

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、特に対処の難しい病態とされています。

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い

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、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二次的なものなのか、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、身体の方の先生が、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せう。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、どこに行つて、それがどういう治療をして、患者さんが今度はあ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