

参 考

慢性の痛みに関する検討会 議事録

日時 平成21年12月10日(木)

10:00～

場所 経済産業省別館10階1031会議室



○渡辺課長補佐

それでは「慢性の痛みに関する検討会」を開催いたします。委員の先生方にはお忙しい中、日程調整をしていただきまして多くご出席をいただけることになりました。ありがとうございます。私は事務局を担当している厚生労働省疾病対策課の渡辺と申します。よろしく願いいたします。

まず、先生方の出欠状況についてご報告させていただきます。本日、日本医師会の内田先生は遅れて出席されるというご連絡をいただいております。竹内先生と辻本先生は、今日は都合がつかないということでした。各先生方のご紹介に関しては、手元にある出席者の名簿と座席表をもって代えさせていただくことをご了解いただけたらと思います。申し訳ございません。本日は、オブザーバとして順天堂大学医学部附属病院緩和ケアセンターの室長をされている井関先生にお越しいただき、後ほどプレゼンテーションをお願いしております。井関先生、よろしく願いいたします。それでは検討会の開会に当たりまして、上田健康局長よりご挨拶を申し上げます。

○上田健康局長

委員の皆様方には、委員のご就任を引き受けていただきまして、また、本日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。日頃から先生方には私どもの健康行政に対して、格段のご理解、ご協力をいただいております。厚くお礼を申し上げます。

我が国におきましては、言うまでもなく人口構造、疾病構造の変化に伴いまして、急性期疾患のみならず、慢性疾患対策、これは国民の健康負荷という点では大きいものがございまして、これに対しては一層の充実が求められていると考えているところです。こうし

た現状を踏まえて、私どもにおきまして今年の 7 月から 8 月にかけて、慢性疾患対策の更なる充実に向けた検討会を開催して、慢性疾患対策のあり方について検討結果を取りまとめていただきました。

この検討結果を受けまして、1 つは慢性疾患につきましては、急性期疾患のみならず、やはり、国民の健康負荷が非常に大きいという点があります。そして長期にその治療や経過が及ぶものですから、それをしっかり社会全体で支えていく必要があるのだろうと考えております。特に、私ども慢性疾患対策の中で、例えば、糖尿病とか腎疾患対策をやっておりますが、何か大きなもので見逃しているものはないかと検討したわけですが、先ほどの検討会の結果から、1 つは慢性疼痛があるのではないかと。もう 1 つは COPD 対策があるのではないかと考えているところです。そういうことで、今後は慢性疼痛に関わる対策の充実について、十分な検討を行うべきということになったわけです。本日の慢性の痛みに関する検討会はこういう提言を受けて、具体的にこの問題を検討するために開催に至ったという事です。

痛みの問題は生体の警告信号として大変に重要な感覚ですが、それが慢性化することで患者さんは大いに苦しんで、その QOL が大きく低下することは間違いございません。一方、痛みは不快な感覚的・情動的体験と定義されておりますように、その強さや質を客観的に評価することが困難という見方もございます。また、慢性の痛みを引き起こす疾患は、筋・骨格系及び結合組織の疾患をはじめ、口腔外科領域の疾患、あるいは婦人科疾患、原因が解明されていない難治性の疼痛を来たす疾患などさまざま、関係する領域は非常に多岐にわたっていると考えております。

この検討会におきましては、これまで光を当ててこられなかった慢性の痛みについて、各分野の先生方にさまざまな切り口からご議論をいただきまして、今後の痛み対策を具体的に検討をしていただければと考えております。是非、積極的なご意見を頂戴できるようお願いしたいと存じます。最後になりますが、この議論が患者さんが主体となる痛み対策に、社会全体で取り組む意識の醸成とそのための基盤づくりにつながることを期待して、私の挨拶とお礼に変えさせていただきます。どうぞよろしくお願い申し上げます。

○事務局

続きまして、本日の会議の進め方についてご説明いたします。お手元の資料の議事次第をご覧ください。2、「『慢性の痛み』の現状について」ということで、事務局から簡単に説明させていただきます。井関先生、牛田先生、柴田先生からのプレゼンテーションを予定しております。3は「『慢性の痛み』をとりまく課題について」ということで、フリーディスカッションを予定しております。

続きまして、資料の確認をさせていただきます。お手元の資料をご確認ください。資料1は「慢性の痛みに関する検討会開催要綱（案）」、資料2は「慢性の痛みをとりまく状況とこれまでの経緯について」、資料3は「慢性疼痛治療ペインクリニックの臨床」、資料4は「運動器の慢性痛を取り扱う視点から」、資料5は「医療における慢性痛の問題点」、資料6は「慢性疾患対策の更なる充実に向けた検討会検討概要」となっております。お手元の資料で足りないものがございましたらおっしゃってください。よろしいでしょうか。

資料1の「開催要綱（案）」についてご意見はありますか。この「開催要綱」に従って、座長を選任したいと思います。お手元に名簿をお配りしておりますが、どなたか座長に関

しまして、自選、他選ございましたらよろしく願いいたします。

○宮岡委員

精神・神経センターの葛原先生にお願いできればと思います。

○事務局

ほかにご意見はございませんか。それでは葛原先生に座長をお願いしたいと思います。

葛原先生、よろしく願いいたします。

○葛原委員

それではいまご推挙がありましたので、力不足ではありますが座長を務めさせていただきます。よろしく願いいたします。

○事務局

これからは葛原先生に進行をお願いしたいと思います。葛原先生、よろしく願いいたします。

○葛原座長

以後は私のほうで進行を務めさせていただきます。よろしく願いいたします。最初にプレゼンテーションから始まりますので、資料 2 につきまして、事務局からご説明をお願いいたします。

○事務局

「慢性の痛みをとりまく状況とこれまでの経緯について」ということで紹介させていただきます。痛みを取り扱うに当たりまして、慢性疾患の更なる充実に向けた検討会を 7 月、8 月に健康局で行ったわけです。その検討概要の中に、筋・骨格系及び結合組織の疾患、

COPD の問題について、施策のあり方を検討していくことが重要ではないかという提言です。

受療頻度の高い疾患に共通する課題である慢性疼痛は、当該疾患を有する者の、QOL に大きな影響を与えるということで、身体面、精神面及び社会面が複雑に関与しているため、診療科を超えた全人的なアプローチが必要なのではないかという提言をいただいております。それを踏まえて、今回、慢性の痛みに関する検討会を開催することといたしました。

本検討会での検討項目は、対象としては慢性の痛み、がん性の疼痛に関してはある程度対処の仕方が固まりつつありますので、今回は除きたいと思います。筋・骨格系及び結合組織の疾患を対象とさせていただきます。

まず、慢性の痛みを取り巻く課題を整理するとともに、今後の痛み診療に必要なことについてご議論をいただければと考えております。筋・骨格系及び結合組織の疾患と慢性の痛みについて、概況というか、事務局で調べた簡単なスライドを提示いたします。

(スライド開始)

このスライドは人口の将来推計となっております。ご覧になってわかるように、65 歳以上の割合が増えているという背景がございます。一般診療医療費構成割合で上位 5 傷病別のものをお持ちしたのですが、いちばん上の総数におきましては、循環器系疾患、新生物、腎尿路生殖器系の疾患や呼吸器系の疾患、精神及び行動の障害があるのですが、65 歳以上となりますと、3 番目に筋・骨格系及び結合組織の疾患が出てまいります。

平成 20 年の患者調査を基にしますと、1 番の推計外来患者数ですが、調査日当日に病院等を受診した患者の推計数は 94 万 5,300 人となっております。人口 10 万人対の受療率が 740 人となっております。この受療率の推計外来患者数は消化器疾患に次いで、2 番目に多

いことがわかっております。平成 19 年の国民医療費の調査によりますと、筋・骨格系及び結合組織の疾患において 1.8 兆円のお金がかかっていると示されております。

ほかに、服部先生が書かれた論文を引用させていただきましたが、慢性疼痛の保有者が 13.4%いらっしゃるって、推計では 1,700 万人ぐらいいらっしゃるのではないかと。痛みが和らいでいない、ずっと続いている方が 77.6%ではないかというデータもあります。

痛みの定義をもう一度確認しておきます。先ほど局長のご挨拶にもありましたが、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・情動体験となっております。

この検討会で取り扱う慢性の痛みというのは、一定期間（月単位）以上続く痛みで、その痛みの存在が身体的、社会的に大きな影響を及ぼすものを慢性の痛みとして、取り扱っていきたいと考えております。

慢性疾患の検討概要にもありましたが、慢性の痛みというのが身体面のみならず、社会生活面、精神心理面に大きな影響を及ぼしますので、診療科の枠組みを超えた総合的、集学的なアプローチが必要なのではないかと考えております。事務局からは以上です。

○葛原座長

どうもありがとうございました。これまであった痛みの検討会の検討課題の結果も踏まえて、痛みを取り巻く現状と、これまでの経緯についてお話をいただきましたが、何かご質問はございますか。

この会は今年度から来年度の初めにかけて、4 回程度でまとめとお聞きしているのですが、最初ですから、渡辺さんのほうからどういうことに対しての結論が求められているのか、

もう一回、かい摘まんで皆さんにお伝えいただけませんか。

○事務局

痛みと取り組むに当たりまして、かなり痛みと向き合う立場によっても、感じ方や考え方は違ってくると思います。私たち検討会を行うに当たって、どんなふうに整理したらいいかと非常に悩んだのですが、まずは、皆さんが痛み診療や患者さんの立場でも結構ですし、現状を皆さんで話し合っていていただいて、こういった課題があるのかを洗い出したい、というのが 1 点です。その上で、それぞれの課題に対して、どのような対策が今後必要なのかというところを整理できたらいいなと考えております。

検討会の進み具合によって、どこまで具体的な対策に踏み込めるかわからないのですが、そういった痛みを取り巻く状況を少しでも整理したいという思いで、この検討会に臨んでいただけたらと思います。

○健康局長

補足をする、例えば糖尿病や腎疾患とか、国の対策をいま進めている疾患グループが、慢性疾患についてはいくつかあるわけです。前回の検討会で議論した中で、その痛みというのは疾患単位では括れないという問題があって、それはどうするかというのはなかなか難しい問題です。しかし、症状として痛みを抱えている方は随分おられるということで、それに対して、我々としては何かすべきではないか、何ができるのだろうかということが、やはり出発点にあるのではないかと考えています。

もう 1 つ提言をいただいている COPD のほうは、タバコ対策を含めて考えなければいけないということです。高齢者の場合には、肺気腫がどんどん進んでくる方もおられますので、

それは別途やろうと思っています。それは割と COPD という形で括りやすいのですが、痛みというのは疾患横断的な部分がありまして、その辺の整理から入らなければいけないのだからということと、その上で国として何ができるか。しかし、大きな健康問題であることには間違いのないということで、少し入口が漠とした形で先生方をお願いするのは恐縮ですが、その上で国として何をすべきか。あるいは国民、社会、医療関係者に何を呼びかけていくべきか、そういうことをまとめていただいたらいいのではないかと考えております。

○葛原座長

どうもありがとうございました。局長、渡辺補佐のお話にもありましたように、慢性疾患という中で、すでに糖尿病や腎疾患のような、対応が何らかの形でとられているものがあるわけです。メタボリックシンドロームや高血圧もそうですし、老化性の病気の認知症や脳卒中、あるいは難病については、別に班会議があるわけです。そういう点では、痛みという症状はあるが原因疾患は非常に多彩な分野に跨がって、しかも、ADL や QOL を非常に阻害している痛みについては、従来の範疇には入らないので、ここで取り上げて、どういう対策があるかを検討する。ですから、その現状認識、整理をして、どういうことができるかというところまでを提言するのが課題ということで、これから検討していただきたいということです。

痛みの中でも、がん性疼痛は昔から有名なもので、1つ仕分けができています。頭痛に関しては、心の健康科学で班会議ができていまして、片頭痛に関しては、最近科学的なエビデンスもできてきたということで取組みも進んでおります。がん性疼痛と頭痛は除いていただいて、あとは委員の顔ぶれをご覧いただいてもわかるように、脳神経外科から精神科

まで、それから整形外科やリウマチ関係の方、社会学的分野の方と、いろいろな分野の専門家が入っていらっしゃる。従来の範疇からははみ出すけれども、痛みということで社会生活が阻害され、学校へ行くことができないとか、あるいは仕事へ行くことができないという方は、たくさんいらっしゃるわけです。それにどういう対策がとれるかという方向を示すことを目指して、ご検討をお願いしたいと思います。というような前置きですが、何かご質問はありますか。何をやったらいいのかということも含めて、もし、ご質問があればお願いします。

○安達委員

そうしますと、むしろ痛みありきで、そこからスタートすると考えていいのですね。例えば、痛みを起こさないために、予防的なことを提言するとか、そういうことではなくて、痛みがあってそれに対する対策と考えるとよろしいのですか。

○葛原座長

おそらく、予防も含めて実際行動は、この次の新しい委員会の課題で、現在、痛みを訴えているような状況にはどういうものがあるか、ということをもまず整理することから始まるのではないかと思います。

例えば、線維筋痛症のように、最近若い人で多く見るものもあって、痛みは必ずしも老人の病気とは限りません。骨・関節、あるいは結合組織の病気というのは、たぶん高齢者のほうが多いと思います。そこで、年齢、あるいは特別のカテゴリーには限定せずに整理して、そのあと、いま痛みをどう取り除くかということと、そういう痛みを起こさないような予防法があるかどうか、ということをも医学的、社会的に対策のやり方を提言していく

という方向ではないかと思います。だいたいそういうことでよろしいのでしょうか。もし、厚労省のほうから付け加えていただければお願いします。

○上田健康局長

予防は当然、予防なしに議論はできないと思っておりますので、含めていただいて結構です。葛原先生がおっしゃったように、まずは現状分析をして、当然ながらその結果として、何をすればいいかという中に予防の問題は入ってくるのだらうと思います。

○戸山委員

私も同じような意見で、痛みというものはもっと早く取り上げてほしかったなという感じがいたします。たぶん、ここでは痛みの定義、範囲、取り上げるべきものをどういうふうにするかというのが、まず基本だと思います。

その次は実態で、現状がどうなっているかという把握になるのではないかと思います。その次になると、その中でそれを押さえるために基礎研究の分野であるとか、予防がどうなっているとか、治療がどうなっているのか。ないしは、新しい流れがどうなっているかという形に進むのかなと思います。

私は整形外科で、たしかに高齢化になって、運動器疾患というものも少しずつ取り上げられてきております。その障害があると、1つは機能障害なので、例えば下肢機能が落ちるとか、いろいろな形で QOL や ADL が下がってくると。これは確かに、積極的にいろいろなことをやられているのですが、もう 1つは痛みなのです。その痛みというのは 1つではなくて、トータルで取り組まなければいけないというところにもきていると思うので、是非、痛みをいままで取り上げられた範疇で、総合的にやるというのは非常に重要だと思います。

そんな感じで会議が進められればなというのが、私の意見です。

○葛原座長

そういうような方向ということで、よろしいですか。ですから、婦人科の先生の方野では、私も、中年女性の「血の道」というので相談を受けたりすることもあります。いろいろな不定愁訴も含めて、痛みというのはいろいろな臓器疾患に随伴してきて、場合によってはもともとの病気よりも、痛みのほうで社会生活が阻害されているという方もたくさんいらっしゃると思いますので、そういう対策や予防の方向が、打ち出せばいちはんいいのではないかと考えています。そこをまず確認していただいて、次の方向にいかないと、何を今後検討していくのかが、だんだん薄れていってしまうということもありますから、まずは現状認識から始めて、痛みというのがどういうところから起こっているか、それへの対応はどうなっているかをまず検討したいと思います。その中で、対策や予防についての課題の整理をしていく、という具合に考えていただきたいと思います。

次は、順天堂大学の井関先生から、痛み外来というか、ペインクリニックの現状と、どういう課題がそこで浮かんでいるか、ご講演をいただきたいと思います。先生、よろしく願いいたします。

○井関オブザーバー

順天堂大学麻酔科ペインクリニックの井関です。私どもはペインクリニック、痛みの治療として、横断的にさまざまな疾患を取り扱いながら、痛みという観点から患者さんの苦痛を治療している外来です。

本日は痛みの臨床ということで、私どもの施設で行っているペインクリニックの臨床を

ご紹介させていただきます。

まず、「社会からの疼痛緩和に対するニーズ」についてです。非がん疼痛に関しては、手術療法の限界が最近ある程度明らかとなってきたこと、また疾患の慢性化・複雑化といったようなもの、神経障害性疼痛の拡大、さらに高齢化という状況から、非常に疼痛緩和に対するニーズは、非がん疼痛の間で高まっていると考えられています。

ところで、ペインクリニックという所がどのような診療部門であるかということは、インターネット等で調べてよくわかっている一般の方もいらっしゃいますが、カタカナですし、何をしている所か、わかりづらいというところもあります。わたしたちは、患者さんに対する説明として、ペインクリニックは痛みの治療を専門的に行う診療科であり、一般的な鎮痛薬は効かない痛みであるとか、原因疾患を治療しても取れない痛みなどが治療の対象になりますよ、というふうにお話をさせていただいています。

その中で、どのような治療を行っていくかということは、さまざまな治療手段を駆使して、個人個人に合った方法で痛みを和らげることが、ペインクリニックの使命と考えております。

一方、医学生や医療従事者に対する説明として、ペインクリニックという所は痛みの治療を行う臨床の部門ですが、それ以外に、その臨床を通して疼痛生理や薬理学を学ぶ、さらに、痛みによって変化する人間の行動心理や、疼痛疾患が社会に及ぼす影響を学ぶ部門であるということで、当大学では、大学院の中に麻酔学と疼痛制御学と 2 つのコースを設けております。

また、ペインクリニックでの治療対象としては非がん疼痛もがん疼痛も両者あります。

どのような治療法を取り入れているかについて、簡単にご説明致しますと、まず、薬物療法です。それから、治療の主軸として 1 つのターゲット治療と考えて神経ブロック療法を含む interventional pain management と総称されるものがあります。さらに行動認知療法や運動療法、物理療法等は当科だけではなかなか行えることではありませんので、さまざまな科と連携をとって行っている状況です。

次に、ペインクリニックの治療疾患ということですが、横断的にどんな疾患を治療しているのかということになります。ペインクリニックでの治療対象になり難い痛み、例えば、胃潰瘍や胆石といったような痛みであれば、抗潰瘍剤をまず使っていただくことが痛みの緩和にもつながります。原疾患の治療が、直接痛みの緩和にしっかりと短時間でつながる疾患は、私どもの治療対象にはなりません。ただし、胆石や尿管結石で長い時間苦しんでいる患者さんに対しては、一時的に痛みを取るということでお手伝いをすることは可能です。

一方、ペインクリニックでの治療が主となる疾患としては、原疾患の根治治療が困難な痛みとして、がんに伴う痛み、もしくは膠原病に伴う血管炎や末梢循環障害、閉塞性動脈硬化症やパージャーマ病といった方々の痛みです。もう 1 つは、痛みの治療イコール原疾患の治療となるような痛みです。この中には、三叉神経痛はよい適応であり、運動機能が全く障害されていない脊椎疾患、そして頭痛もあります。

もう 1 つは、痛みだけが残るような病態ということになります。こちらのほうは帯状疱疹後の神経痛や、術後痛や外傷、骨折後の長引く痛みというようなものが入ってきます。

ペインクリニックという場所で、どのような診断と治療が進められているかということ

を簡単に書いてみました。日本は、どの科でも自由に患者さんが、かかっていたけるシステムがありますので、患者さんが直接いらっしゃることもありますし、もちろん、さまざまな診療科を通して治療された後に、私どものペインクリニックにいらっしゃる方も、ご紹介でいらっしゃる方もおります。

私どものペインクリニックにいらっしゃったときに、もう一度痛みの性状・原因を診断して、その方への治療方針・計画を立て直すこともあります。その際には、もちろん問診はとても大切ですが、それ以外に画像診断や神経学的な検査や所見といったようなものが非常に参考になります。

そこで、場合によっては原疾患の治療が、やはり痛みの治療につながるのではないかとということで、他科に紹介することもあります。我々の所で治療をしていこうと決定した後にはさまざまな治療が、それぞれの患者さんに応じて選択されていくわけです。その中には患者さんの治療に関するご希望、思い、目的を聞いていくことがとても大切になります。

治療内容の中には、まず薬物療法があります。これは NSAIDs 以外に特殊な薬剤として医療用麻薬、抗うつ薬、抗てんかん薬を中心とした薬剤があります。

その他に神経ブロック療法を含める interventional pain management と言われる治療法があります。さらに先ほどもお話ししたように、理学療法、行動認知療法といったようなものを行っています。さまざまな治療法を併用して行っていく場合もあれば、単独でどれかを選択していくのが適切な患者さんもいらっしゃいますので、個々の患者さんによるかと思えます。

では、どのような患者さんが、ペインクリニックを受診されているかということをお簡単

にご紹介させていただきます。こちらは去年、初診でいらした患者さん方ですが、やはり、3分の1程度が脊椎疾患の方、特に腰椎疾患の方が多うございます。それ以外では、膠原病で痛みを持っている患者さん、痛みだけが残っているような病態の方、三叉神経痛の方、頭痛の方とさまざまです。私どもの施設では、初診患者数がこの15年間に3.5倍になっていますが、その中で脊椎疾患の方々は10倍に増えていますので、やはり、脊椎疾患の痛みの方は多くなっていると思います。これは、高齢化に伴ってのことであると思われます。

初診患者数は、延びを示しておりますが、その中でも脊椎疾患の痛みの方は増えているということになります。私どもはいろいろな治療を併用しておりますが、母体は麻酔科ですので、やはり神経ブロックの治療も積極的に行っております。

古典的な治療としては注射器と薬液を使った神経ブロックもありますし、総合的に神経ブロック以外に interventional pain management としては、高周波熱凝固治療、エピソードコピー、そして脊髄刺激療法等があります。

こちらは神経ブロックの内訳です。これは何も装置を使わないで行っている神経ブロックになります。

こちらのほうはレントゲン透視の装置を使ったり、最近ではできるだけ低侵襲にということを考えて超音波エコーを使って行った神経ブロックの内訳になります。なぜこのような治療法を行っているかと申しますと、1つは、神経ブロックだけで痛みが取れる患者さんも、もちろんいらっしゃる。また、他の治療、薬剤療法と併用することで、相乗効果が得られる方もいらっしゃいます。慢性痛を考えますと、慢性痛が増悪したときに、1つの治療法としての選択肢として、さらに慢性化を予防するための1つの治療法として、

interventional pain management を使わせていただいておりますが、これだけがペインクリニックの治療法ではありません。

なお、われわれのペインクリニックは、母体が麻酔科ですので、麻酔科の特徴を生かしてどのような治療を行っているかということをお示ししておりますが、先ほどから重複してお話しておりますように、痛みをみる専門医という立場から、当然総合的にいろいろな面において治療法を選択していきながら、治療効果を高めることに心掛けております。

その中でも大きな軸となっているのは、私どもの施設では、神経ブロックを始めとする interventional pain management と薬物療法と 2 つの方法であり、できるだけ両者を早期から組み合わせることで、痛みを慢性化させないことを目標に考えております。

もちろん、神経ブロックや薬物療法が、全く治療法として適切でない慢性疼痛もたくさんあります。例えば、もともとの痛みからどんどん苦悩が広がり、疼痛行動となっているような痛み行動、うつ状態といった精神的な面が非常に大きく出ている、古典的な慢性疼痛の概念に基づいた痛みであれば、やはり違うアプローチが必要になってまいります。

一方、そのようなものではなく、当然、知覚神経機構そのものがずっと悪循環を生じている痛みであるとか、急性痛の性状が継続している慢性痛もありますので、このような痛みに関しては、先ほど申したようなアプローチが必要かと存じます。

そこで、我々が臨床で遭遇する慢性痛の痛みには、どのようなパターンがあるか考えてみました。特に、これは身体的な痛みとして、interventional pain management や薬物療法を通じて、取っていくべき痛みが多いのではないかとこのものに対して見てみました。

そうしますと、急性痛が遷延化、もしくはそれが慢性疼痛となってしまった痛み。さらに病態の進行に伴って必然的に増悪する痛み。そして継続と増悪を繰り返す痛み。さらに適切な治療がなされてないために、ただ継続している痛みなどがあるかと思えます。こちらのほうは、お手元にある資料の1つをわかりやすく表形式にしたものです。

なお、私どもペインクリニックで治療していく中で、2つの年齢層によって、目標もゴールも違うのではないかなと最近痛感しております。1つは若中年の慢性疼痛ですが、この方々は痛みが長引くために、学業、家庭生活、社会の継続が不可能となっております。その結果、日本の生産性の低下に結び付いておりますし、若い方ですから、その方々の人生設計が大きく変化していきます。ですから、これらの方々の痛みを取って、その方らしい生活に戻っていただくことは急務であると思えます。

一方、高齢者の慢性疼痛はどうでしょうか。これはご高齢の方であれば痛みによってADLは簡単に低下していきます。その結果、身体的には廃用性萎縮がきますし、精神的には不安、うつ、認知症といったものに発展します。ですから、日本では高齢社会になっておりますが、今後、健康寿命＝平均寿命に近づけるような痛みの緩和を目指していくことが必要かと考えております。

こちらのほうは資料にないのですが、急性痛であっても、一時的に痛みがあるということで、どれぐらい総合的にそれぞれの患者さんにとって負担になっているかということをご簡単に紹介させていただきます。

私どもが行った前向きスタディの1つである、腰椎椎間板ヘルニアに対する硬膜外ブロック療法の治療効果の1つです。発症3カ月以内の方々なので、あまり心因性の疼痛は

含まれていないかと思えます。そのような方々の神経根症状を有する椎間板ヘルニア、MRIと一致した神経根症状があつて、NSAIDs では効かない方に神経ブロックをした治療効果というものを、まずは痛みという点からビジュアル・アナログスケール（VAS）という痛みの評価とQOLというところからSF36というものを取って、初診、1カ月後、3カ月後、6カ月後で経過を追ってみました。私どもは、できるだけ慢性疼痛になることを回避できるのであれば、早期からの介入で回避できないかという思いがありまして、いつも行っている治療に関して、このような臨床研究にトライしてみました。

そうしますと、痛みのビジュアル・アナログスケールというのは高いほうが強いということですが、我々の治療法でVASは、1カ月後はかなり良くなつていらつしゃいます。もちろん3カ月待てば、一般的には椎間板ヘルニアの痛みは自然に治ると言われておりますが、できるだけ早く社会生活をしていただきたいという気持ちがありまして、硬膜外ブロックを行つております。

ただし、痛みには、精神面の関与もゼロではありません。痛みがある場合には、どんな人間でも痛みがこれからどうなるのか、という状態不安は高くなります。一方、もともとご自身に、痛みがなくても不安が高い人と不安がない人といらつしゃるので、不安を状態不安と潜在不安に分けれるSTAIを使用して、潜在不安（いつでも不安度が高い人）の高低によつても治療効果が異なるかをみてみました。若干、潜在不安が高い患者のほうが、VASの改善が乏しい傾向にあることから、神経ブロックに加えて、またはそれ以外の異なるアプローチが必要になってくるのではないかと考えられました。

次に、こちらのSF36をグラフ化したものでは、左側が精神面でどれぐらい障害されてい

るか、右側が身体面にどれくらい影響を受けているか、です。3カ月以内の痛みを持っている患者さんでも、初診のときに非常に痛みが強いために、精神的にも身体的にも、心身両面から健康度が失われていることがわかります。また、身体的な痛みが軽減することで、心の健康も回復していく様子がわかります。

そうしますと、このようなことも踏まえて、私たち慢性疼痛治療にとって大切なことをペインクリニックの観点から考えますと、まず、2つの点があります。1つは患者にとっていちばん適切なアプローチを行うこと。もう1つは、患者に最良の疼痛緩和が提供できるように心掛けることではないかと思います。まず、いちばん適切なアプローチに関しては、同疾患であっても、いちばん適切と考えられる治療は同一ではなく、患者によって異なる場合があること、また、同じ患者でも、時期（病期や症状）によっていちばん適切と考えられる治療法は異なってくることを理解する必要があります。一方、最良の疼痛緩和が提供できるように心掛けることとは、さまざまな治療を組み合わせることができる能力を養うことでもあります。さらに他の診療科や、多職種 of 医療従事者の協力が有効である場合には、その働きかけをすることでもあります。

こちらは自案の慢性痛を持つ患者さんへの療養支援のポイントです。私どもとしては、まずは、慢性痛の第1に支援のポイントとして、患者さんのQOL、生活の質を高めることを、掲げています。それを中心にさまざまな分野の医療従事者がストラテジーを立てて、協力して疼痛治療を行っていくことができれば、日本で慢性疼痛に苦しんでいる方々の割合が、いちばん減るのではないかと考えております。以上です。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。ペインクリニックの現状について、さまざまな疾患の方が来られていることと、どういう方向の治療をしていらっしゃるのかということについてご発言をいただきました。予定時間は過ぎていますが、あとで30分ぐらいフリーディスカッションの時間を取っているのが多少短くなりますが、いまここで訊いておいたほうがいいことがありましたらいかがでしょうか。

○真田委員

先ほど痛みの評価をされていましたが、それは研究的にされるのか、一般的に痛みクリニックとして、必ず痛みの評価はこのようにしているということはあるですか。

○井関オブザーバー

すべての患者さんに行っているわけではありませんが、かなりの患者さんに痛みの評価はさせていただきます。

○真田委員

それはいまのようなVASか何かですか。

○井関オブザーバー

そうです。必ずVASは定期的に。それは最低限お取りいたしますし、やはり、治療を開始する前に、その方の心身の状態がどこにあるのかということで、SF36は行っていることも多うございます。すべてというわけにはいかないのですが、かなりの患者様に行っていることがあります。

○真田委員

ありがとうございました。

○葛原座長

QOL 評価というのは、ほぼ全部の患者さんに実施し、ある程度フォローもしておられる。

先ほど何か月、何か月と出ていましたが、そういうことですね。

○井関オブザーバー

すべての疾患に行っているかと申しますと、すべてというところまでは網羅されていません。まず初診のときに、どのような状況にいらっしゃるかがいちばん大切かなと思います。そのときに患者に対する痛み治療のアプローチを間違えますと、違う方向に行ってしまうということがあります。

○真田委員

ちょっと長くなりますが、私の看護の立場で、いかに患者さんの QOL を向上させるかという観点から立つと、SF36 を選ばれた理由を教えてくださいたいのです。もしそれが痛みとして非常に関係のあるスケールであると先生がご認識されているのかということです。

○井関オブザーバー

さまざまな評価法があると思いますので、例えば、腰椎疾患であれば RDQ のようなものをお取りしますが、それぞれのどの評価表も完全ではないと思います。帯状疱疹のような方であれば、実際に身体的に動くことはあまり難しくありませんので、抑うつであるとか、そちらの評価法のほうが良い場合もあります。ですから、完全ではありませんが、SF36 は痛みの評価にもよく使用されています。

○真田委員

ありがとうございました。

○戸山委員

脊椎疾患が結構多いですが、原疾患のいちばん最初からチーム医療として、元の所と先生の所が一緒に取り組んでいらっしゃるのか、それとも原疾患がいて、なかなか遺残で難しいものを、先生の所がお引き受けしてやっているのかというのが1つです。もう1つは、例えば、当該診療科とどのような形でこういう痛みに関するチーム医療を組んでいらっしゃるのか。その2点をお聞きします。

○井関オブザーバー

脊椎疾患の方々は、ご紹介いただく先生方がかなりさまざまです。一般で整形外科を開業されている先生からもご紹介をいただきますし、当院の整形外科の先生からもご紹介をいただきます。患者様ご自分でいらっしゃることもありますので、もともといらっしゃる母集団がさまざまです。

その中で、私どもが必要であれば、もちろん紹介してくださった先生方とも連携をとりますが、患者が希望されれば、紹介元での治療もそのまま継続して頂きます。その上で、医学的に必要であれば、当院の整形外科の専門外来と連携をとって、患者様を拝見していることがいちばん多うございます。ですから、まだ一度も脊椎診という所にかかっていなければ、まず脊椎診にもかかっていただいて、患者様がいまいちばん必要な医療を提供させていただくという形を、当院の整形外科と連携をとって行っております。

○葛原座長

基本的には、ペインクリニックだけで終結するのではなくて、連携する科とメインの病気を受け持っている診療科とが連携しながらやっていることが多いという具合に理解して

よろしいですか。そういうことでしょうか。

○井関オブザーバー

はい。ただ、手術の適用がないということになりますと、例えば、1年に1回受診していただくこともさせてはいただいておりますが、ほとんどその場合は当科で終結していることが多いかと思えます。

○牛田委員

そうしますと、チームとして例えば脊椎と定期的にカンファレンスを持つとか、そういうようなシステムの構築は、これからみたいな感じで考えておいたらよろしいのですか。

○井関オブザーバー

定期的なカンファレンスまではお持ちしていないのですが、私どもは診療科同士の距離が少なく併診がさかんである大学病院ですので、適切に必要なときに、いつでも顔を見ることができて、必要であればいつでも電話をすることができます。ほとんど患者さんとの情報は共有できていると考えております。それぞれの施設によって、それぞれの部門の距離は異なるかと思いますが、理学療法との連携も非常に密に行うことができていると思います。

○戸山委員

フィードバックはどういうふうに行っているのですか。例えば、開業医の方やいろいろな方が来ますよね。それが実際、こういう形で治りました、こうなんですということで戻すのはすごく大事だと思うのですが、それはどういうふうにおやりになっているのですか。

○井関オブザーバー

ある程度お楽になられた場合には、例えばこのような治療を継続していただければというように、医療連携を通してお返事をお書きするという形を、初診時のみではなく、転帰について、もう一度お書きすることになっております。

○宮岡委員

治りにくい痛みの方が多と思うのですが、治療を始める前に、その治療に反応するかどうかの可能性についてどのように説明し、患者さんからどんなインフォームド・コンセントを得られるのですか。

○井関オブザーバー

疾患によっても、年齢によっても、病態によってもかなり異なります。個人差のある治療であり、痛みの完全な緩和はむずかしいため、QOLの向上が一番の目標であることを伝えます。例えば、膠原病等であればなかなか治らない疾患ですので、それに伴う痛みで、膠原病の先生方では、なかなか痛みが取れない場合に、ご紹介いただくということになります。もちろん膠原病の治療そのものは継続されておりますので、その中で、例えば私どもが、痛みの増悪のときに私たちはお手伝いをさせていただきます、というようなお話をすることも多うございます。その場合には、患者さんは膠原病そのものはもちろん治らないので、増悪寛解、痛みに関しては繰り返すことはご存じでいらっしゃると思います。また、疾患によっては、ここに来れば治るのではないかと期待して来られる方もおりますので、それは疾患によってそれぞれ違うのですが、加齢ともに出てきた痛みであれば、完全にゼロにすることはもちろんできないというお話を最初にさせていただきます。痛み治療のゴールはQOLをできるだけ維持する、もしくは上げることなので、そこに関してできるお手

伝いをさせていただくのが、私どもの施設の役割であるという話をさせていただきます。

もちろん、皆さんに必ず治るとのお話はさせていただいておりません。

○柴田委員

私も麻酔科出身で、ペインクリニック、あるいは痛みの治療というのを長年しているのですが、いま井関先生がお話されたことは、井関先生の施設は非常に優れた施設であるのでそうしていると。この席は現状の報告ということですので、井関先生が今されていることが、日本のペインクリニックと看板が上がっている所のすべてでされているわけでは毛頭ない、ということはご認識いただきたいと思います。

○葛原座長

ということのようで、このようなチーム診療に近付けるにはどうしたらいいか、ということのほうが、今後やっていかなければいけないかもしれないということです。井関先生、長時間どうもありがとうございました。それでは全体として遅れておりますが、次は資料4に基づいて、牛田先生にお願いしたいと思います。

○牛田委員

愛知医科大学の牛田です。よろしくお願いたします。私自身は整形外科医で、私たちが運営している学際的痛みセンターという所は、私は整形外科、麻酔科の先生、精神科の先生、それから臨床心理士及びPT、ナースで運営している少しユニークなユニットになっています。

主には整形外科や脳外科といろいろな所から紹介を受けているのですが、運動器の慢性痛を取り扱っていることが多いものですから、今日はそういう立場からということでお話

させていただきたいと思います。

これは運動器の慢性痛を挙げたものです。たくさんものがありますが、例えば職業、生活の心身のストレスからくるような痛み、職業性の腰背部痛、頸部痛、加齢に伴う脊椎や四肢の関節の痛み、変形性関節症、変形性脊椎症など、こういうものがあります。

また、皆様もご存じのように、関節リウマチなどの骨・軟骨破壊性の疾患もあります。紹介されてくるものの多くは、手術後の遺残性の疼痛のことも多いです。頸椎の手術後や腰痛の手術後というものもあります。脊髄や神経損傷後の痛み、外傷性の頸部症候群、いわゆるむち打ち症や脊髄損傷のものです。ペインクリニックで扱われることの多い Complex Regional Pain Syndrome というのは、なかなか治らないような、手がビリビリ痛くてしょうがないという疾患とか、そういうふうなものが運動器の慢性痛と大きく括ると、こういうものがあるのではないかと考えられると思います。

運動器の痛みという観点から見ますと、これは厚生労働省が平成 19 年に行った国民生活基礎調査の概況から取ってきたものです。自覚症状としては、人口 1,000 人当たりで見ますと、男性の場合は 1,000 人中、大体 80 人弱ぐらいに腰痛を訴える者がいて、肩こりが 50 人位です。女性の場合は 120 人以上が肩こりを有しており、腰痛も 100 人以上、また、手足の関節痛も非常に多いです。とにかく、我々国民が訴えている症状の多くは、運動器の痛みであるということが言えようかと思います。非常に多い数字になってくるかと思えます。皆さんの中にも、こういうふうなもので悩んでいる人が、少なからずいるのではないかと考えられます。

次に、通院者について調べてみますと、男性の場合は高血圧、糖尿病、歯の病気に次い