

VII. あなたの総合的な健康状態についてお聞きします。

質問21.

以下のそれぞれの質問で、あなた自身の今日の健康状態を最もよくあらわしているものを1から3のうち1つ選んで○をつけてください。

1. 移動の程度

1. 私は歩き回るのに問題はない
2. 私は歩き回るのにいくらか問題がある
3. 私はベッド（床）に寝たきりである

2. 身の回りの管理

1. 私は身の回りの管理に問題はない
2. 私は洗面や着替えを自分でするのにいくらか問題がある
3. 私は洗面や着替えを自分でできない

3. ふだんの活動（例：仕事、勉強。家族・余暇活動）

1. 私はふだんの活動を行うのに問題はない
2. 私はふだんの活動を行うのにいくらか問題がある
3. 私はふだんの活動を行うことができない

4. 痛み／不快感

1. 私は痛みや不快感はない
2. 私は中程度の痛みや不快感がある
3. 私はひどい痛みや不快感がある

5. 不安／ふさぎ込み

1. 私は不安でもふさぎ込んでもいない
2. 私は中程度に不安あるいはふさぎ込んでいる
3. 私はひどく不安あるいはふさぎ込んでいる

VIII. 医療費データのご提供について

質問22.

本調査では、痛みによる経済的損失を数値化するために、調査にご協力いただいた方の医療費データを健康保険組合から抽出させていただく予定です。(大学へ提供されるデータに、個人名および個人が特定される情報は含まれません。) 医療費データの提供に同意いただける方は、該当する口に✓(チェック)をしてください。

私は医療費データの提供に

- 同意します。
- 同意しません。

アンケートはこれで終了です。ご協力ありがとうございました。

Ⅲ. 学会等発表実績

長期療養施設に勤務する看護師及び介護職者における高齢者への慢性痛ケア提供上の課題

高井ゆかり

東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻

【目的】先行研究によると慢性痛のある高齢者に対して、看護師や介護職者はどのようなケアを行ったらいいかかわからず困難感を示したことが明らかとなっている。本研究の目的は、長期療養施設に勤務する看護・介護職者へのグループインタビューを行い、慢性痛のある高齢者へのケア提供における課題を探索することである。

【方法】対象施設は、1つの病院の8つの長期療養病床(介護・医療療養病床等)とし、対象者はそこで働く看護師・介護職者で同意の得られた者とした。対象者には5～8名ごとに集まってもらい、グループインタビューを行った。グループインタビューでは、高齢者の慢性痛へのケア提供上の問題点や課題等を自由に話してもらった。その内容を対象者の同意を得て録音し逐語録を作成し、意味内容毎にコード化、類似性に基つきカテゴリ化した。本研究は所属機関の倫理審査委員会の審査、承認を得てから開始した。

【結果】対象者は22名で、内訳は介護職者9名、看護師13名であった。年齢中央値36.0才であった。グループインタビューの結果、痛みのアセスメントへの課題として、「痛みを訴えられない人の痛みの把握は難しい」、「痛みのアセスメントと患者の訴えとにずれがある」等が挙げられた。ケアの課題は、「痛みへのケアを患者自身が嫌がる場合がある」、「ケアをすることにより痛みが起こる場合がある」、「プラセボや気を紛らわすことで痛みはおさまっている」等が挙げられた。痛みへのシステム・体制上の課題は、「痛みを軽視している現状がある」、「慢性痛について良く分からない」、「医師との連携への困難さがある」等が挙げられた。

【考察】高齢者の痛みを軽視したり、慢性痛に関する知識不足、コミュニケーションの困難な高齢者への痛みのアセスメントへの困難感等が挙げられた。高齢者の慢性痛に関する学習機会や教育教材の開発が重要である。

IV. 研究成果の刊行物・別刷

学際的治療による有効な疼痛マネジメントを追求する

Practice of Pain Management

2015 3
Vol.6 No.1

第18号/PPM

■ Trend & Topics

痛みを掘り下げる 基礎と臨床のはざままで

テーマ① 椎間板の痛み

千葉大学大学院医学研究院・整形外科講師/大鳥精司
千葉大学大学院医学研究院・整形外科/折田純久 山内かつ代 稲毛一秀
千葉大学大学院医学研究院・整形外科教授/高橋和久

テーマ② 脊髄に起因する痛み

-脊髄の構造と慢性化をおこす中枢性感作-

関西医科大学医学部医化学講座講師/片野泰代
関西医科大学医学部医化学講座教授/伊藤誠二

テーマ③ 慢性痛の薬物療法

群馬大学大学院医学系研究科脳神経発達統御学講座麻酔神経科学准教授/小幡英章

■ Round Table Discussion

本邦における 集学的痛みセンターの必要性について

司会: 愛知医科大学医学部学際的痛みセンター教授/牛田享宏
出席者: 東京慈恵会医科大学附属病院ペインクリニック診療部長/北原雅樹
大阪大学大学院医学系研究科疼痛医学寄附講座教授/柴田政彦

■ Think about Pain/若手ドクターに伝えたい痛みの診療③

■ Interview & Talk/施設紹介 山口大学医学部附属病院整形外科

■ Forum ■ Essay【痛みの記憶】

座談会

本邦における 集学的痛みセンターの 必要性について



北原 雅樹 Kitahara Masaki

東京慈恵会医科大学附属病院ペインクリニック診療部長
1960年4月27日生まれ、東京都出身
東京教育大学（現筑波大学）附属駒場高等学校卒業

経歴：
1987年 東京大学医学部医学科卒業
帝京大学医学部附属市原病院麻酔科入局
1991年 米国留学（Senior Fellow of Clinical Pain Service,
University of Washington Multidisciplinary Pain Center）
1996年 帝京大学医学部附属清口病院麻酔科助手
1999年 帝京大学清口病院麻酔科講師
2006年 東京慈恵会医科大学ペインクリニック診療部長
同 麻酔科講師
2009年 同 麻酔科准教授

趣味：歴史、旅行、読書
座右の銘：自主、自由、自律、自尊、自治



柴田 政彦 Shibata Masahiko

大阪大学大学院医学系研究科疼痛医学寄附講座教授

兵庫県出身、灘高等学校卒業

経歴：
1985年 大阪大学医学部卒業
1989年 佐賀医科大学麻酔科助手
1990年 市立西宮病院麻酔科（副）医長
1993年 大阪大学医学部麻酔科助手
2005年 市立芦屋病院麻酔科部長
2007年 大阪大学大学院医学系研究科疼痛医学寄附講座教授

趣味：自転車



牛田 享宏 Ushida Takahiro (司会)

愛知医科大学医学部学際的痛みセンター教授
同 運動療育センターセンター長
香川県出身、香川県立丸亀高等学校卒業

経歴：
1991年 高知医科大学卒業、高知医科大学整形外科入局
1995年 高知医科大学大学院修了
University of Texas Medical Branch at Galveston,
客員研究員
2004年 高知大学医学部附属病院整形外科講師
2007年 愛知医科大学医学部学際的痛みセンター教授
2008年 高知大学医学部臨床教授

趣味：つり
座右の銘：創意と工夫で科学する

(敬称略)

本邦における集学的痛みセンターの必要性について

はじめに

幸田(寛彦) 慢性疼痛に対して集学的な治療と研究を行う「痛みセンター」が世界で初めて設立されたのは、米国シアトルのワシントン州立ワシントン大学集学的痛みセンター(University of Washington Multidisciplinary Pain Center)で、1960年のことです。それから半世紀のあいだに、諸外国では多くの痛みセンターが立ち上げられました。わが国ではようやく構築の機運が高まってきたという段階です。本日の座談会では、大阪大学医学部附属病院の疼痛医療センター立ち上げに尽力され長年にわたり慢性疼痛の医療に携わってこられた柴田政彦先生、ならびにワシントン大学集学的痛みセンターで疼痛治療を学ばれたわが国では唯一無二の存在であり、現在も海外の視察を重ねるなど世界の痛みセンターの実情に詳しい北原雅樹先生とともに、日本における痛みセンターの必要性についてさまざまな視点から議論してまいりたいと思います。

痛みセンター設立が進んだ諸外国と 進展をみせなかった日本

幸田 痛みセンターの必要性を考えていくうえで、まずは基本事項となる痛みセンターが担う役割について各先生方にお伺いできればと思います。

柴田 痛みセンターの役割のひとつは、痛みを主訴に病院を訪れる患者さんがなぜ痛みを訴えるのかを分析・評価し、適切な治療の方向に導くことです。また、慢性疼痛に対して心理的なアプローチやリハビリテーションといった長期的にみて有効な治療を提供することも重要な役割となります。現在のわが国の医療の枠組みでは、これらを実践することが困難であるため、痛みセンターが必要なのではないかと思います。

北原 わが国における慢性疼痛患者数は、いくつかの大規模調査により人口の14~23%と報告されています。しかし、適切な医療が提供されていないために患者の生活の質(QOL)および日常生活動作(activities of daily living; ADL)は大きく低下し、また膨大な医療費が費やされていることが以前より指摘されています。

痛みセンターの役割は柴田先生のおっしゃったとおりですが、そのなかの具体的な業務のひとつとして、処方されている薬剤を整理し不必要なものは中止する、英語でいうところの「detoxification」が挙げられます。これにより医療費を削減できるだけでなく、痛みセンターは、患者さんを社会に復帰させていくことによって社会に対する生産性を高める役割も担います。

幸田 慢性疼痛患者の数の多さを考えると、適切な医療につながっていないことが引き起こす損失は大変大きいものと考えられます。北原先生、海外でも同じような状況があり、痛みセンターの設立につながったのでしょうか。

北原 冒頭にご紹介いただいた通り、世界で初めて設立された痛みセンターは、私が留学していた米国のワシントン大学集学的痛みセンターです。1960年当時、米国は第二次世界大戦が終焉し朝鮮戦争が終わり、ベトナム戦争に突入したところであり、多くの戦争負傷者を抱えていました。また同時に工業の発展による労働災害も増加していたのです。そして負傷した兵士たちを中心に麻薬系鎮痛薬の使用増大が大きな社会問題となり始め、既存の対応では改善が難しいことに気づいたDr.Bonicaをはじめとする先達が集学的痛みセンター設立へ向け動き出しました。日本では戦後約70年のあいだ、戦争負傷者を出さなくなりましたが、欧州でも国連平和維持活動(PKO)へ派遣されて負傷した兵士が多くなりました。そのため欧州でも一般の総合病院では対応できない慢性疼痛患者が増加し、国はその対応に迫られ痛みセンターの設立が広がっていったのだと思います。

幸田 ありがとうございます。痛みセンターを必要としたりするかどうかというのは、ご紹介いただいた時代背景とともに、いわゆる文化の違いも影響しているのではないかと感じます。

柴田 おっしゃる通りだと思います。日本は極東の島国という世界的にみてきわめて特殊な環境にあり、それゆえに特殊な文化を築いてきました。医療においては、戦前はドイツ、戦後は米国を手本にしてきましたが、医療にも文化や社会的な側面があり、日本は欧米

化したとはいってもアイデンティティの部分では欧米諸国とはかなり異なります。日本の医療現場で痛みセンターが長らくつづられてこなかったことを考えると、海外の痛みセンターに学ぶことはもちろん重要ですが、日本において起こっている問題とそれに対する取り組みの成果をみていくことも必要なのではないかと思います。

牛田 以前、三重大学が行った慢性腰痛の調査で、ミャンマーでは慢性腰痛には瞑想が最も奏効したというデータが出されたことを思い出します。社会的なニーズにはその国の文化も絡み合っているのだと思いますが、北原先生はどのように思われますか。

北原 ひとつ例を挙げると、心的外傷後ストレス障害 (post traumatic stress disorder ; PTSD) という概念は、欧米では戦争体験などにより引き起こされることが古くから知られていましたが、日本では 1995 年に発生した阪神・淡路大震災後に初めて精神疾患として注目され、その概念が定着しました。おっしゃる通り、痛みセンターはこれまで文化的な面からわが国ではあまりニーズがなかったのだと思いますが、社会全体が西洋化に舵を切り、地域コミュニティなどのセーフティネットが減退した状況で高齢化が進展していくこと

を考えると、この領域で遅れをとっていることが今後、深刻な事態を招くのではないかと憂慮しています。

牛田 では視点を少し変えて、日本で痛みセンターがづくりにくい理由というものはあるのでしょうか。

柴田 日本人は集団で行動することを得意とし、所属する団体に寄与するために努力する国民性があると思います。ネガティブな表現をするとセクショナリズム (集団・組織内の各部署が保持する利害や権限に固執し排他的になる傾向) が強く、自己アピールをあまりしないことも手伝って、診療科の壁を超えて協働するというチーム医療をあまり得意としてきませんでした。くわえて、日本では医師のもつ権限が諸外国に比べて大きいのではないかと思います。集学的なアプローチの場合には医師以外の医療者の役割が非常に重要になってきますが、医師以外の医療者が活躍しにくい構造が痛みセンターをつくることを困難にしている理由のひとつではないかと思います。

牛田 ヒエラルキー構造、縦割り、セクショナリズムというあたりも文化的な側面でしょうね。北原先生、海外では痛みセンターがその後も順調に機能していたのでしょうか。

北原 米国では一時期は多数の痛みセンターができましたが、現在、集学的・学際的な取り組みをしている痛みセンターはかなり減少し、世界の痛みの臨床・研究をリードしてきたワシントン大学の痛みセンターも 2000 年代半ばにはその歴史を閉じてしまいました。米国では医療保険の問題があり各大学が頑張ってきましたが、それではシステムとして成り立たなかったわけですね。

一方で欧州では痛みセンターが増加しており、私が最近視察した北欧では 1990 年代後半から急速に設立が進み、5 カ国が各国ごとに、あるいは協力しながら痛み治療のシステムを充実させてきました。

牛田 海外でも、痛みセンターはつくるのも維持するのも多くの努力で進んできているということですね。



本邦における集学的痛みセンターの必要性について

国内で痛みセンターを構築するための
問題点

1. 対象患者と治療の方針

牛田 それでは続いて、日本国内で痛みセンターを構築するための個別的な問題について考えてみたいと思いますが、まず対象患者はどのように設定すればよいと考えておられますか。

柴田 痛みセンターが対象にすべき患者さんは、痛みセンターの診療でよくなる方、あるいは痛みセンター以外の診療では悪くなる方が第一だと思います。

北原 米国や私が視察したスウェーデン、デンマークの痛みセンターはいずれも、一定以上の年齢の人は基本的に診療しません。痛みセンターは、社会に対して本来ならば労働生産に寄与する人たちを治療して、社会に対して医療費の負担をかけている側から労働生産の側に戻すことを目的としているからです。そのため欧米の痛みセンターの有効性は仕事に復帰する人がどの程度いるかということが指標のひとつとなります。この考え方が社会状況の異なる日本で受け入れられるかと考えると、やはり日本では独自のかたちで対象患者を考えていく必要があると思います。くわえて特に日本の場合には高齢化が非常に進んでいて、2050年には約40%が高齢者になると予想されています。そのような状況で、高齢者の腰痛や膝痛をすべて引き受けるとするのは到底無理な話ですので、高齢化問題も含めて考えていかなければなりません。

柴田 わが国において慢性疼痛で就業に問題のある人がどの程度存在するのかという実態を明らかにしなければならぬと思います。また、高齢者は仮に痛みによる障害を改善しても社会への還元が少ないため、医療資源の投入を限定的に考えざるを得ないというのはある程度は妥当性があるのではないかと思います。一方で、痛みが国の介護負担を増強している可能性があることを考えると、その削減が日本の社会にとっては喫緊の課題であるともいえます。痛みによって介護負担がどの程度増加しているのか、適切な介入によりどの程度の予防が可能であるのかを検討する必要があります。



ます。

牛田 対象患者の設定ひとつをとってもさまざまな視点があるということですが、例えば手術後も症状が持続あるいは増強する failed back surgery syndrome (FBSS) や脊椎損傷など標準の診療ではなかなか痛みが改善しない患者群を痛みセンターで扱うようにすべきかという点については、いかがでしょうか。

北原 欧米の痛みセンターは基本的に受診回数を決めており、長期に診療する患者はごく一部です。FBSS や脊椎損傷のようになかなか痛みが改善しない患者群であっても、痛みセンターでのプログラムが終了すれば、あるいは治療の方向づけができれば地域の医療機関や家庭に戻すようにしています。

牛田 それは痛みセンターを含めたシステムを考えたうえで核心の部分だと思います。医療者が「患者さんをよくしたい」という思いをもっているというのは世界共通だと思いますが、限界を悟ったときにどのような行動に出るかはその国の文化が反映されます。日本では治らない人たちを手当てしていくことが現状では