

行われていて、そこに医療費が多く使用されています。われわれ医療者が変わるかどうかという問題でもありますが、特定の疾患に限定することでその棲み分けができるのではないかと考えられます。

北原 ただ、FBSS や脊椎損傷などの患者さんを引き受けるとすると、「いつまでに」あるいは「どうなれば」終了かを決めない限り、患者さんはどんどん増加し、キャパシティを超えてしまいます。疾患を限定したとしても、症状が落ち着いていたり改善した場合には地域に戻す必要があるかと思えます。

柴田 私どもの疼痛医療センターではすでに症状が落ち着いた患者さんは3カ月や半年に1回の診療にしています。その際も変化していないかどうかを診るだけで、薬は地域で出してもらうことに決め、それに同意した方のみ引き続き来てもらっています。変化がなければよしというかたちでよいのではないかと思います。

牟田 先生がおっしゃる方法はきわめて正論だと思いますが、それがなかなか実現できず受け入れざるを得ない状況も一方ではあります。大学病院としては、痛みセンターに人員を雇っているのだから大学病院の患者さんに貢献すべきという考え方があり、それをどのように組み立てていくかという問題もあります。

柴田 慢性疼痛が社会の大きな負荷になっていることが明らかになり、それを多くの人に知ってもらうことができれば、仮に病院からみて売上げが少ないセクションであっても社会的意義が認められ、批判の対象にはならないのではないかと私は思っています。

北原 東京慈恵会医科大学は、創設者の「病気を診ずして病人を診よ」という理念が引き継がれているため、慢性疼痛の患者さんを比較的受け入れやすい土壌はあります。しかし、国の医療システムとして、財源を効率的に使用するという発想がないことに大きな問題があると思います。個々の病院に収益性を求められると、どうしても痛みセンターに対しては総論賛成・各論反対で、「よいものだと思うけれどもつくりたくない」ということになってしまうと思います。

牟田 実際には、ただいまご指摘いただいたわが国が



抱えるさまざまな問題を前提として痛みセンターの構築を考えていかなければなりません。そのためのシステム構築や外部との連携について何かご提案はありますでしょうか。

北原 医療者をはじめ政治家や法律家、国民に、広く慢性疼痛とは何かということや、そのコントロールのひとつのかたちとして痛みセンターがあるということを知知しなければならないと思います。現在は、痛みセンターというシステムの意義やさらには存在さえも知らないゆえに評価のしようもなければ、協力のしようもないという状況です。プレゼンテーションや情報共有の仕方を考えて、教育・広報で拡散していく必要があると思います。

2. 人材育成の課題

牟田 国際疼痛学会による痛みの定義は「不快な感覚性・情動性の体験」であり、長期的な痛みのマネジメントにおいては身体的なメンテナンスだけではなく、心理的なメンテナンスも当然ながら重要です。その両方に長けた人材が不足していることから、痛みセンターは人材育成についても大きな役割を担うと思います。ただ、慢性疼痛という概念の教育は学生時代からなされるべきです。柴田先生は厚生労働科学研究「痛みに

本邦における集学的痛みセンターの必要性について

関する教育と情報提供システムの構築に関する研究」のリーダーとして、医療者の教育や国民への情報提供について研究されていますが、教育についてはどのようなお考えをおもちですか。

柴田 医学教育において「痛み」は、疾患を診断するための手がかり、あるいはつらさを和らげる対象の症状という2つの観点でしか教えられてきませんでした。しかしながら、実際に痛みを訴える患者さんはその2つだけを求めているのではなく、「痛み」という症状を介して医療機関にヘルプを求めて来ているわけです。それを医療者がどのように評価して治療するかということを教育していかなければなりません。医学教育は生物学的モデルで成り立っているために、それ以外のことについては「心因性」という言葉で片づけられてしまいがちですが、心の問題か体の問題かということではなく、なぜその方が痛みを主訴に病院に来ているのかということを考えられる医療者を育てていくことが重要です。そのためには、医学教育の早い段階から生物・心理・社会モデルで患者さんを診るトレーニングを入れていく必要があるのではないかと思います。

牛田 初期教育はその後に色濃く影響しますので、若い方への教育の機会を増やすことが必要になってきますね。北原先生、海外ではどのような教育がされているのでしょうか。

北原 北欧では医学の初期教育に慢性疼痛が必修で入っており、卒後は麻酔科医や整形外科医は数週間～1カ月程度の実地トレーニングが要求され、それが麻酔科専門医や整形外科専門医の資格を取るための要件となります。また、臨床心理士に対して痛みの教育を必須科目として取り入れている国、看護師に対して痛みの教育を積極的に取り入れている国も多くあります。当たり前のことですが、患者さんの最も近くにいるのは看護師であり、触れている時間が多いのは理学療法士(PT)であり、最も話をよく聞いているのは臨床心理士ですので、コメディカルスタッフの教育も非常に重要です。

北欧に行ったときに、慢性疼痛の患者さんの治療に

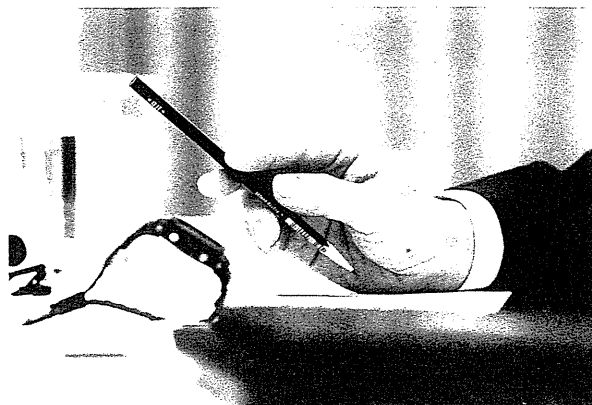
必要なのは、「a brave physical therapist, a clever psychologist, and a good doctor(勇敢なPTと賢い臨床心理士とよい医師である)」といわれ、「医師はexcellentではなくgoodでよいのか」と尋ねると、「医師はただ悪くなければよい、not badでいいんだ」といわれました。そうであるならば、ヒエラルキーの頂点に医師がいるシステムそのものが大きな障害になっていて、そこに手を入れていかない限り本当の意味での痛みセンターは構築できませんし、永続的なシステムはつくれないと思います。

システム構築については、Dr.Bonicaの著書でも指摘されているとおり、慢性疼痛の治療は流動的な人事ではうまくいきません。日本の大学病院は医師の出入りが多いですが、チームワークの根本は「人」ですから、チームのコアメンバーは変化せず、気心の知れた仲間であることが必要です。

今後5～10年以内の具体的目標

牛田 では今後、具体的にどのようなものをつくっていくべきであるのか、5～10年後の具体的な目標について伺いたいと思います。

柴田 端的にいえば、公的な痛みセンターを設立することが望ましいと思います。慢性疼痛は麻酔科あるいは整形外科との兼任で扱えるような簡単なものではありませんので、その仕事に専念し、研究や教育の役割を担い、日本全国の医療施設を牽引していくという方





向がよいのではないかと最近では思っています。

牛田 北原先生はいかがですか。

北原 フィンランドなどでサテライトシステムが展開されていたことを参考に、当ペインセンターをそのひとつのモデルにできればと思っています。東京慈恵会医科大学は長い歴史のなかで附属病院間での病病連携はもちろん、早期より卒業生の開業医を中心とした病診連携のネットワークも構築されています。当ペインセンターへ国内留学を希望する医師の教育にも努めることで、附属4病院とわれわれが教育した医師を核としたチームが中等症からある程度の重症の慢性疼痛患者までを引き受けられるシステムをサテライトとして構築できればと思っています。また、それぞれが各地域の開業医やほかの総合病院と連携することで、患者さんが溜まっていくことなく、症状が改善すれば開業医や主治医に返し、不安定になればペインセンターへ戻すというかたちの「satellite and hierarchy システム」をこの5~10年のあいだに構築したいと考えています。

牛田 ありがとうございます。それぞれのお立場からできることを進めていただくことで、あるべきかたちがみえてくるのではないかと思います。

柴田 実現可能性という観点でいえば、ある要件を満たした慢性疼痛の患者さんを評価することに対して、また慢性疼痛の治療としてリハビリテーションや認知行動療法を提供することに診療報酬が認められれば、

慢性疼痛の集学的治療はかなり前進すると思います。

痛みセンター構築へ向けて今後の課題

牛田 最後に、臨床業務のほかに痛みセンターに対して望まれることについてお話しいただけますでしょうか。

北原 痛みセンターは多職種が集まって患者さんを診療することだけがその役割ではなく、「センター」というからにはもう一段上からの視点が必要です。それはやはり「教育」です。医療者が痛みを診られるように教育する、痛みを診られる医療者を教育できる人材を教育することが痛みセンターには望まれます。それから学際的あるいは集学的という言葉が示す「研究」について、基礎分野の研究者と刺激し合いながら臨床と研究を相互に発展させていくことが求められます。臨床・教育・研究を3本柱にして、さらに社会への広報活動を行うことが「センター」に必要なことだと思います。そのような痛みセンターが、日本のなかに少なくとも1カ所以上、できれば数カ所存在しない限り持続性はないものと思います。

牛田 継続性という観点からは、初期教育が重要なことはもちろんですが、われわれとしては一人ずつでも人材を育て、痛みセンターが形だけではなく中身を保持できるように努めていかなければなりません。ただし、今の大学にある痛みセンターは診療科よりも一段

My Feedback

座談会を終えて

下のレベルという認識でみられているのではないかと思います。疼痛の講座を開設するなど学問をつくっていくことが人材育成にもつながっていくように感じます。

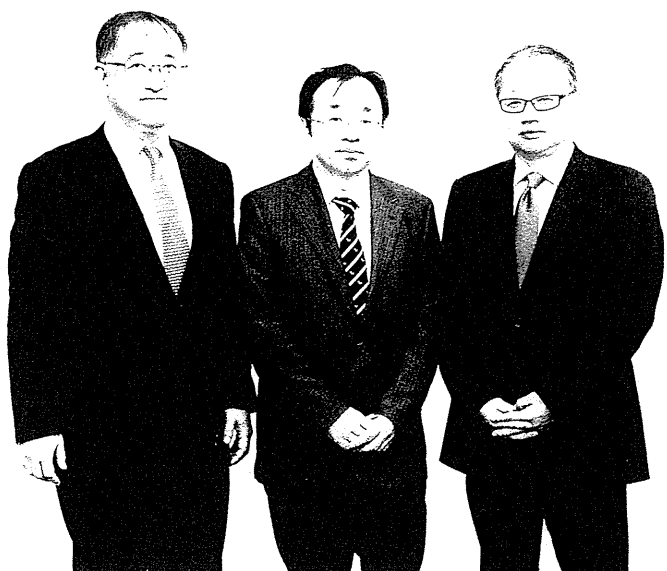
薬師 くわえて、われわれは「痛みを対象とした診療は経営的に成り立つ」ということを示さなければなりません。好きだから頑張れるという奇妙な人をあてにするのではなく、われわれのように生物・心理・社会モデルに基づいた痛みの治療を行ってちゃんと採算が取れることを若い人たちに示すことが必要だと思えます。

宇田 本日は痛みセンターの必要性についてさまざまな方向から議論することができました。わが国の痛みセンター構築はまだ道半ばであり、本日の話をひとつの結論にまとめることは難しいですが、一般国民、患者さん、患者会の皆さん、医療者、広報という意味ではマスコミの方たちとも協力しながら、われわれができることを提供していける体制を構築できればと思います。痛みセンターの方向性は今後も変化すると思いますが、その時々に必要なことを先生方にご指導いただきながら、考えていきたいと思えます。本日はありがとうございました。

長年の同志である柴田先生、牛田先生との座談会は思いのほか楽しかった。前提なしでお互いに考えていること、感じていることをぶつけ合った。座談会中には「ここだけの話」もかなり出てきたが、それをこのようにうまくまとめて活字に落とした方の苦勞は計り知れない(笑)。牛田先生、柴田先生、私と、それぞれ、日本の三大都市圏をメインフィールドとし、違うバックグラウンドをもち、性格も得意とする分野も異なる。その3人がコラボレーションすることで個々の能力を単に加算した以上の事が起こる…まさに「学際性」の妙味であろう。

(北原雅樹)

写真／大久保恵造



Monthly Book

MEDICAL DEVAULIATION MEDICAL REAULIATION

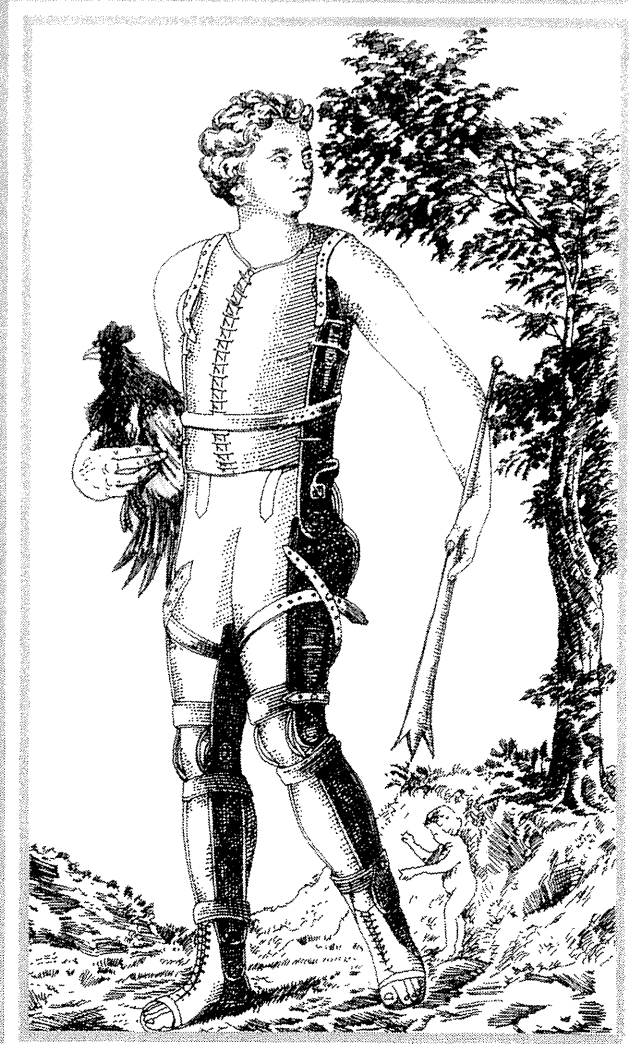
No. 177 2014.11

リハビリテーションにおける 疼痛医療

◆編集

大阪大学大学院教授

柴田 政彦



Medical Rehabilitation

編集企画にあたって……………

～リハビリテーションに医学における痛み～

リハビリテーション(以下、リハ)において「痛みのある患者は機能回復が悪い」ことは、現場の医療者は経験的に熟知している。「痛みを緩和してリハをすることが重要」と考えるが、物理療法や投薬だけではなかなかうまくいかないのが現実であろう。

この「痛みと運動」という非常に密接な関係にある2つの事柄が、その重要性とは反対に、医療の現場で扱われることが少なかったし、科学的な分析の対象とされることもなかった。国際疼痛学会は「痛みは常に主観」であると、定義の後の注釈に記載しているが、「痛み」は客観化できないうえに個人差が大きく、医療や科学の対象とするのが困難で、「見て見ぬ振りをする」ほうが、いろいろな意味で効率がよかったからであろう。

しかし、私の個人的な感想かもしれないが、学問的な意味で近年ようやく痛みの概念が整理され、共有化されるようになり、科学としての基盤が固まってきたようだ。その基盤を支えているのが生物心理社会モデルである。「痛い」という言葉と関連して、人の行動は何らかの影響を受け、周囲の人々やひいては社会に影響する。そして、その影響がまた痛みを発した個人にフィードバックされて行動に影響を与える。「慢性痛は個人内および個人間のネットワーク障害である」という捉え方はおそらく正しい。今後は、そのネットワークを対象に研究や治療の目が向けられることになるだろう。そのような流れのなかで、医療者がそれぞれの置かれた立場で「何を考え、どのように行動するか？」について真摯に考えるべき時代になったと感じる。ニューロフィードバックによる治療はその応用であろう。

本企画は、リハ領域で「痛み」を対象に真摯に取り組んでこられた方々に執筆をお願いした。皆さん各々、知識の受け売りではなく、自らこの難解な痛みを考え、悩み、行動してこられた方々ばかりである。それゆえに内容は信頼でき、かつ説得力がある。

従来痛みの医療に対する関心は、緩和医療やペインクリニックの領域に限られていたが、最近、リハ療法士や整形外科医のなかでも注目されるようになってきた。しかし、リハ医や神経内科医への感心はまだ限られているようだ。リハ関連の医師に「痛みへの興味」を高めていただくのに少しでも役立てば幸いである。更に、医療者のみならず患者、患者家族、一般市民、行政、政治家、マスコミにも痛みの正しい知識を広げていく必要がある。そのような取り組みが、個人の苦しみを軽減するだけでなく、介護者の負担軽減、社会コストの削減につながることを期待したい。

2014年10月
柴田政彦

リハビリテーションにおける 疼痛医療

編集企画／大阪大学大学院教授 柴田政彦

1 痛みを有する患者に対するリハビリテーション医師の役割 村上 孝徳

医学的リハビリテーションによるアプローチは最終的に具体的な生活機能訓練へ結びつけるべきものであり、必要に応じて社会リハビリテーションの適応を考慮する。

7 痛みを有する患者に対するリハビリテーションセラピストの役割 松原 貴子ほか

痛み患者に対するリハビリテーションでは生物心理社会的アプローチに基づき、セラピストの管理下にて患者教育や認知行動療法理論を取り入れた運動療法を実施し、患者のQOL向上を目指す。

17 痛みを有する患者に対する認知行動療法 木村 慎二

近年、慢性疼痛に対して、認知行動療法はエビデンスの高い治療法として、注目されている。筆者は本法に基づく「いきいきリハビリノート」による運動促進法を開発したので、その理論および方法を報告する。

25 痛みの恐怖条件付け 前田 吉樹

「痛みの慢性化」と「恐怖条件付け」には密接な関係がある。両者の関係性を理解すれば、慢性痛のより詳細な病態把握と治療アプローチの模索が可能になるだろう。

31 痛みを有する患者の活動評価法 関口 美穂ほか

痛みを有する患者の患者立脚型評価について、運動器疾患を中心とした包括的評価と疾患特異的評価法を概説する。

Medical Rehabilitation No 177

編集主幹／宮野佐年 水間正澄

Contents

次号予告
82
80
81
既刊3
前付2
89

39 術後痛とリハビリテーション

飯田 宏樹ほか

術後痛管理は遷延性術後痛を予防する手段となり、亜急性期に十分な鎮痛をオピオイドで得ることは、リハビリテーションが円滑に行えるとともに、慢性痛への移行を防ぐ。

47 廃用と痛み

沖田 実ほか

四肢の一部を廃用に曝すだけで痛みが発生する事実を理解し、慢性痛の発生予防を踏まえたリハビリテーションのあり方を考えていく。

54 運動器疼痛、慢性痛に対する運動療法

松平 浩ほか

慢性痛に対し運動療法は極めて重要な手段であり、疼痛が現れている局所のみならず中枢機能改善を含む包括的なアプローチとなりうることを強く意識し、活用すべきである。

63 リハビリテーションのための神経ブロックによる緩和法

深澤 圭太

術後リハビリテーションにおける神経ブロックの役割について概説し、超音波ガイド下に施行する代表的な神経ブロック法を2つ紹介する。

69 ニューロリハビリテーション

西上 智彦

難治性疼痛症例に対する各ニューロリハビリテーション手法について、神経科学的基盤、評価、具体的方法を概説する。

医道の日本

The Japanese Journal of
Acupuncture &
Manual Therapies

10 OCTOBER
2014
Vol.73 No.10

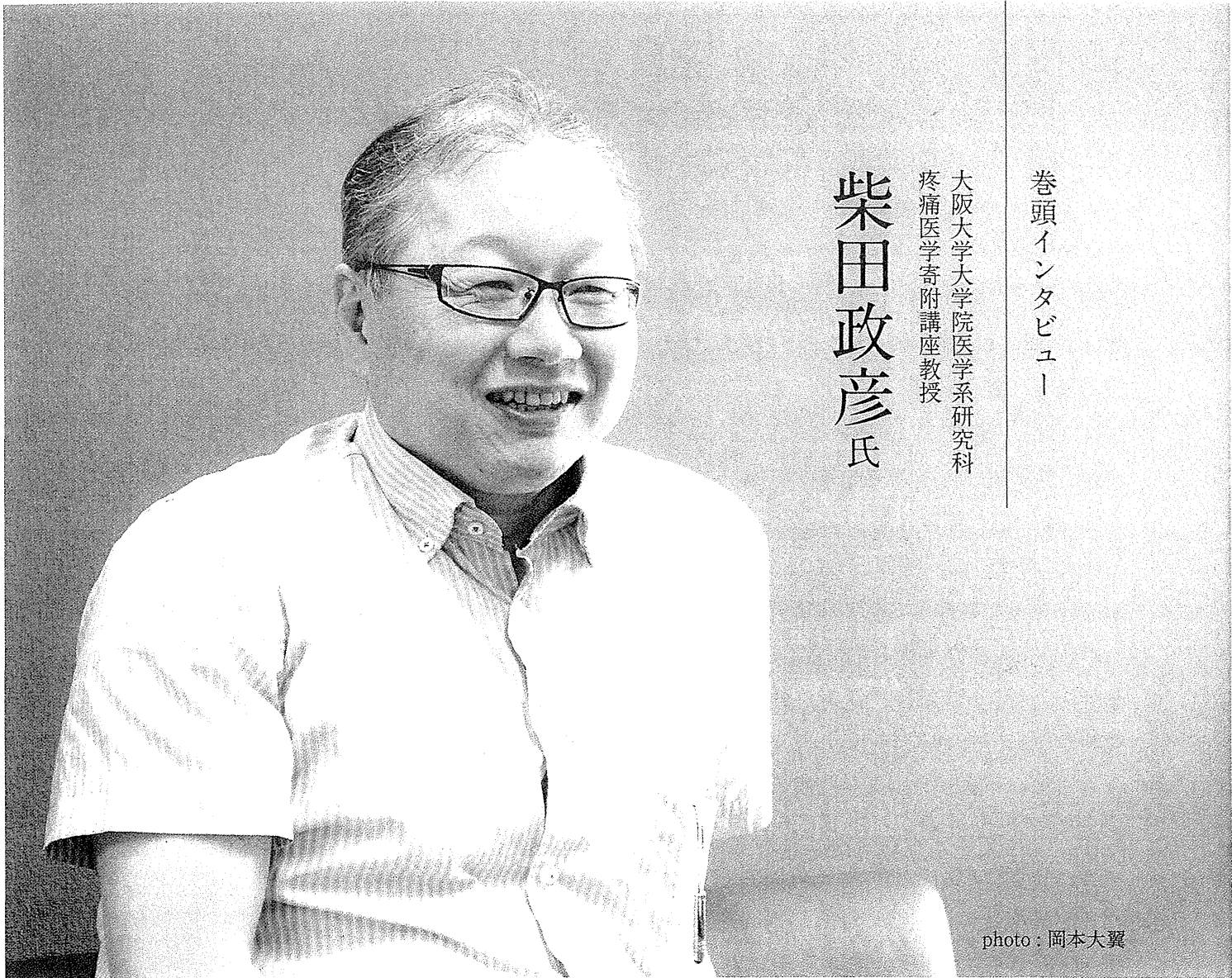
第73巻 第10号(通巻853号) 2014年10月1日発行(毎月1回1日発行)
1946年8月19日第三種郵便物認可 ISSN 0287-6760

第38回代田賞発表
臨床に取り入れたいヘッドマッサージ

鍼とペイン 最前線



Massage
&
Bodywork



巻頭インタビュー

大阪大学大学院医学系研究科
疼痛医学寄附講座教授

柴田政彦氏

photo: 岡本大翼

脳と身体の「ネットワーク」に着目した痛み治療の最前線

鍼灸マッサージ師が昔からかかわってきた「痛み」への治療は、西洋医学において今どのような展開を見せているのだろうか。疼痛医学を専門とし、厚生労働省委託の疼痛に関する研究にも従事している柴田政彦氏に、疼痛治療における研究と臨床の新しい知見を聞く。