでもあります。先ほどもありましたように、レントゲン上の異常というのは、例えば腰椎症であれば 3,000 万人近く、関節症でも 2,000 数百万人とかですが、実際に痛い患者の数となると、もう少し少なくても 3 分の 1 ぐらいにはなろうかと思えます。いずれにしてもこういう変形は加齢によって起こってきます。

こういう疾患に対して、治療としては関節の運動訓練とか、資料にはありませんが投薬、関節注射、装具療法、理学療法などが行われています。有効な人もあるのですが、有効でない人も多いというのが実情です。保存治療が無効な重症例は人工関節を主体とした治療が現在行われています。これが人工関節ですが、このような金属を入れて治療することに

なります。

これは、人工関節を入れて膝がきれいになったところの写真ですが、どのぐらいの数が行われているかとなると、お手元の資料にもありますように、現在は膝関節の置換術が 6.4 万人、股関節の置換術が 4.2 万人です。ですから膝や股関節、あるいは運動器に痛みを持っている患者さんはものすごく多い中で、こういう治療を受けている人は、手術までいくとそんなに多くはない。しかし、それは確実に増えてきていることは言えると思います。

問題点としては、こういう大きな手術になってくると、高齢者ではリスクが高いですけれども、手術適応が困難な中で、手術をしたら必ず痛みが全部とれるかという、残る場合もあるというのが問題点かと思えます。リスクの高い人口が今後増加することを考えると、保存療法で良くならなくて、手術療法に至れない多くの人に、より安全かつ痛みと ADL の改善に有効で、なおかつ多くの患者さんに提供出来る医療を今後して差し上げられるのが、我々全員が持つ課題になってくるだろと思えます。

これは私の患者の 1 例を出しました。先ほどからレントゲンで痛い人と痛くない人があると言いましたが、これはレントゲン上、左のスライドは軟骨がちびている格好ですけれども痛くない。こっちの症例は変形はあまりないのですが、痛みが強い。こういうのもありますので、こちらの症例のように変形があってもあまり痛くなくて生活に困らなければ、そういうのが今後の治療を考える方向性として、可能性があると考えたりすることもあります。

次に腰痛の場合です。腰痛に関して言うと、これは高知医大や高知県野球協議会が調べたもので、中学生や高校生でも非常に高い確率で 20~30%に腰痛がある。また職業性の腰

痛も非常に多くあって、それについて言うと徐々に増えてきています。2007 年度では業務上疾病のうち、6 割を占めるようになってきている。どんな場合に多いかというと、もちろん高齢者で多いわけですが、65 歳以上の高齢者を取ってみると、高知市内と農村部を比べると農村部が多い。したがって腰痛というのはライフスタイルと深い関係にあって、高頻度であることがわかると思います。

腰痛の原因を考えると、最近では MRI の診断が進歩してたくさん行われていますが、椎間板性の疼痛、椎間関節性の痛み、神経根性の痛み等、いろいろなものが挙げられています。ここでは詳しいことは申し述べませんが、加齢変化に陥った組織が痛みの悪循環の原因を成して、神経を介して痛みを形成している。腰や殿部に不快な痛みを訴えるということが言えると思われまます。

長く続く腰痛の大きな原因と考えられるものとしては、変形性脊椎症がいちばん多いので、それについて見てみると、NSAIDs や筋弛緩剤などの筋肉を和らげる薬は有効なのですが、ADL 向上の面から見ると、まだまだ不十分であるということが言えると思います。物理療法で温めたり理学療法をやったりすると、一時的にはいいのですが、すぐにまた元に戻る人が多いです。一部の人でかなり長い間効いている人もいますが、短い期間のことが多いのが実情です。

腰痛に対する手術療法ですが、一部の腰痛や神経障害のある患者には有効ですが、腰痛だけの患者には原則的に有効性は乏しい。慢性腰痛は人口が多いにもかかわらず、現在の治療体系では良くなることが多いのが現状ではないかと思えます。したがって、小侵襲外科治療などを含めた新しい医療の構築が望まれると思います。

また、痛みがあると安静にしがちですけれども、運動器を安静に保った際に起こる病理学的変化について列挙してみました。関節滑膜の癒着、軟骨の圧迫壊死云々が起こってきたり、筋肉を見てみると、筋肉の type が安静をとるだけで type I 線維が type II 線維優位に変わって来たり、いろいろなことが起こってきます。また神経学的にもいろいろなことが起こってくる。お配りした資料に書いてあるとおりです。こういう安静・不動ですね、すなわち動かさずにじっとしていると、不動化開始 10 日ぐらいからこのような病理学的変化が起こり始めることが知られています。

運動器の廃用と二次的な痛みですが、いま、動かさずに廃用にしているといろいろなことが起こるといった話をしました。運動器で安静にしていると廃用のために組織は固くなり、神経や脊髄の機能変化も起こってきて、限局した所の痛みが起こって来たり、さらに痛い所があるものですから、それを代償性に庇ったりすると痛みの部位が広がって来たりする。筋などの要素によって不快感の強い痛みが広がって来たりする。これが非常に大きな問題になったりします。二次性の問題が大きくなったりするということです。したがってバイオメカニクス、神経メカニズムに加えて“痛いので動かしたくない”“安静にしたい”などの心理も痛みの広がりに関与していると考えられます。二次的な問題を防ぐための運動訓練の推進なども必要かもしれないと考えられます。

これは我々が行った研究結果のデータを出しています。これは腰痛や膝痛など運動器の痛みの直接のものではなくて、手にびりびりするような痛みがあるアロデニアという症状を持つ患者さんです。風が当たっても痛い、冷たい物を触わったりすると飛び上がるように痛いという患者さんですが、そういう人に痛い所を触られているようなビデオを観て

もらいます。そうすると、健常者が手を触われているビデオを観ても、脳の角回という後ろの領域しか反応しませんが、アロデニアの痛みの患者さんでは前頭前野、うつ病の関係があるような所とか、情動に関係のあるような前帯状回に非常に強い脳活動が観察されてくることになります。同時にこういう CRPS の人や脊髄損傷等のアロデニア症状をもつ患者さんでは、手が痛いときに、痛い所を触られているようなビデオを見ただけで、非常に気分が悪いということを訴えます。一部の人には 2 日ぐらい気分が悪くて仕事ができなかったと報告しましたので、そういうことから考えると、痛みは脳が大きなウェイトを占めていることがわかります。アロデニア患者はビデオを観るだけで非常に強い不快感を経験するという事です。

慢性的な痛みは局所だけでなく、脳にも大きな影響が出てきていると考えられます。心理的、社会的な要因としては、職場への不満、幼少児からの様々の経験、家庭内の問題、抑うつ気質、経済的な不安など、こういう局所の器質的問題がもともとあったとしても、そういうものがオーバーラップしてきて、痛みを増悪させて慢性化につながってくる。最近では脳内の N-アセチルアスパラギン酸 (NAA) といった脳内物質の低下や、脳の部分萎縮を含めた慢性的な脳機能異常を引き起こすことが報告されています。脳や神経系の変化にも注目しつつ、それに伴ってこういうことがあつたりすると、さらに脳での問題が体の問題、動かさないだとかにもつながってきて、二次的な問題を引き起こすと考えられますから、それを予防したり改善していくことも必要なのではないかと考えているところです。

○葛原座長

ありがとうございました。骨、関節、運動器の疾患による痛みを中心に、廃用症候群や

アロデニア、最近の脳生理学など、画像を用いた脳研究では、脳が痛みを感じるというよりは、むしろ刺激されて痛みとして感じるような状況が起こっている一連のお話を伺いましたが、何かご質問はございますか。よろしいですか。もしありましたら最後のところで、ほかの分野とつなげてやっていただければと思います。それでは 3 番目、最後のご講演ですが、柴田先生からお願いします。

○柴田委員

大阪大学の柴田です。私は井関先生と同じように麻酔科がベースですけれども、長年、痛みをライフワークとしていますので、現況についてお話させていただきたいと思います。

日本は痛みの問題に関して、臨床面で欧米先進国に比べるとかなり遅れていると言わざるを得ない。その客観的な証拠としては、製薬会社の鎮痛薬のマーケットです。麻薬性鎮痛薬が、国民 1 人当たりで換算すると欧米の 5 分の 1 から 10 分の 1 です。片頭痛のトリプタン製剤も 10 分の 1 程度と伺っていて、痛みは我慢するものであるという文化があるわけです。この文化そのものは日本人の勤勉さにも相通ずるところで、決して悪いことではないと思います。しかし、これが行き過ぎると患者さんにとっては望ましくない。非常に辛い思いをして、社会にも影響を与えることが起こり得るのではないかと思います。

これは 2004 年、服部先生という方が日本の痛みの現況を把握するという事で、インターネットを利用して調査された研究結果です。現在、身体に何らかの痛みがあつて掛かっている診療科を網羅すると、先ほどプレゼンテーションされた牛田先生の整形外科が 45%、井関先生や我々の麻酔科、ペインクリニックの両方を足しても 1.6%で、2 番目の一般内科とかマッサージが上位を占めているわけです。痛みだけを診療の対象にする所は決して多

くないことが、おわかりいただけると幸いです。

実際に腰が痛くなったときに、どこへ行くかということです。家族が行ってよかったからというので接骨院へ行く人もいますし、うわさを聞いてペインクリニックへ行く人もいますかと思えます。これはその方の偶然ということで決まるわけです。

どこへ行っても、軽症で急性の腰痛であれば放置しておいても自然に治ることも多いですから、治ればいいのですが、慢性化してなかなか治らないとあちこちへ行くわけです。また戻って来るのですけれども、1つずつ叩いては大変なのです。できたら、この先でつながっていてほしいというところがあるわけです。

このように腰痛を一つとりましても、うまく治ればいいけれども、慢性化した場合にどういうふうに診療していくかというのは系統立ったものがない。いろいろなガイドラインが国内のいろいろな学会でも出ていますし、国際的にもいろいろな腰痛に対しての予防や対策のガイドラインが出ていますが、かなり大きな違いがあるのです。それで患者さんはどれがいいのかわからない。医学的にもどれがいいのか今は示せない状態なのですが、少なくともそういうものであって、いまは患者自身もいろいろなことで勉強されますから、そういう資料を提供できるようにならなければと感じています。

こういう腰痛や関節痛のように、非常に頻度の高い慢性の痛みもありますが、一方では、先ほどお話に出た CRPS、怪我で切断した後にいつまでも痛いといった幻肢痛、あまり知られていませんが、脳卒中の後は5~10%の患者さんが麻痺した所に痛みが出る脳卒中後疼痛、古くは視床痛と呼ばれましたけれども、そういう病態を呈することがわかっていて、これがまた難治性でなかなか治りにくいわけです。そういう痛みに対しての受け皿がないのが

現況です。

これはそのうちの 1 つの例で、脊髄損傷の例を取らせていただきました。これは「日本せきずい基金」という所が 2004 年にまとめたものです。脊髄腫瘍で苦しんだ患者さんが、痛みの緩和を求めている医療機関を受診されたけれども、痛みが緩和しなかったし、なかなか納得できる対応をしてもらえなかったという思いから、痛みにもかかわらず、こういう大きな調査を完遂されたということで、非常に敬服に値する報告書かと思います。

実際に脊髄損傷というのは、後で述べる神経障害性疼痛の中でも最も痛みを起こしやすい病態として知られています。何と脊髄損傷 1,700 人のうち、3分の2の方がいま現在痛みがあるということで。先ほどのように車椅子でバスケットをしている方は痛みがないか、あるいは痛みがあってもそれを克服している状態です。同じ麻痺であっても、痛みのために何もする気が起きなくて家に閉じこもっている方が、かなりの数おられることがわかっています。

実際、その痛みに対してどういうことがされているかですが、そもそも痛みのある患者さんの中で、痛みに対して何らかの治療を受けた方は半数しかおられない。その受けた方でも多くの場合、麻痺の専門医に痛みに関してあまり取り上げていただけなくて、消炎鎮痛薬やビタミン剤を投与し、「それで効果がなかったら我慢するしかないね」と言われている。それでどうしても満足できなくて、ペインクリニックや脳外科を受診するわけですが、そこでは、脊髄をもっと麻痺させる治療を受けるしかないという最後の手段で、脊髄の近くにアルコールを入れたり、あるいは手術的に切断したりしますが、こういう方法は何十年も前に欧米でかなりやられて、全く効果がないことがわかっているのです。結局、

効果はなかったということで両極端な状況です。いま、どこへ行っても解決できる方法はないのですが、しかし、欧米で有効性が示されている内服治療があって、その十分な説明を受けている方は非常に少ないですから、情報が行っていないことがわかると思います。

痛みの問題を論ずるときに、いろいろ難しい問題があります。まずご理解いただきたいのは、わかりやすく言うと痛みには 3 つあります。侵害受容性疼痛というのは、痛みの受容器が興奮して、それが神経から運ばれて時々刻々脳で感じるような痛みです。手術の後の傷の痛みやがんの痛みの多くは侵害受容性疼痛です。リウマチに伴う痛みは慢性であってもこういうものがあります。

神経障害性疼痛というのは、先ほどの脊髄損傷後の痛みや脳卒中後の痛み、外傷の後の末梢神経損傷後、糖尿病や帯状疱疹のように末梢神経が障害される疾患に伴うものを神経障害性疼痛と言います。この治療法は研究はされているのですが決定的なものがなくて、内服薬の効果でいろいろなエビデンスが出てきている状況です。

心因性疼痛ですが、純粋な心因性疼痛というのはあまり多くないのです。うつ病や不安の高い状態、あるいは他に何か非常にストレスがあって、それが無意識のうちに自分の中で身体への痛みへと投射されて苦しむ。夏樹静子さんの『椅子がこわい』という本がありますが、そういうので有名になりました。実際の患者さんは、この 3 つの要素をある一定の頻度で持っていて、それぞれ慢性化につながっているとご理解いただくのがいいと思います。

急性痛、慢性痛という括りもあって、急性痛というのはオンゴーイングです。神経を伝わる痛みであって、これは原因がありますから原因を取り去れば治ることが多いわけです。

慢性の痛みでも、膝が痛いときに人工関節に変えることで治ることが多いわけです。そういうのが急性痛あるいは急性痛を繰り返して長く続いたものです。こういうものは手術や麻薬性鎮痛薬、消炎鎮痛薬が有効で、割と医療の与し易い痛みです。

それに対して慢性痛というのは、神経系が痛み受容器と痛みを感じる脳が一本の線につながっているわけではなく、脊髄から脳へ伝わる、また脳から脊髄にそれを制御する機構があり、非常に複雑な経路を持っていて、インプットになる刺激の強さとアウトプットである痛みの感じ方との関連は必ずしもリニアではない。可塑性というのが非常に問題になり、そういうものが痛みを増幅している場合がある。

一方で人間あるいは社会が、その患者さんの痛み行動に影響を与える。慢性の腰痛症というのは国際的にはこういう捉え方をしています。労働災害の問題が関わってきて、ヨーロッパのガイドラインは、生物心理社会モデルをベースメントにしたガイドラインを作っています。日本ではまだこういうものが取り上げられていないと認識してもらえればと思います。こういうものは治療そのものが困難ですし、原因の除去も困難です。どうしていか誰も自信を持って言えないところがあります。鎮痛薬も無効な場合が多くて、多面的なアプローチが必要です。

痛みの取組みがなかなか進まない多くの 1 つの理由は、とらえ所がないということだと思います。でも実際の医療の中では痛みという感覚を非常に利用しているわけです。病院を受診する患者さんの動機の半分以上は体のどこかの痛みです。先ほど胃潰瘍や胆石という話を井関先生がされましたが、そういうのは診断して治療すれば痛みはとれるのです。医療は痛みというものを利用して、それがあからこそ治療できて、痛みという感覚を持

つ敏感な性質を利用しているわけです。

しかし、先ほど言いましたように痛覚系というのは可塑性に富んだ系ですので、刺激の量とアウトプットの痛みの強さは不正確なところがある。このことは実はあまり知られていなくて、最近の脳機能科学でようやくこれが証明されてきた。今までの医療に携わった者は、痛みというのは敏感で、同じ治療をしてもある時は「痛い」と言われたり、ある時は「大丈夫」と言われ、信頼できない感覚と医療者は受け止めてしまって、なかなか取り上げられないのです。精神的なものだろうとか、あの人は痛がりの人だとか、そういうようなことで、取り上げられてこなかったわけです。

しかし、痛覚系という性質がいろいろな研究で明らかになってきていますし、痛みの強さの評価法が自己申告制ではありますが、いろいろなスケールや多角的な行動の評価法、QOLやADLを評価するようなものを、痛みのアウトプットとして扱って研究や治療の対象とすることが、欧米では一般的になっていきますし、決してできないことではないと思います。

実際、現場で感じることで井関先生とも重複するのですが、先ほどの脊髄障害性の痛みのように緩和できない痛みを、新しい方法を開発して和らげたい。たとえ痛みは和らげられなくても、それによって下がる機能を何とか維持できるようなサポート体制を充実させたい。痛みに対する教育を医療者にももっと持っていただきたいし、一般の方にも持っていただきたい。1つの例ですが、特殊な脳神経外科的な治療でDREZ lesionというのがあります。これはどういうのかというと腕神経叢引き抜き損傷と言って、バイク事故で手がガーンと引っ張られたときに腕神経が引き抜ける。上肢が麻痺するのですが、一部の患者さんは激痛を訴えます。そういう患者さんにはどんな治療をしてもびくともしない。本当に

地獄のような状態になるわけですが、DREZ lesion という患者さんのセレクションをきちッとやれば劇的に治るのです。

こういう方法は患者さんも少ないので、実際に日本でやっている人は極めて少なく、専門医でもこういう方法があることはご存じないのです。ですから、そういう情報をシェアしていただきたいし、そういうことができる施設も増やしていただきたい。これは 1 つの例ですが、井関先生のような充実した痛みのアプローチというのは、もっと広げる必要があるだろうと思います。比較的多い帯状疱疹の後の痛みや線維筋痛症に関しては、何が有効かきちっと研究しなければいけないので、そういうデータのプールのシステムや、研究面での発展が望まれます。

どういうふうに取りまとめたらいいかですが、こういう痛みは多岐にわたり、どう取り上げていいか難しいと思いますけれども、今回、厚生労働省で取り上げていただけるといふことで私なりに考えたのは、脊椎疾患や変形性関節症、末梢神経障害など比較的頻度が高く、一般内科医も診る慢性の痛み、整形外科でも比較的頻度の高いものを一群にして、そもそもどうしてそんな状態が起こるのか、よくわかっていない神経障害性疼痛、CRPS、脊髄損傷、脳卒中後の痛みといった難治性疼痛を一群にする。それから頭痛、過敏性腸炎、婦人科的疾患に伴う痛みなど、割と狭い範囲で罹っているそれ以外の機能的疾患を一群にする。扱うときにはこの 3 つがどうかと考えています。

私たち大阪大学は、2006 年に疼痛医療センターを設立し、いま申し上げたようなコンセプトで機能しています。がんの痛みの緩和の部分と筋・骨格系、慢性疼痛部門は 2 つ一緒に活動していますが、我々麻酔科、脳神経外科、整形外科が中心で、薬剤部や理学療法部

に支えていただいている形です。主に難治性疼痛疾患について、いろいろな角度から医学的意見を述べてアプローチしたり、定期的なカンファレンスをしたり、共通で発表したりしています。ベースメントを持った上での業務ですので、非常に活発にやっているとはまでは言えないかと思います。

アメリカでは 2001～2010 年 “the Decade of Pain Control and Research” ということで、痛みに対しての取組みでは慢性痛の実態調査や医師への再教育、痛みを見直す国民週間の設定、五つ目のバイタルサインとして痛みを評価する習慣、慢性痛がもたらす社会的損失への取組みなど、こういうものに 10 年がかりで取り組んでいて、その最終年に差し加ろうとしているわけです。こういうモデルがあるので、日本でも是非取り組めたらと思います。

痛みというのは、もっと痛みの性質や起こり方を診断の中で教育すれば、不必要な検査などをしなくても診断に辿り着けたりしますし、私も何度もそういう見当違いの診断で送られて来た患者さんを診ていますが、痛みにしっかり注目することは大事だと思います。痛みを管理することで術後痛など ADL の向上が早くなって、入院期間を短くして医療費が抑制できる海外のデータもあります。慢性の痛み治療によって高額な医療費がかかる部分も削減できる可能性があるかと思います。そういう慢性の痛みを持っている方の ADL を上げることにより、社会的損失を抑えられる可能性があるかと思います。

今回、お集まりいただいた先生方はいろいろなベースメントの方かと思いますが、その壁を超えて、痛みという症状に対しての共通の認識をシェアすることによって、それぞれのアプローチのメリット、デメリットをお互いに知り合うことで、いい方向にいけるので

はないかと考えています。以上です。ありがとうございました。

○葛原座長

ありがとうございました。ただいまのご発表に関して何かご質問はございますか。

○内山委員

冒頭で、日本人の痛みに対する鎮痛薬の量ということで、我慢ということをお話いただきましたが、痛み行動については日本人の特徴というのはあるのですか。

○柴田委員

研究結果の部分と、私がどう思うかというのがあって、こういう痛み行動についての研究というのはほとんどないですね。服部先生の痛みについての研究が唯一で、ほとんどメスは入れられたことがないわけです。

痛み行動について、海外のペインセンターに留学していた人たちから伝え聞いたり、私も見学したりするのですが、なかなか実態はわかりません。言葉の問題もありますし、その方がどういうふうに感じているかというのは、本当のところ日本人同士でもわからないところがありますので、それ以上言いにくいですね。

○内山委員

わかりました。ご意見を伺っていて痛みを我慢するということで、むしろ痛み行動というところも我慢したまま、適応的な行動ができるのであれば、それはある意味でアダプテーションできているのかもしれない。逆のことがあるのであれば個々の治療というよりもシステムとして、そこのディスクリパンシーを埋めていくような横断的な方法が、共通のテーマになると思って伺いました。

○片山委員

先生の所の疼痛医療センターですが、経済活動をする組織として経済合理性はいかがなのでしょうか。

○柴田委員

全くないです。

○片山委員

そこをどうも、この会では指摘すべきではないかと思います。

○葛原座長

経済活動というのは、具体的にお金とか予算ということですか。

○柴田委員

疼痛医療センターは1つの取組みとして、今まで人と人とのつながりでそういうことをしていたのですが、こういうのをプロモートする意味では、組織としてみんなに知らなければならないだろうということ、それに関連する人たちの賛同を得て構築したということ。

○葛原座長

あと、いかがでしょうか。昨今の医療問題を見ると患者から医療機関へのアクセスの仕方の検討や、医療の側から国民への啓蒙活動の必要性を痛感します。日本は医療機関へは自由アクセスで、いい点もあるのですが弊害もあって、症状が治らないからと10カ所ぐらいの医療機関へ次々に行っている人を私もたくさん見るわけ。そういうことをどう解決するかも、おそらく今後の1つの課題だと思います。

○真田委員

先生が最初に、日本は慢性疼痛の対応が大変遅れているとおっしゃっていましたが、実際、米国あるいはヨーロッパなどではガイドラインや学会があつて活動しているということなのではないでしょうか。どこまで何が発達して日本との違いがあるのでしょうか。

○柴田委員

痛み専門の経済活動が成り立つ組織があるというのは1つあります。ペインセンターと呼ばれていますけれども、そういうものがあるというのが1つです。下世話な例ですが、アメリカのテレビドラマで「ドクターハウス」というのがあつて、その中でガバペンチンという薬剤が出てきますが、これはてんかんの薬で先ほど述べた神経障害性疼痛に効果のある薬です。その話題が「ドクターハウス」の中で出てくるのです。おそらく神経障害性疼痛にガバペンチンが効くことを知っている一般臨床医は、日本ではごく一部だと思います。そういうことから、一般臨床医の痛みに対しての認識にはかなりの差があるだろうと予想されます。

○真田委員

この慢性疼痛を語る共通の場が、アメリカやヨーロッパであるなど思うのと、痛みの概念あるいは対応に関する学会からのガイドラインが出ているとか、そういう情報はございませんか。

○柴田委員

海外ではたくさんあると思います。そういう学会もありますし、痛み関連の研究あるいは痛みの国際学会などに行くと、日本だけでなく東洋は非常に限られた狭い範囲だけの人

で、ほかの高血圧やがんの国際学会に比べると、東洋の方は少ないのではないかという気がしています。

○真田委員

申し上げたかったことは、日本との違いが何かわかれば、そこからまた課題を出しやすいと思ひまして、お話させていただきました。

○葛原座長

いまのガバペンチンというのは、欧米では緩和医療のたぶんファーストチョイスに入っていると思ひます。日本ではてんかん以外は適用がないですから、もしいちばんいい薬だと思ひて出せば保険で切られて、全部医師のほうの赤字に算定されることもあると思ひます。日本の国民皆保険というのはこういう一面もあるということで、保険収載されない限り、世界常識のいちばん効く薬は使えないというのはよくあることです。そういうこともある意味では問題が出てくるかもしれません。

○井関オブザーバー

本質から離れますけれども、薬物療法に関して言えば、日本はほとんど承認されていない薬がほとんどなので、そういう意味では海外と一緒に考えることは難しい現状だと思ひます。海外では神経障害性疼痛で薬物療法であればこういうガイドラインとか、1薬剤について例えばオピオイドであればこういうガイドラインと、それぞれガイドラインを持って、家庭医に対してもそれを啓蒙する形で使っていると思ひます。

○牛田委員

その他には葛原先生が先ほどおっしゃったように、いわゆるドクターショッピングとい

うのがすごく多く問題です。私たちの所はペインクリニック的なこともやっていますし、運動療法的なものとかいろいろやっていますけれども、関連するような情報がいろいろな所からインターネット等を介してあちこちに流れているのです。そうすると、あっちでこういう医療がいいと言うと、そちらにバーンと人が行ってみたい感じになりますので、例えば私たちが、それはあまり効かないと思いますと言っても、そっちのほうに行ってしまうのです。それでまた良くならないから帰って来ましたという格好も多いです。すごく無駄なことが行われていますので、情報を整理して発信することをしていかないと、よくないのだらうと思ったりします。

○戸山委員

いま柴田先生からアメリカの事情も少しお話いただいて、スライドの何枚目かに我が国の場合はどこの門をたたかか治療法が異なるということで、いわゆる鍼灸、東洋、接骨云々というのがあって、これは我が国独特の状況下にあると。アメリカの場合ですと10年で来年に総括が出るのでしょうかけれども、これはかなりいい方向に向かっているのか。それとも、それを参考にしながらチャンネルを切り換えていくのが、いちばんいい方向なのか。それとも先ほど話したように我慢の国民だから、日本ではこういう構築に関してはどうなのかなという感じがしますが、いかがなのでしょう。かなりアメリカでは状況としていい方向に向かっているのか、同じような方向なのか、世界的にどうなのか、我が国が独特で取り組まなければいけないのか、どうなのでしょう。大きい課題になってしまつて申し訳ありません。

○柴田委員

経験がないのでわかりませんが、印象というか、今までのこういう疾病ごとに取り組んできたものというのは、短期的なアウトカムが期待できると思います。痛みというのは評価法がなくはないですが、それ自身でのアウトプットを何ですか。いちばんきれいに納得できるのは医療費の形かと思いますが、なかなかその算出の仕方とかも難しいので、目に見える形でアウトプットを短期的に出すというのは困難だと思います。ですから、まずは整理というところになるかと思います。

その整理となると、がんの痛みの場合にはあまりそういう問題は起こりませんが、慢性の腰痛症に関しては手術がいいという立場の方、運動療法がいいという立場の方がいて、双方が納得できるものというのはなかなか難しい。特にアメリカなどはそうだろうと思います。日本の場合はアメリカより、ある意味、そういうものに関してはまだ与し易いのではないかという気はしていますが、それぞれの痛みによって取組み方も変えざるを得ないという気はします。そういう意味で先ほど言った 3 つの分け方というのは、そういう面でもいいのではないかと私は考えています。

○牛田委員

補足すると、例えば国際疼痛学会でも麻酔科と基礎研究者が多くを占めていたりして、アメリカでも基本的にまだばらばらな状態のところもあります、実際にアメリカでは痛みの 10 年という取り組みをやったのですが、クリントン大統領のときに出た後、すぐに湾岸戦争に突入したり何かで、結局、研究費も付かずにあまり進んでいないと言われていました。ですからあまり変わっていないというのが実情と聞いているのですが、最終の報告はまだないのでわかりません。

○葛原座長

あと何かございますか。それでは時間がないので 5 分程度で、全体を通して何かご質問がございませうか。私から 2 つぐらいあるのですが、1 つは、特に認知行動療法あるいは行動認知療法というのでしょうか、最近、いろいろな分野で実施されています。薬物や外科的なこと以外にも、先ほどの鍼灸や東洋医学、あるいは心理療法など、いろいろな分野で取り入れるというのが出ていました。先生のスライドにも出ていたと思いますが、そういうスタッフが柴田先生の所や内田先生の所で加わっていらっしゃるのか、それが質問 1 です。質問 2 は、「最近、流行ってきている痛み」として、線維筋痛症というのはかなり外来にも来ることがあります。これは神経内科も来ますし、精神科あるいはリウマチ科にも来ているのではないかと思います。それについて宮岡先生から一言いただければと思いますが、いかがでしょうか。まず心理療法などをやるスタッフの参加について、いかがですか。

○柴田委員

心理療法については、たぶん井関先生より私の関わっている機会が多かったと思ってコメントさせていただきますが、欧米の心理療法のメインのターゲットは、failed back syndrome と言って、腰痛に対して手術をして、遺残した痛みでまた何度も手術する、そういう患者さんが多くて社会問題になったのです。それを克服するために、腰痛というのはバイオロジカルな問題だけでなく、サイコソーシャルな問題も関連しているというので、患者教育と実際の理学療法で社会復帰させるプログラムなのです。

日本では幸か不幸か、脊椎外科医がアメリカよりも手術適応をきちっとしているので、そういう悲劇が社会問題にまでは発展していないし、そのニーズは今まで言われてこなか

ったので、実際にそれに取り組んでいる施設はほとんどないということ。個々のドクターが勉強して善意でやっているのが現況です。

○葛原座長

あとの先生方、いまの件に関して何かございましたら。

○牛田委員

私たちの所は精神科の先生と臨床心理士がいて、ケースカンファレンスを定期的に行ったりするようにしています。実際、欧米でも痛みなどに関連して精神科的な診断というか、例えば脊椎手術をするときに必ず精神科、あるいは心理的なコンサルテーションが行われるのですが、一方で国内ではほとんどの場合そういうのが行われていないのが現状なので、そこら辺のところは今後、また変えていかないといけないところかと思っています。

○井関オブザーバー

その治療そのものを行う、行わないは別にして、少なくとも、医師が適切な治療法を予想できるように、痛みに対する理解に関して、医師教育という点では卒前のところから必要なかなと感じています。そしてもう1つ、行動認知療法というのは時間もかかりますし、そちらに関してのサポートというのはなかなかありませんので、柴田先生がおっしゃるように、皆さんがいま善意でやっていらっしゃる場所だと思いますが、非常に部分的ではあっても、そういうサポートがプラスになる疼痛患者さんはたくさんいらっしゃると思います。

○葛原座長

あと線維筋痛症に関して、宮岡先生、いかがですか。

○宮岡委員

精神科の宮岡でございます。先生からいまお話のありました線維筋痛症について、私はこの疾患の学会にも関わっているのですが、アメリカのあるペインのクリニックのナースが前に来たときに、「何で診断基準も曖昧な Fibromyalgia（線維筋痛症）という病名を、あなたたちはよく使うのか」と聞いたら、立ち所に「メンタルディスオーダー（精神疾患）では保険がきかないから。医療費が出ないから」という答えが返ってきたのです。さらに彼女は非常に割り切って、「慢性疲労症候群(Chronic Fatigue Syndrome)と一緒にしよう」という答えを、すぐに返されたものですから私はびっくりしたのです。一般的な見方ではないかもしれませんが、全く医療費の体系が違うことが病名にも関係するという面はあると思います。線維筋痛症と他の疾患は鑑別すべきか、合併を認めるのかという議論もまだ不十分です。このような周辺の問題を除外していった時、どのような病態が線維筋痛症の中核として残ってくるか、このあたりが今後の課題のように思います。

日本でも、いまの認知行動療法、面接やカウンセリングには医療費があまり付かないので多く実施すればするほど、医療機関は赤字になるともいえます。それが、本当はメンタルなことが関係していても、まずは薬を使おうとか、まず身体的な治療をしようという方針につながっているかもしれません。医師自身もメンタルは苦手だし、患者さんもメンタルと言われるのは避けたいし、メンタルに対応すると病院も儲からないという苦悩の状況になっているともいえそうです。この現状は、今回のような機会に考えていただいたほうが良いという気がします。

補足ですが、結局、痛みの問題というのは、身体各科の医師が、身体面を治療し尽くし

た後で、「体に異常がないから、精神的なことが問題ではないか」と考えて、精神科医に依頼することが多いのです。身体的な治療をやり尽くした後で精神科に依頼された場合は、治療が非常に難しい。特に外科的な治療まで入ってしまうとますます難しくなります。その場合に、先ほど質問させていただきましたが、過去の治療でどういうインフォームド・コンセントを得ているかが重要になってきます。いちばん困るのは、身体科の医師から「身体面の治療を行ったけれど治らなかった。あと精神科でよろしく」と紹介される患者さんで、患者さんは「前の先生は『この治療をやったら治る』と言ったのに治らなかった。そしたら『どうもメンタルな問題が関係していそうだから、精神科で相談してごらん』と言われた」と話されるような場合です。前の医師が『この治療をやったら治る』と言った治療に十分なエビデンスがない場合、不適切な説明をもとに治療が実施された訳ですから、精神科治療を含めたその後の医療がうまく進むとは思えません。そのあたりのことにどう対処するかと言ったら、先ほどから出ている早い時期にチーム医療の形で、きちんと包括的なアセスメントをしていくことだと思います。

○葛原座長

いま、宮岡先生がおっしゃったように、私も神経内科が専門ですので整形外科や産婦人科など、いろいろなところから痛みが止まらないというので、そういう科の検査では異常はないから、神経系に何か原因はないかと言ってきます。神経学的検査では異常はないので訊いてみると、手術する前あるいは検査の前に、「こうすれば治る」というインフォームド・コンセントを受けた方が多いわけです。そうすると「結局、治らない」という場合には医師不信になって来ることになるので、最初から「完全には治らない」と言っておい

ていただければ、こういうことは起こらなかったのではないかという気がします。要するに「100%、痛みがなくなるわけではない」ということの説明ができていない。お互いに楽観的に考えた結果が不信の原因になっているということも含めて、先ほど医師教育、医学教育、あるいは患者教育もあるのですが、病気にどう取り組むかという説明で変な不信を作らないことも非常に大事なのではないか。特に原因がよくわからない痛みとしびれに関しては、そういう問題を痛感します。そろそろ時間ですけれども、最後に御発言ありますか。

○内田委員

今日の検討会を通して感じたのですが、慢性疼痛の患者さんで非常に複雑な患者さんは、回り回って専門の所に行くケースが多いと思いますけれども、ほとんどのケースでは、一般医というか開業の段階でまず診るわけです。私は以前、順天堂のペインクリニックにいたこともあるのですが、私を感じるのは、専門医と一般医の慢性疼痛に関する認識のギャップがものすごく大きいのです。一般医の慢性疼痛に関する認識と患者さん自身が抱えている悩みとのギャップもものすごく大きい。それが埋められるような何かの努力をしないと解決できない感じを今日のお話を聞いていてすごく持ちました。

医療提供側には、特にそういうところで患者さんの立場に立って慢性疼痛を捉える、痛みを捉えるところの認識が育っていかないと、これはあくまでも症候の1つですから、治療はちゃんとしていますよという認識が、いつも医療提供側にある。それでとれないのはしようがないとか、あるいは本当に対症療法的な治療で、この程度ですよという形での解決の仕方しかなくて、それに満足できない人はどんどんドクターショッピングに回ること

になっていくのです。この専門医と一般医のギャップ、一般医と患者さんのギャップをどうやって埋めていくか、その取組みが非常に重要だと思います。

○真田委員

内田先生がおっしゃったのと同様に、今日のディスカッションでは、看護師の役割があまり出てこなかったのは残念に思いました。ペインを専門とする認定看護師も実際にいますし、24時間の生活を支援するナースたちがアレンジできる、痛みに対するケアもあると思います。もう少し情報を先生方に提供できるように、ナース側からのアプローチがまだ不十分ではないかと今日感じました。情報提供として、そういうナースがいることを知っていただければと思います。

○葛原座長

この辺でまとめたいと思いますが、今日はどういう問題があるかということと、何をするかということのディスカッションで、特に今日でまとめなければいけないということではないのですが、3人の先生方にご講演いただき、我々自身の中でも何となくはっきりしていなかったペインについて、現況はおわかりいただいたと思います。私も医者嫌いであまり医者には行かないのですが、歯が痛くなったときだけは物を食う気も起こらないので歯医者には行きますから、ペインというのは、それがあるだけで何もする気が起こらなくなるぐらい辛いものだということも前提条件です。痛みがある人の悩みをゼロにできなくても、どう緩和するかというのは、国民の生産性から教育、あるいは健康長寿ということも含めて非常に大事な課題だということは、今日、皆さんにも再認識していただけたのではないかと思います。

今後は、1つは痛みの仕分けということで、「仕分け」は最近流行の言葉ですけれども、特に今まで手が付いていないところの痛みにどう取り組んでいくか。それと一緒に仕組みの問題として、内田委員が最後にまとめてくださったように、痛みが起こったときにまず行くプライマリーケアの医師がどう対応するか。そういうときの患者さんとプライマリーケアの先生方に、どういうことを知っておいていただくべきか。またプライマリーケアのところであまりうまくいかないものを、臓器別の専門医あるいは臓器別専門医と組んでペインをやっている専門家たちに、どうつなげていくか。そういう形でのアクセスとか対応の問題が1つあるかと思います。

最後は、真田委員がおっしゃったように、例えば医師で対応したほうがいいこと、薬剤師も含めて薬を中心として対応すること、手術を中心とすること、看護師、薬剤師、あるいは日本では点数化されていなくて赤字になるばかりなのですが、心理療法ができる人はいるわけです。いま臨床心理士に関しては検査しか保険は通ってなくて、治療はできないことになっていると思いますが、そういう種類のことにどう対応するかも含めて、いろいろなレベルの痛みに、プライマリーケアの方、医療関係のいろいろな方がどう携わっていくか。更に家族の方の対応の仕方も患者さんの痛みを強くしたり弱くしたりしていると思いますから、そういう国民教育も含めて、今後、取り組んでいくことになると思います。

今日はこのくらいのところで、まとめはよろしいですか。あとは事務局に今後の日程と、次に何をやるかをアナウンスしていただいて、終了したいと思います。よろしく申し上げます。

○事務局

先生方、今日ほ本当にありがとうございました。日程は今後調整させていただきますが、今年度中に 2 回目を開催できたらと思っています。また連絡いたします。今後の進め方については、今日の議事録等をもう 1 回事務局で確認し、各先生方ともご相談して進めてまいります。議事録については確認させていただいた後にホームページに掲載することになりますので、その点、よろしく申し上げます。先生方、今日はありがとうございました。