

別添

今後の慢性の痛み対策について（提言）

平成22年9月

厚生労働省「慢性の痛みに関する検討会」

はじめに

- 近年の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、慢性疾患への対策の重要性が高まっている。平成21年8月に取りまとめられた「慢性疾患対策の更なる充実に向けた検討会」検討概要においては、今後取組を推進すべき課題のひとつとして、これまでの疾患別対策とは別に、症状に着目した横断的な対策として「慢性の痛み」に対する取組の必要性が指摘された。
- 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。
- また、厚生労働省の国民生活基礎調査によれば、多くの国民が慢性の痛みを抱えており、それが生活の質の低下を来す一因となっている（図1、図2）。一方、痛みの客観的指標は確立されていないため、痛みを抱える国民の多くは、周囲の人達から理解を得られにくく、一人で悩んで生活している等の実態が指摘されており、これらへの対策が社会的課題となっている。
- こうした背景及び問題意識の下、厚生労働省健康局において、平成21年12月に慢性疼痛に関する識見を有する者から成る「慢性の痛みに関する検討会」が発足した。本検討会においては、3回にわたって会議を開催し、慢性の痛みを取り巻く課題を整理するとともに、その対策について検討を行ってきたところであり、今般、検討結果を提言として取りまとめた。
- 本提言で触れられている内容の一部には、議論の余地を残した論点を含むが、今後の施策の参考として、各担当部局にも本提言を情報提供するものである。

<本検討会が対象とする慢性の痛みの範囲>

- 痛みには、発生機序別や疾患別、部位別等、様々な分類やとらえ方があるが、本検討会において慢性の痛み対策を検討するに当たっては、以下の分類を念頭において整理することとした（図3）。ただし、「がん性疼痛」については、既に取組がなされているため対象としていない。
 - 1) 患者数が多い既知の疾患に伴う慢性の痛み
 - 2) 原因や病態が十分に解明されていない慢性の痛み
 - 3) 機能的要因が主な原因となって引き起こされる上記以外の慢性の痛み

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一方で、不快な症状として日常生活に支障を生み、生活の質を落とす要因となっている。国際疼痛学会の定義（1985年）によれば、「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」とされている。このように、痛みは主観的な体験の表現であるために、客観的な評価が困難であり、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。
- 「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、肩こり症が含まれており、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（図1、図2）。
- 痛みは慢性化するに従い、罹患部位の器質的異常や身体機能だけの問題ではなくなり、精神医学的要因、心理学的要因、社会的な要因が複雑に関与して、痛みを増悪させ、遷延させることになる。そのため、痛み診療においては、診療科の枠組みを超えた総合的かつ集学的な対応が求められる。また、医師や看護師等の医療従事者は、患者個々の背景に合わせたきめ細かい治療内容、治療目標等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、有効性が乏しいにもかかわらず、旧来の消炎鎮痛薬による治療が実施されていたり、痛みから解放されないために、患者が多くの医療機関を渡り歩いて診療を受けていたりする場合もあること等が指摘されており、適切な痛み対策が求められている。

2. 慢性の痛みの医療を取り巻く課題

(1) 痛みを対象とした医療体制について

- 患者の痛みに対して、従来の消炎鎮痛薬や神経ブロックなどの治療、あるいは自身の経験に基づいた方法による治療等で対応している場合もあるとの報告もあり、治療に抵抗性を示す慢性の痛みに対して、必ずしも適切な治療法を選択しているとは言い難い。
- 慢性の痛み診療においては、個々の疾患分野や医療職種に限定されない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、痛みを対象とした診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、痛みを苦しめられている者を社会全体で支えようとする意識が、十分に醸成されていないことが挙げられる。

(2) 痛みに関する情報の提供について

- 慢性の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、科学的根拠に基づいて情報が整理されているとは言い難く、なかには不適切な情報等が含まれている場合がある。しかし、医師や看護師等の医療従事者や患者、国民が正しい最新情報を容易に入手できるような相談窓口や情報センター等の整備は、十分になされていない。
- 痛み診療に対する認識には、一般医と痛みの専門医の間、専門医と専門医の間、さらに医療従事者と患者の間において差異がある。医療従事者の育成においても、これまで疾患ごとの縦断的教育が中心であり、痛みという症状から横断的に評価し対応するための教育は十分になされていない。
- 痛みの診療において、医療従事者は、患者にとってわかりやすく納得できる説明と情報提供を行い、安心、安全で生活の質にも配慮した医療を実現しなくてはならない。一方、患者は、医療の不確実性や限界についても理解を深める必要がある。慢性の痛みの治療においては、医療従事者と患者の信頼関係の構築が不可欠であるが、必ずしも適切な信頼関係が構築されているとは言い難い。
- 難治性の痛みには、帯状疱疹後神経痛や脊髄の障害による痛み等の神経障害性疼痛、線維筋痛症や複合性局所疼痛症候群のような原因不明の疾患、器質的原因が明らかでない歯科口腔外科領域の痛み等、様々な疾患による痛みが存在する。それらは、病態が十分に解明されておらず、診断も困難である。そのために、患者は適切な対応や治療を受けられないだけでなく、病状を周囲の人から理解されないことによる疎外感や精神的苦痛にも苦しんでいることが多い。

(3) 臨床現場における問題点について

- 慢性の痛みに対する薬物療法においては、麻薬性鎮痛剤の使用など、痛みに対する治療の選択肢が広がりつつある一方で、諸外国においては痛みに対する有効性が確立されている薬剤（抗てんかん薬、抗うつ薬などの一部）であっても、国内では慢性の痛みに関する適応がなく、保険適用の対象になっていないために使用できないものが多いとの指摘がある（図4）。こうした薬剤について、慢性の痛みに適正に使用できるようにする方策も、具体的に検討していく必要がある。
- 慢性の痛みに対する治療法に関しては、有効性が乏しい従来どおりの鎮痛薬などによ

る治療が今なお実施されている等の報告が散見される。また、治療法の選択については、診療施設や診療科、医師により差がみられ、標準化されていないのが実情である。

- 痛みの自覚においては、精神医学的・心理学的な要因が少なからず関与しており、客観的所見があっても、精神医学的・心理学的要因が大きく影響していたり、客観的所見と主観的症状に乖離が生じていたりする事例に対しては、身体疾患に対する治療だけでなく、精神医学的・心理学的な介入も必要になる。現状では、精神科や心療内科の医師が、痛み診療に早期に介入することは極めて少なく、精神医学的・心理学的アプローチは広く普及していない。また、患者側も、精神医学的・心理学的な要因が、痛みの成立に影響を及ぼし、慢性化、遷延化を招き得ることについて、認識が乏しいと考えられる。
- 慢性の痛みに関する病状や検査結果、治療法等の説明は、患者がその説明内容を正しく理解した上で行われ、患者も主体的に医療参加できるような診療体制が整備されていることが望まれる。しかし、臨床現場においては、そうした適切かつ十分な説明がなされているとは限らず、痛みを慢性化・難治化させている場合がある。また、そうした適切かつ十分な説明に関しては、診療報酬においても評価されるべきである。

3. 今後、必要とされる対策

(1) 医療体制の構築

- 痛みに対してまず重要なのは慢性化させないことであり、痛みに対して早期に適切な対応を行うことが重要である。そのためには、痛み専門医のみならず一般医についても、痛みに対する診療レベルを研修等により向上させる必要がある。一般医にも利用しやすいガイドラインやフローチャートを作成し、一般医であっても、痛み診療の入口、慢性化する前、慢性化してしまった後のそれぞれの段階で、器質的要因、精神医学的・心理学的要因等について適切に評価し、対応できるような医療体制の構築が望まれる。
- 一般医で対応困難な痛みについては、関係する診療各科の医師や、看護師や薬剤師等の各職種のスタッフが連携して治療にあたるチーム医療を行うことが求められる。そのためには、チーム医療の核となる痛み診療部門を整備し、診療だけでなく、情報収集や情報発信、人材育成、講演活動等、慢性の痛みが持つ多様な問題点について、広く社会に啓発する役割も付帯することが望ましい。
- 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、関係団体や関係学会等との連携の下で、痛み診療に精通した人材の育成等が必要であり、さらに経済的に痛み診療が成り立つ診療報酬の整備等、現状に即した対応が求められる。がんの緩和医療チームは、このモデルになり得ると思われる。

- 慢性の痛みに関する病状や検査結果、治療法等の説明は、患者がその説明内容を正しく理解した上で行われ、患者も主体的に医療参加できるような診療体制を整備していく必要がある。

(2) 教育、普及・啓発

- 医師、看護師等の医療従事者の育成において、慢性の痛みに関する診断法や対処法等を、初期教育や卒前・卒後教育において実施することが必要である。これらを教育プログラム等に反映させるような取組が望まれる。
- 慢性の痛みに苦しむ患者においては、自身の痛みを受容することにより症状の軽快が得られることがしばしば経験されており、痛みの消失を目的(=ゴール)とするのではなく、患者が痛みと向き合い、受容することも重要である。
- 一般の国民においては、慢性の痛みを患者や家族、医療関係者だけの問題として捉えるのではなく、社会全体で痛みに関心を持ち、理解することが重要である。痛みと共存した状態であっても、患者がよりよい社会生活を送れるよう、国民はそれぞれの立場で支援していく必要がある。そのために、行政は、関係団体や関係学会等と連携し、積極的かつ重点的に国民運動やキャンペーン等の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

- 痛みに関する情報については、科学的根拠に基づいて整理する必要があり、最新の知見も踏まえた情報の収集及び発信がなされるべきである。医療関係者だけでなく、患者、家族の視点も意識して、わかりやすい情報提供を行う必要がある。
- 痛み診療に対する認識については、一般医と痛みの専門医の間、専門医と専門医の間、さらに医療従事者と患者の間にある差異を埋めていく努力が必要である。痛みに関する共通した認識を確立し、今後の痛み診療に対する新しい知識や技術の普及を図るため、医療従事者や患者、国民が正しい最新情報にアクセスできるよう、慢性の痛みに関する相談窓口や情報センター等の設置が望まれる。
- 慢性の痛みの治療においては、医療従事者と患者の信頼関係を構築するため、行政は、患者会やNPOとの連携を通じて情報を共有し、相談体制の整備に努めるとともに、社会全体で痛みに向き合う土壌が形成されるよう働きかけていく必要がある。

(4) 調査・研究

- 慢性の痛みには、様々な疾患による痛みが存在し、病態が十分に解明されておらず、診断が困難である場合があるため、患者は適切な対応や治療を受けられないだけでなく、病状を周囲の人から理解されないことによる疎外感や精神的苦痛にも苦しんでいることが多い。このような問題を解決するためにも、難治性の痛みについて研究を推進し、対策を確立することが求められている。
- まず、慢性の痛みに関する現状把握に着手すべきである。痛みの頻度、その種類や現行の対応と対応施設、その有効性、安全性等について調査研究し、今後の施策につながる基礎資料の作成を行う必要がある。
- 痛みの実態調査と同時に、痛みの評価法に関する研究を推進し、医療者及び患者自身によって、痛みを多次元的・多因子的にとらえ、チーム医療を行う上で有用となる手法を開発することが求められる。
- また、医療機関や学会等が主体となり、科学的根拠を集積し、それに基づき奨励される治療法の基準を策定していく必要がある。疫学調査や痛みの評価法の確立のみならず、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、治療ガイドライン、診断と治療の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不可欠である。

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して多彩な表現をとるために、個々の症例に応じてきめ細やかな対応が求められる。痛みを完全に取り除くことは困難であっても、痛みの適切な管理と理解を行うことによって、痛みを軽減し生活の質を向上させることは可能である。
- 多くの国民が慢性の痛み悩んでいる現状を打開するためには、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、早急に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組が開始されるよう、厚生労働省、文部科学省、全国医学部長・病院長会議などに提案したい。

(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)

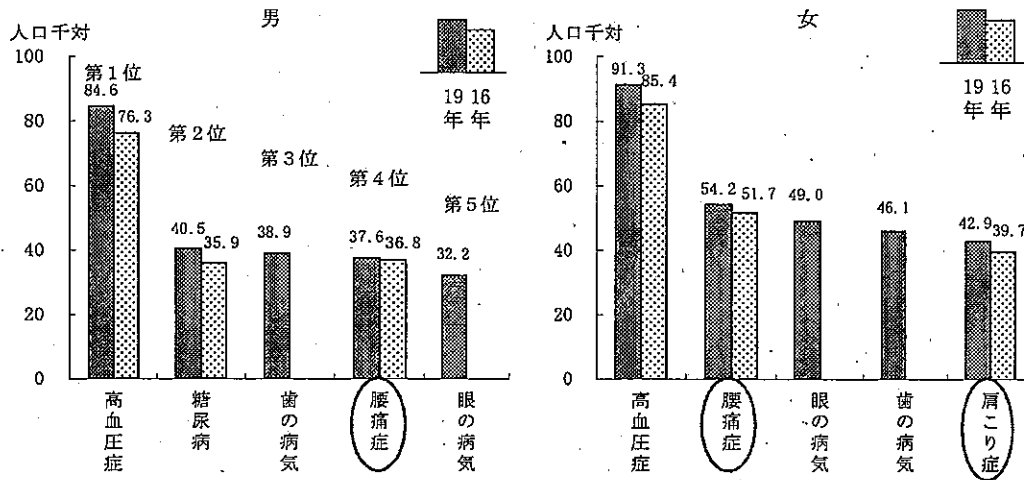
氏名	所属
あだち ともこ 安達 知子	愛育病院産婦人科部長
うしだ たかひろ 牛田 享宏	愛知医科大学学際的痛みセンター教授
うちだ たけお 内田 健夫	日本医師会常任理事 (平成 21 年度)
いまむら さとし 今村 聡	(平成 22 年度)
うちやま やすし 内山 靖	名古屋大学医学部保健学科教授
かたやま よういち 片山 容一	日本大学医学部脳神経外科教授
くずはら しげき ○葛原 茂樹	鈴鹿医療科学大学保健衛生学部医療福祉学科特任教授
まなだ ひろみ 真田 弘美	東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻教授
しばた まさひこ 柴田 政彦	大阪大学大学院医学系研究科疼痛医学寄附講座教授
たけうち つとむ 竹内 勤	慶應義塾大学医学部リウマチ内科教授
つじもと よしこ 辻本 好子	NPO ささえあい医療人権センターCOML 理事長
とやま よしあき 戸山 芳昭	慶應義塾大学医学部整形外科教授
みやおか ひとし 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)

いせき まさこ 井関 雅子	順天堂大学医学部附属順天堂医院緩和ケアセンター室長
------------------	---------------------------

(図1)

◎ 性別にみた通院者率の上位5傷病(複数回答)

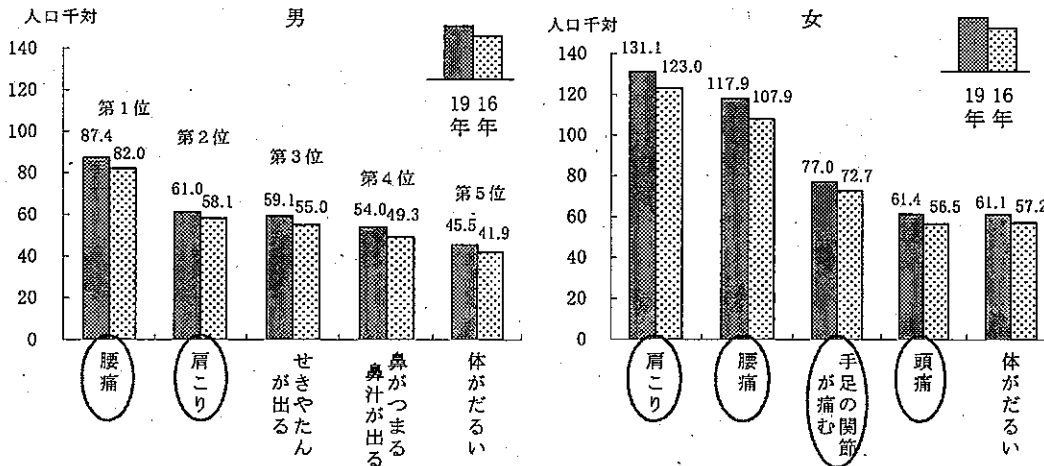


注：1) 通院者には入院者を含まないが、分母となる世帯人員数には入院者を含む。
2) 「歯の病気」「眼の病気」は調査項目が変更されているため、平成16年の数値は掲載していない。

「平成19年国民生活基礎調査」より

(図2)

◎ 性別にみた有訴者率の上位5症状(複数回答)



注：有訴者には入院者を含まないが、分母となる世帯人員には入院者を含む。

「平成19年国民生活基礎調査」より

(図3)

頻度や発生機序から見た慢性の痛みを来す主な疾患

1. 患者数が多い既知の疾患に伴う慢性の痛み

例) 変形性脊椎症・関節症, 椎間板ヘルニア, 頸肩腕症候群, 関節リウマチなどに見られる痛みの一部

2. 原因や病態が十分に解明されていない慢性の痛み

例) 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

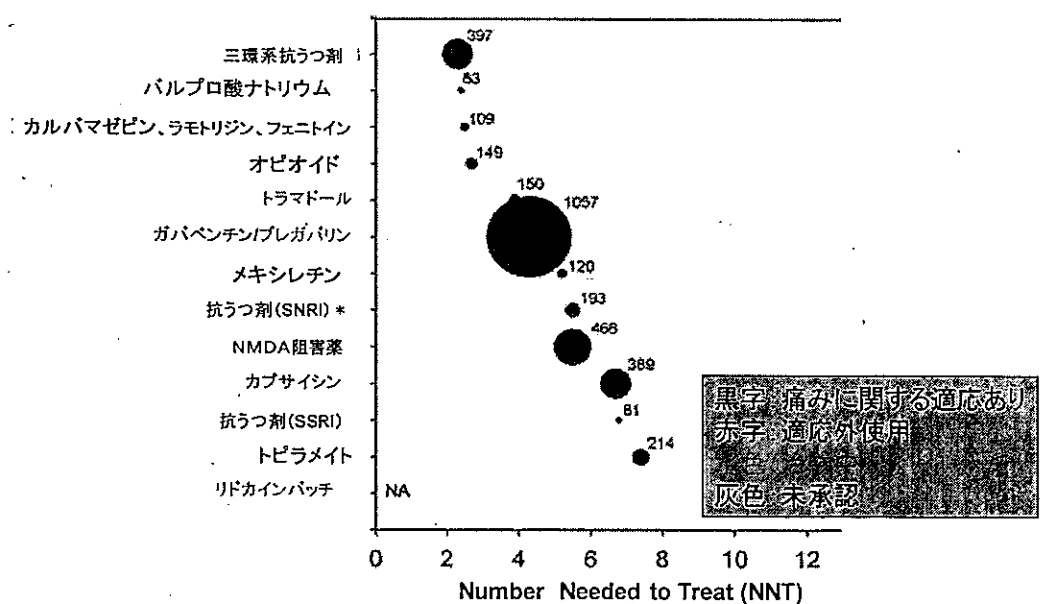
3. 機能的要因が主な原因となって引き起こされる上記以外の慢性の痛み

例) 慢性頭痛, 過敏性腸症候群, 婦人科的疾患, 歯科口腔外科的疾患などに見られる痛みの一部

(柴田委員分類案・改)

(図4)

神経障害性疼痛治療薬について



* 本邦で発売されているものについては一部エビデンスなし。

(Finnerupら Pain 2005より改変)