

H 3 0 年度 厚生労働行政推進調査事業費補助金
(慢性の痛み政策研究事業)
慢性の痛み診療・教育の基盤となるシステム構築に関する研究
分担研究報告書

慢性痛患者の診療に係る実態調査

研究分担者 山岸 暁美 慶應義塾大学医学部衛生学公衆衛生学教室 講師

研究要旨

集学的慢性痛診療チーム(集学的痛みセンター)の機能確立に資するデータを得ることを目的として、慢性痛患者の診療実態調査を行った。

A . 研究目的

本邦における慢性痛診療実態を明らかにする。

B . 研究方法

■ 調査 1

M 3 医師会員、延べ 26 万人の医師を以下のように層化無作為抽出し、2018 年 12 月 20 日に調査に関する通知をメール送付した。調査の趣旨や目的等に関しては、アンケートの初期画面に記載、2018 年 12 月 20 日～2019 年 1 月 30 日の期間に、通知に記載された URL から自記式質問紙調査票に回答することを依頼した。回答をもって、同意を得られたとみなした。

- ・ 診療所 2000 人
- ・ 400 床未満の病院 2000 人
- ・ 400 床以上の病院 2000 人

■ 調査 2

痛みセンター連絡協議会の会員 18 機関における慢性痛診療のリーダーに承認を得た上で、当該施設の慢性痛診療・ケアに関わる多職種を対象にメールで自記式質問紙票を送付した。2019 年 1 月 15 日～3 月 30 日の期間に回答を依頼し、研究班事務局に回答者から直接返信してもらった。回答をもって、同意を得られたとみなした。

C . 研究結果

■ 調査 1

2811 名の医師から回答を得た(有効回答率 47%)。回答した医師の所属機関については、診療所 31%、400 床未満の病院 32%、400 床以上の病院 37%であった。

- 慢性痛患者の平均診療時間は、一般的な平均診療時間と比較し、有意に長い
- 5 割を超える医師が慢性痛の診察や診断治療に関し、困っていると回答
- 5 割の医師が慢性痛患者への対応についてのトレーニングが十分でないと回答
- すべての医師がトレーニングや経験の範囲を超える慢性痛患者の治療を求められたと回答
- 約 8 割の医師が、直近 1 ヶ月において、慢性痛患者の診察を行っていた

腰痛・下背部痛患者の診療実態 (n=1637)

- 患者の平均年齢は 64.5 歳、男性が 61%であった
- 当該患者の痛みの強さは、NRS 1～3(軽度)は 12%、NRS 4～6(中等度)は 44%、NRS7 以上(重度)は 54%であった
- 初診時において、日常生活はほぼ自立しているランク J の患者が約 64%、室内での日常生活は概ね自立しているランク A が 26%であった
- 合併疾患がある患者は 4 割であり、多いものとして高血圧(20%)、糖尿病(18%)、悪性新生物(11%)であった
- 当該患者への検査として、実施率 3 割を超えたのは、採血、MRI、単純 X-p、CT であった
- 当該患者の「腰痛・下背部痛」の原因(診断)として、腰部脊柱管狭窄症、非特異的腰痛、腰椎椎間板ヘルニアが 3 割を超えた

- 当該患者に実施した治療で最も多かったのは薬物療法であり、次いで、理学療法、ブロック療法であった
 - 当該患者に処方した薬剤として、NSAIDsの経口薬・貼付薬が多かった。次いで、アセトアミノフェン、抗うつ剤の処方が多かった
 - 「非常に奏効している」「奏効している」という回答が5割を超した治療は5種のみ、且つ、いずれも対象患者の少ない治療であった。治療選択で最も多「NSAIDs処方」「アセトアミノフェン処方」に関する同上の回答は3割程度であった
 - 当該患者の診療頻度に関しては、1か月に1回程度が約4割であり、8割以上の患者が1か月に1回以上の診察を受けていた
 - 675人の医師の自由記載回答をContents Analysisの手法を用いて分類したところ、当該患者の診療にあたり困っていることとして、1)治療(218)(治療選択の難しさ(128)薬物療法上の困難(76)保険適応ではない治療(14))、2)診断(55)3)目標設定(46)4)評価(33)5)検査(29)6)患者対応(207)(コミュニケーション(106)患者のコンプライアンス・アドヒアランス(101))、7)生活への介入(56)8)地域連携(31)が挙げた。()内の数字は回答の数
 - 275人の医師の自由記載回答をContents Analysisの手法を用いて分類したところ、当該患者の診療にあたり慢性痛の専門家に相談したいこととして、1)ペインコントロールの方法、除痛方法(88)2)紹介に関する時期・タイミング・専門領域(36)3)診断・検査(22)4)治療方針・治療の妥当性(55)5)薬物療法(31)6)患者指導・対応(43)が挙げた。()内の数字は回答の数
 - 当該患者の痛みの強さは、NRS 1～3(軽度)は9%、NRS 4～6(中等度)は43%、NRS7以上(重度)は48%であった
 - 初診時において、日常生活はほぼ自立しているランクJの患者が約66%、室内での日常生活は概ね自立しているランクAが23%であった
 - 合併疾患がある患者は4割であり、多いものとして糖尿病(26%)悪性新生物(17%)帯状疱疹(11%)であった
 - 当該患者への検査として、実施率3割を超えたのは、採血、MRI、CTであった
 - 当該患者の「神経障害性疼痛」の原因(診断)として、最も多かったのは腰部脊柱管狭窄症という回答であり、次いで、炎症性疾患、腰椎椎間板ヘルニア、非特異的疼痛であった
 - 当該患者に実施した治療で最も多かったのは薬物療法であり、次いで、理学療法、ブロック療法であった
 - 当該患者に処方した薬剤として、NSAIDsの経口薬・貼付薬が多かった。次いで、アセトアミノフェン、抗うつ剤の処方が多かった
 - 「非常に奏効している」「奏効している」という回答が5割を超した治療は1種のみ、且つ、いずれも対象患者の少ない治療であった。治療選択で最も多い「NSAIDs処方」「アセトアミノフェン処方」「理学療法」「抗うつ剤」に関する同上の回答は2～3割程度であった
 - 当該患者の診療頻度に関しては、1か月に1回程度が約4割であり、8割以上の患者が1か月に1回以上の診察を受けていた
 - 626人の医師の自由記載回答をContents Analysisの手法を用いて分類したところ、当該患者の診療にあたり困っていることとして、1)治療(279)(治療選択の難しさ(158)薬物療法上の困難(121))、2)診断(59)3)目標設定(41)4)評価(34)5)患者対応(165)(コミュニケーション(94)患者のコンプライアンス・アドヒアランス(111))6)生活
- 神経障害性疼痛患者の診療実態 (n=1493)**
- 患者の平均年齢は63.6歳、男性が53%であった

への介入(48)が挙げた。()内の数字は回答の数

- 193人の医師の自由記載回答を Contents Analysis の手法を用いて分類したところ、当該患者の診療にあたり慢性痛の専門家に相談したいこととして、1)ペインコントロールの方法、除痛方法(67) 2)しびれの治療について(47) 3)紹介に関する時期・タイミング・専門領域(24) 4)治療方針・治療の妥当性(29) 5)薬物療法(26)が挙げた。()内の数字は回答の数

頸部痛患者の診療実態 (n=1303)

- 患者の平均年齢は56.7歳、男性が53%であった
- 当該患者の痛みの強さは、NRS 1～3(軽度)は16%、NRS 4～6(中等度)は51%、NRS 7以上(重度)は32%であった
- 初診時において、日常生活はほぼ自立しているランクJの患者が約80%、室内での日常生活は概ね自立しているランクAが13%であった
- 合併疾患がある患者は3割であり、多いものとして悪性新生物(12%)、整形疾患(11%)、糖尿病(10%)、精神疾患(10%)であった
- 当該患者への検査として、実施率3割を超えたのは、採血、MRI、CT、単純X-pであった
- 当該患者の「頸部痛」の原因(診断)として、多かったのは、非特異的頸部痛、頸椎疾患、炎症性疾患であった
- 当該患者に実施した治療で最も多かったのは薬物療法であり、次いで、理学療法、ブロック療法であった
- 当該患者に処方した薬剤として、NSAIDsの経口薬・貼付薬が多かった。次いで、アセトアミノフェン、抗うつ剤の処方が多かった
- 「非常に奏効している」「奏効している」という回答が5割を超した治療は5種のみ、且つ、いずれも対象患者の少ない治療であった。治療選択で最も多「NSAIDs

処方」「アセトアミノフェン処方」に関する同上の回答は3割程度であった

- 当該患者の診療頻度に関しては、1か月に1回程度が約4割であり、7割以上の患者が1か月に1回以上の診察を受けていた
- 373人の医師の回答を Contents Analysis の手法を用いて分類したところ、当該患者の診療にあたり困っていることとして、1)治療(142)(治療選択の難しさ(88)薬物療法上の困難(54)) 2)診断(26) 3)目標設定(15) 4)評価(22) 5)検査(13) 6)患者対応(78)(コミュニケーション(46)患者のコンプライアンス・アドヒアランス(32)) 7)生活への介入(17) 8)地域連携(20)が挙げた。()内の数字は回答の数
- 110人の医師の回答を Contents Analysis の手法を用いて分類したところ、当該患者の診療にあたり慢性痛の専門家に相談したいこととして、1)ペインコントロールの方法、除痛方法(131) 2)紹介に関する時期・タイミング・専門領域(81) 3)診断・検査(41) 4)薬物療法(75) 5)患者指導・対応(45)が挙げた。()内の数字は回答の数

頭痛患者の診療実態 (n=1733)

- 患者の平均年齢は46.6歳、男性が30%であった
- 当該患者の痛みの強さは、NRS 1～3(軽度)は14%、NRS 4～6(中等度)は49%、NRS 7以上(重度)は36%であった
- 初診時において、日常生活はほぼ自立しているランクJの患者が約86%、室内での日常生活は概ね自立しているランクAが9%であった
- 合併疾患がある患者は3割であり、多いものとして高血圧(20%)、精神疾患(10%)であった
- 当該患者への検査として、実施率が高かったのは、CT、採血、MRIであった
- 当該患者の「腰痛・下背部痛」の原因(診

断)として、偏頭痛が最も多く、次いで非特異性頭痛、心理社会的要因の強い頭痛が多かった

- 当該患者に実施した治療で最も多かったのは薬物療法であった
- 当該患者に処方した薬剤として、NSAIDs(経口薬)次いで、アセトアミノフェン、頭痛薬処方が多かった
- 「非常に奏効している」「奏効している」という回答が5割を超した治療は4種のみ、且つ、頭痛薬以外は、いずれも対象患者の少ない治療であった。治療選択で最も多い「NSAIDs処方」「アセトアミノフェン処方」に関する同上の回答は3~4割程度であった
- 当該患者の診療頻度に関しては、1か月に1回程度が約4割であり、7割以上の患者が1か月に1回以上の診察を受けていた
- 471人の医師の自由記載回答をContents Analysisの手法を用いて分類したところ、当該患者の診療にあたり困っていることとして、1)治療(218)(治療選択の難しさ(128)薬物療法上の困難(76)保険適応ではない治療(14))2)診断(55)3)目標設定(46)4)評価(33)5)検査(29)6)患者対応(207)(コミュニケーション(106)患者のコンプライアンス・アドヒアランス(101))7)生活への介入(56)8)地域連携(31)が挙げた。()内の数字は回答の数
- 141人の医師の自由記載回答をContents Analysisの手法を用いて分類したところ、当該患者の診療にあたり慢性痛の専門家に相談したいこととして、1)ペインコントロールの方法、除痛方法(88)2)紹介に関する時期・タイミング・専門領域(36)3)診断・検査(22)4)治療方針・治療の妥当性(55)5)薬物療法(31)6)患者指導・対応(43)が挙げた。()内の数字は回答の数

- 患者の平均年齢は69.5歳、男性が42%であった
- 当該患者の痛みの強さは、NRS1~3(軽度)は10%、NRS4~6(中等度)は47%、NRS7以上(重度)は47%であった
- 初診時において、日常生活はほぼ自立しているランクJの患者が約57%、室内での日常生活は概ね自立しているランクAが30%であった
- 合併疾患がある患者は5割であり、多いものとして高血圧(21%)糖尿病(17%)整形疾患(8%)悪性新生物(8%)であった
- 当該患者に対し実施した検査で多かったのは、採血、単純X-p、MRI、CTであった
- 当該患者の「下肢関節痛」の原因(診断)として、変形性膝関節症、非特異性下肢関節痛、炎症性疾患が多かった
- 当該患者に実施した治療で最も多かったのは薬物療法であり、次いで、理学療法手術であった
- 当該患者に処方した薬剤として、NSAIDsの経口薬・貼付薬、アセトアミノフェンの処方が多かった
- 「非常に奏効している」「奏効している」という回答が5割を超した治療は4種のみ、且つ、いずれも対象患者の少ない治療であった。治療選択で最も多「NSAIDs処方」「アセトアミノフェン処方」「理学療法」に関する同上の回答は3割程度であった
- 当該患者の診療頻度に関しては、1か月に1回程度が約5割であり、約8割の患者が1か月に1回以上の診察を受けていた
- 346人の医師の回答をContents Analysisの手法を用いて分類したところ、当該患者の診療にあたり困っていることとして、1)治療(184)(治療選択の難しさ(108)薬物療法上の困難(36)痛みの継続による廃用症候群(40))2)診断・検査(26)3)目標設定(10)4)評価(10)5)患者対応(107)(コミュ

下肢関節痛の診療実態 (n=1288)

ニケーション（46）患者のコンプライアンス・アドヒアランス（41）定期的フォローの難しさ（20）6)生活への介入（18）7)地域連携（11）が挙げた。（ ）内の数字は回答の数

- 109人の医師の回答を Contents Analysis の手法を用いて分類したところ、当該患者の診療にあたり慢性痛の専門家に相談したいこととして、1)ペインコントロールの方法、除痛方法（22）2)紹介に関する時期・タイミング・専門領域（17）3)診断・検査（12）4)治療方針・治療の妥当性（25）5)薬物療法（10）6)患者指導・対応（23）が挙げた。（ ）内の数字は回答の数

■ 調査2

- 痛みセンター勤務の多職種 57 名より回答を得た。医師 75%、理学療法士 12%、看護師 11%、臨床心理士 2%であった。
- 慢性痛診療における課題として、5 割を超えたものは「小人数しか診られない（一人当たりの診療に時間を要すため）」、「採算が取れない」、「院内における遺体センターの理解が不十分である」であった
- 痛みセンターへの紹介基準（referral criteria）として「適切だと思われる基準」と「実際」について尋ねたところ、乖離が大きかった項目が3項目あった。実際に紹介基準となっていない項目は「多職種での評価・治療が必要である」であり、適切と考える医療者は少ないものの実際の基準となっている項目が「患者の希望」、「診療に時間を要す」であった
- 診療やケアをフォローアップするために紹介可能な別の機関が「充分にある」という回答は2%であり、「あるが少ない」が約6割、「ほとんどない」が3割であった
- 院内及び院外からのコンサルテーションのニーズの度合として、「非常にニ

ズがある」という回答は、院内から約20%、院外から約40%であった

- 慢性痛患者への対応のトレーニングが十分ではないという問いに対し、「非常にそう思う」と回答が約1割、「そう思う」という回答が約5割であった（図87）。また、回答者全員が実践およびトレーニングや経験の範囲を超える慢性痛患者の診療を求められることがあると回答し、「非常によくある」「よくある」という回答は4割を超えた
- 慢性痛患者に対する診察へ実施されているアプローチについては、独立ユニット型のアプローチが約5割を占めた
- 週1回1時間半以上、もしくはそれに相当する形で多職種が連携しながら運営にあたっている痛みセンターが6割を超えた

【自由記載からの解析】

- 慢性痛医療の拠点として担っている機能として、「難治性の慢性疼痛症例の評価および診療」「多職種による集学的治療」「高度な外来機能」「地域中核病院や周辺クリニックとの連携」「現在ではできていない」に集約された。
- 慢性痛医療の拠点として今後求められる機能として、「上記役割の更なる充実」に加え、「教育機能」「医療者・患者への慢性痛に対しての正しい知識や治療啓発」「連携拠点」「正しい診断や有効な治療、ケアに関する研究」などが挙げられた。
- 慢性痛診療の教育拠点として現在担っている教育機能は、「地域の医療関係者への適切な慢性痛治療の啓発」「診療体制のモデル構築」「卒然教育」「市民公開講座の実施・住民啓発」等が挙げられた。
- 慢性痛診療の教育拠点として今後求められる教育機能は、「地域を包括する単位でのベースアップの研修会の開催」「慢性痛に精通したスタッフの指導・育成」「患者・住民への慢性痛に関する正しい知識の提供」「地域の診療連携モデ

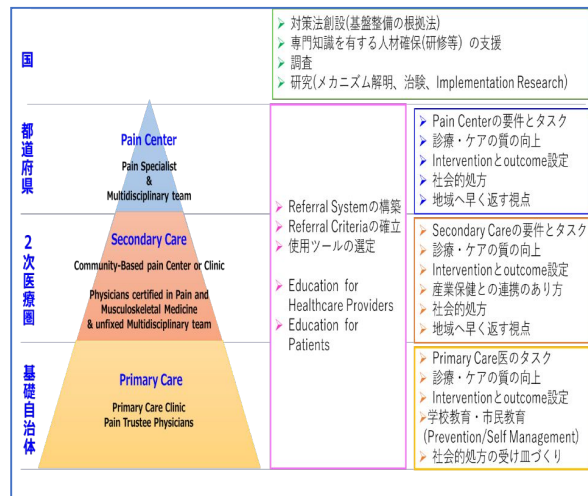
ルの確立と実証」「慢性痛診療のリーダー育成」「慢性痛診療に関する教育の拠点」「適切な慢性痛診療に関する情報発信とアップデート」「研究」が挙げられた。

- 慢性痛診療において臨床上困難な点として、「複合した要因を持っている患者が多く、多面的な介入が求められる」、「集学的アプローチをしても報酬と連動しない」、「精神的・心理的な要因が強い場合でも患者が納得せず、他科（特に精神神経科）との連携・紹介が難しい」、「診療や診断、治療に時間を要す」、「慢性痛診療・ケアに関わる人材の不足」、「痛みセンターに対する患者の過度な期待」が挙げた。
- 慢性痛医療の拠点として望ましい体制として、「疼痛に特化した診療科もしくはチームの設立」、「コンサルテーション・連携が可能な多職種診療・ケア体制の構築(標準・均てん化)」、「慢性痛患者への集学的アプローチに対する診療報酬化」、「医療者教育と報酬化の連動」、「痛みセンターでフォローすべき患者の基準設定、対象者は重点的な診療・ケアを提供する体制の構築」が挙げた。

D . 考察

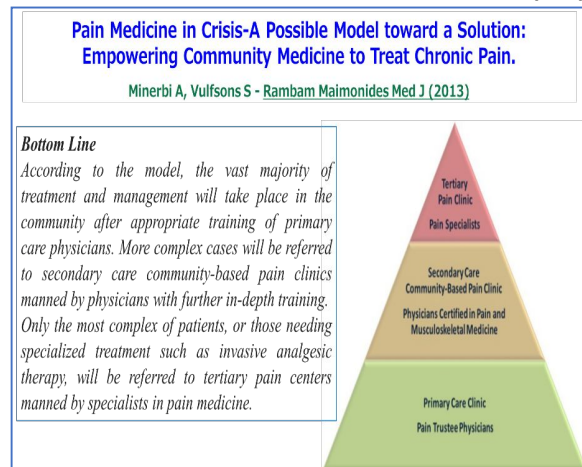
本調査により、診療所、400 床未満、400 床以上の医療機関における慢性痛患者の診療実態が明らかになった。また医師の教育ニーズ、コンサルテーションニーズなども抽出された。さらに、痛みセンターにおける診療実態および今後求められる役割・機能と現状のギャップなども把握できた。これらのデータは、今後の我が国の慢性痛診療の政策提言、教育、診療体制構築に資するデータであると確信する。

右上図は、Stratification of Chronic Pain Treatment in the Community のモデル (Minerbi A. et al. 2013) であるが、日本もこれに近い形のモデルを目指すと仮定すると、Primary-Secondary-Tertiary の各 tier 間のスムーズな referral system および referral



criteria、そして information sharing などが重要となる。

今回得られたデータをもとに、右下図(案)



のような痛みセンターの機能や各行政および各診療レベルの役割分担と協働のあり方を含めた、10年スパンのロードマップやBlueprint 原案についても提案していきたいと考えている。

E . 結論

慢性痛の診療に係る政策立案に資するデータが得られた。今後、データをもとに、痛みセンターの機能や各行政、各診療レベルにおける役割分担と協働のあり方について、政策提言をしていく。

最後に、本調査にご協力いただいた2800人を超える医師の皆さま、そして痛みセンターの多職種の皆さまに心より御礼申し上げます。

F．健康危険情報

総括研究報告書にまとめて記載。

G．研究発表

なし

H．知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1.特許取得

なし

2.実用新案登録

なし

3.その他

なし

慢性痛患者の診療に係る実態調査

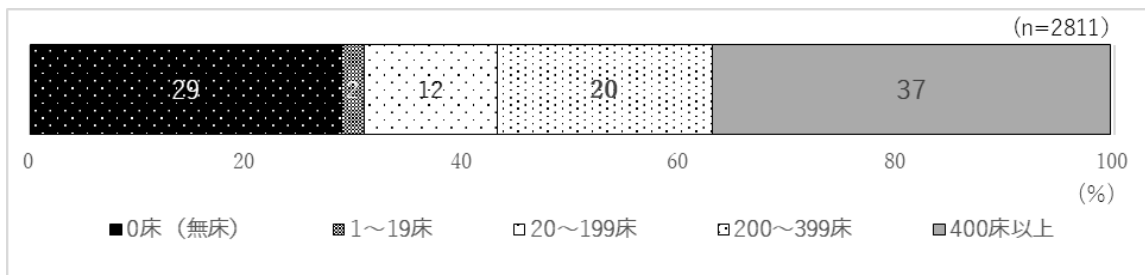
調査 1：結果の詳細

■ 回答者属性

2811 名の医師から回答を得た（有効回答率 47％）。

所属機関の規模

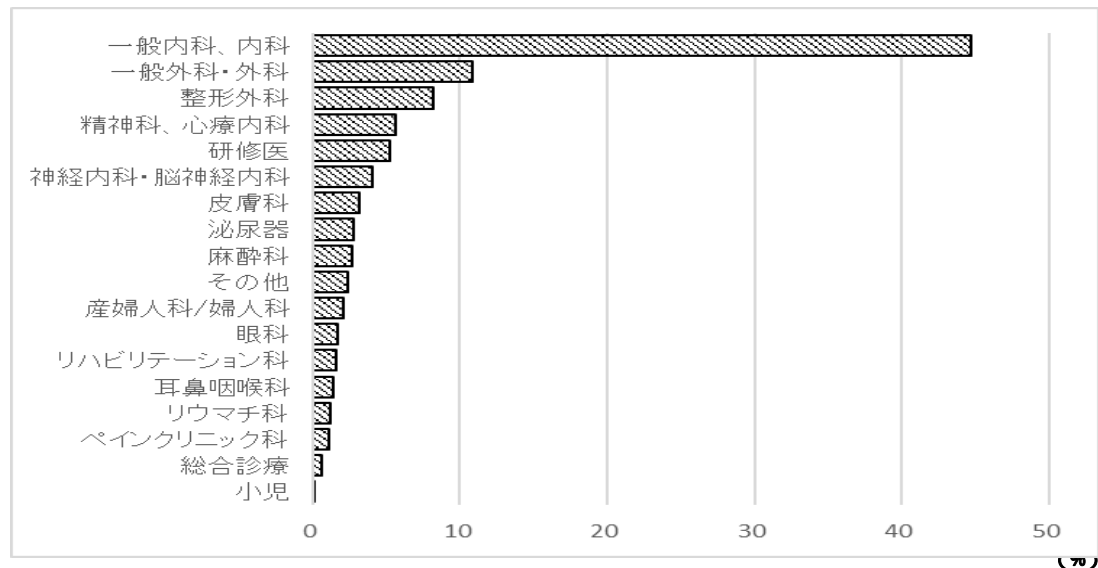
回答した医師の所属機関については、診療所 31％（無床：29％、有床 2％）、400 床未満の病院 32％、400 床以上の病院 37％であった（図 1）。



【図 1 所属機関の規模】

回答医師の専門領域

一般内科・内科（45％）、一般外科・外科（11％）、整形外科（8％）、神経内科・脳神経内科（8％）、精神科・心療内科（6％）であった（図 2）。診療期間規模別（診療所・400 床未満・400 床以上）でみても、回答医師の専門領域の分布は、ほぼ同様であった。

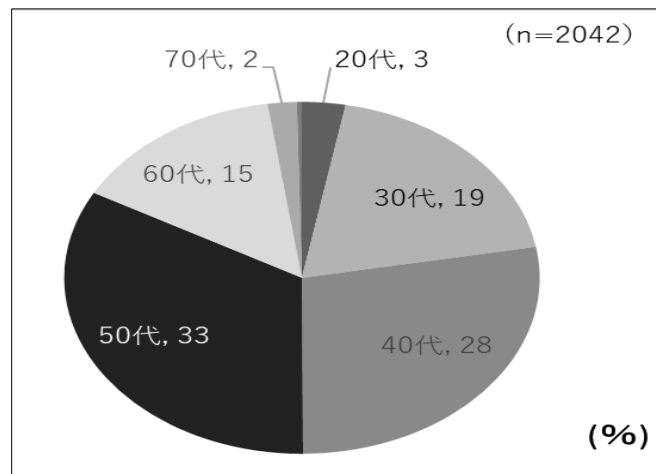


【図 2 医師の専門領域】

回答者の年齢

回答者の平均年齢は、50.4 歳であった。内訳は図 3 のとおりである。

医療機関の規模別にみると、診療所医師、400 床未満の病院医師、400 床以上の病院医師の平均年齢は、それぞれ 55.2 歳 (SD38.4)、50.1 歳 (SD21.9)、46.4 歳 (SD37.6) であった。

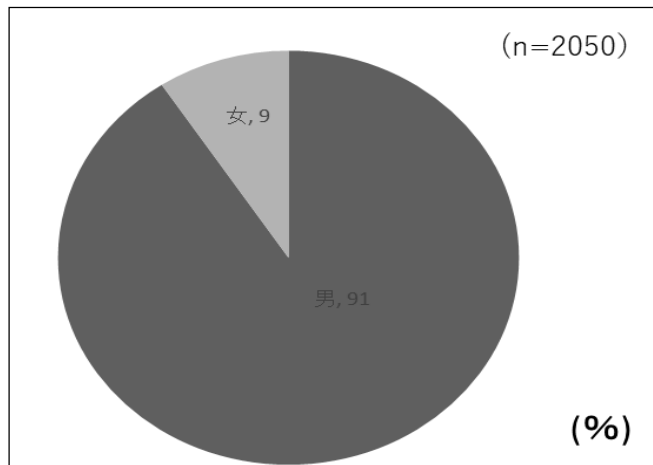


【図 3 回答者の年齢】

回答者の性別

回答者の 9 割が男性であった。(図 4)

医療機関の規模別でみると、診療所医師、400 床未満の病院医師、400 床以上の病院医師の割合は、それぞれ 88.4%、92.2%、91.5% であった。

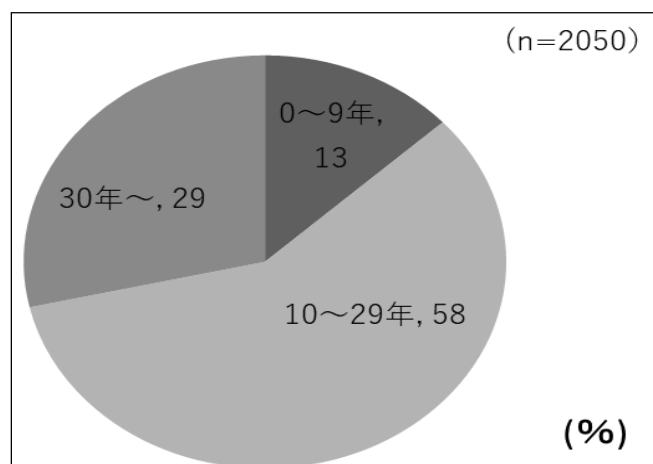


【図 4 性別】

回答者の臨床経験年数

回答者の平均臨床経験年数は、22.4 年 (SD13.3) であった。分布については、図 5 の通り、10 年未満が 13%、30 年未満が 58%、30 年以上が 29% であった (図 5)。

医療機関の規模別でみると、診療所医師、400 床未満の病院医師、400 床以上の病院医師の割合は、それぞれ 27.4 年 (SD14.8)、22.8 年 (SD12.7)、17.4 年 (SD10.9) であった。

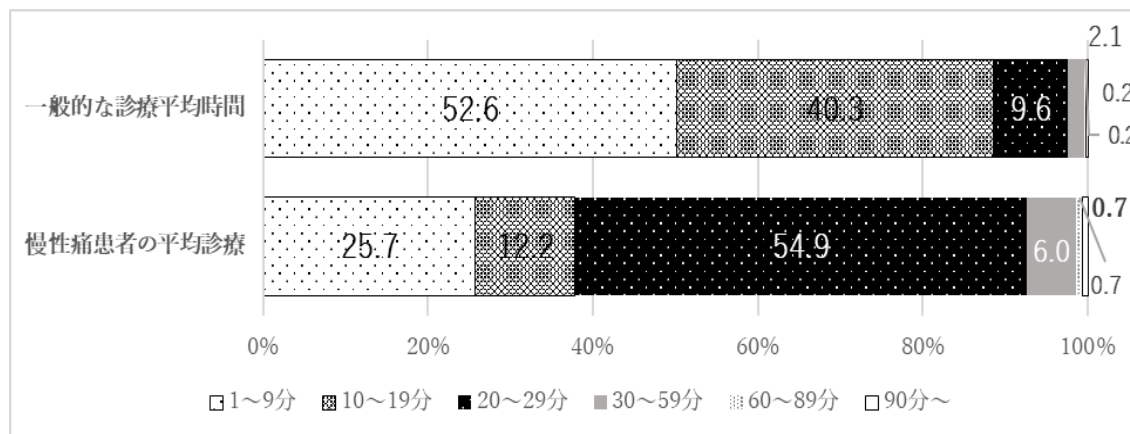


【図 5 臨床経験年数】

■ 平均診療時間

- 慢性痛患者の平均診療時間は、一般的な平均診療時間と比較し、有意に長い
回答者の一般的な診療時間および慢性痛患者の平均診療時間の分布は、下図の通りである。
(図6)

一般的な平均診療時間、慢性痛患者の平均診療時間は、それぞれ平均値 9.0 分 (SD:7.8)、17.9 分 (SD:14.2)、中央値 8.0 分 (Range:1~180)、20.0 分 (Range:1~200) であった。両者を比較すると、慢性痛患者の診療時間のほうが有意に長かった ($t=-29.85, df=2049, p=.000$)。



【図6 平均診療時間】

- どの医療機関形態においても、慢性痛患者の診療時間は長い
診療所、400 床未満、400 床以上のいずれの医療機関形態においても、慢性痛患者の診療時間のほうが有意に長かった (表1)

(n=2811)

	一般的な 平均診療時間	慢性患者の 平均診療時間	t 値	自由度	p 値
診療所	7.9 分 (SD:6.9)	16.3 分 (SD:17.9)	-12.9	652	.00
400 床未満	8.6 分 (SD:5.5)	17.3 分 (SD:11.7)	-22.7	678	.00
400 床以上	10.4 分 (SD:9.9)	19.8 分 (SD:12.7)	-18.9	717	.00

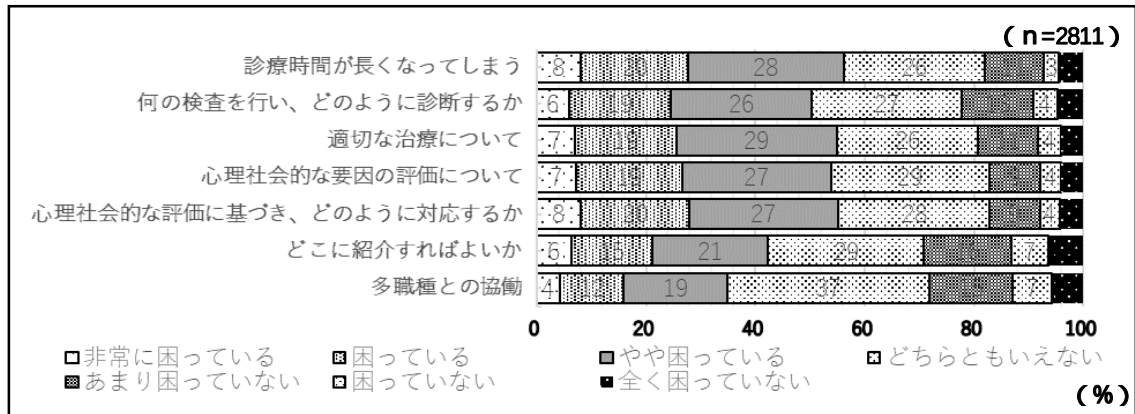
【表1 医療機関形態別の平均診療時間】

- 医療機関規模が大きくなるほど、平均診療時間が有意に長い
医療機関が大きくなるにつれ、慢性痛患者の平均診療時間は有意に長かった ($F=10.8, p=.00$)

■慢性痛患者の診療に当たっての困りごと

- 慢性痛の診察や診断、治療に関し、困っていると回答した医師は5割を超える

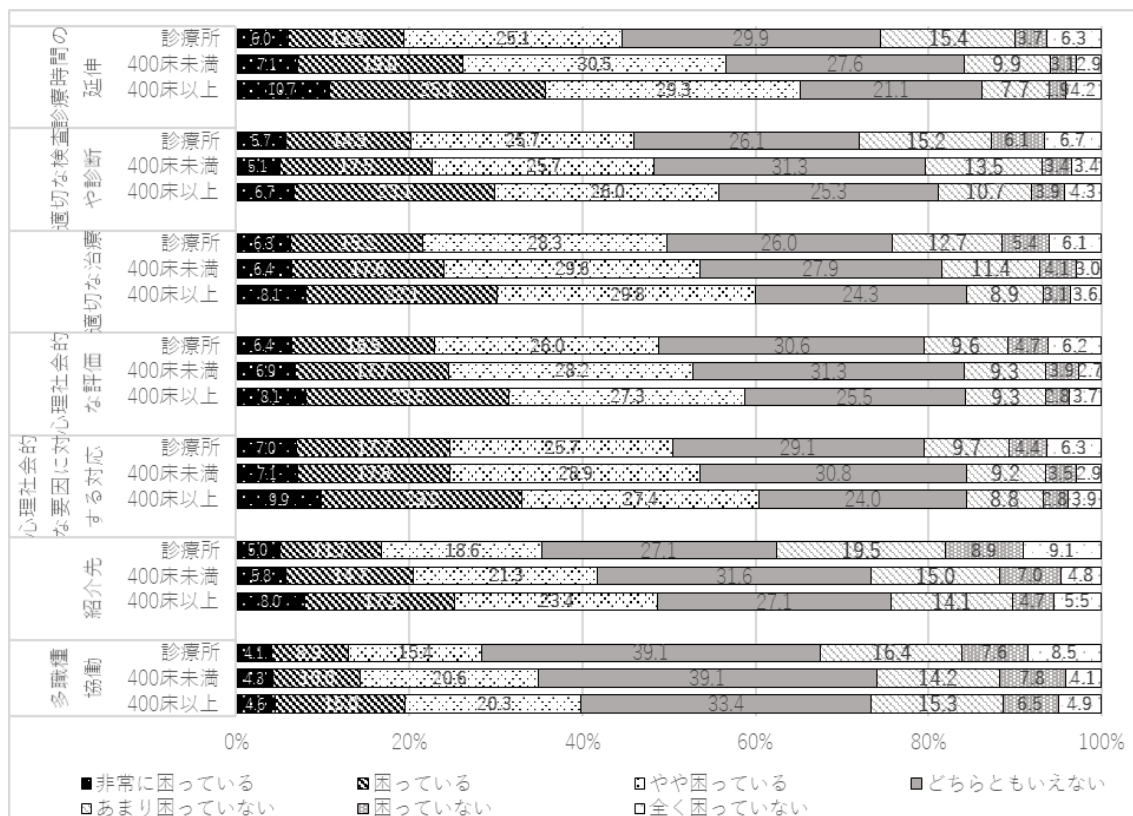
診療時間の延伸してしまうこと、検査・診断について、適切な治療の選択について、心理社会的な要因に関する評価及びその対応については、困っていると回答した割合（非常に困っている～やや困っている）は5割を超えた（図7）。



【図7 慢性痛診療における困り】

- 大規模医療機関の医師ほど、慢性痛患者の診療で困っている割合が高い

いずれの項目においても大規模医療機関の医師ほど、困っている割合が多い傾向が見られた（図8）。



【図8 慢性痛診療における困りごとに関する医療機関規模ごとの比較】

■ 慢性痛患者への対応に関するトレーニングについて

- 5割の医師が慢性痛患者への対応についてのトレーニングが十分でないと回答

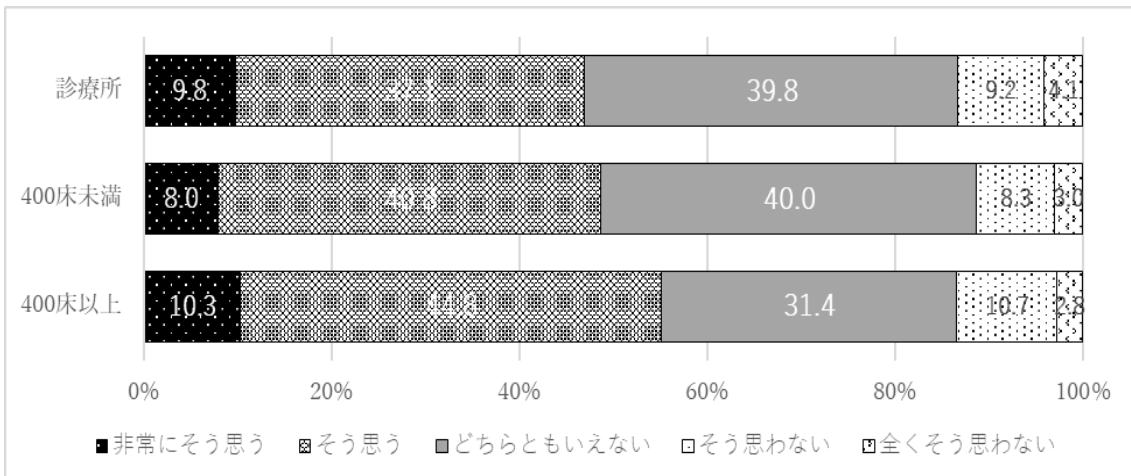
慢性痛患者への対応に関するトレーニングが不十分であるという問いに対し、「非常に思う」「思う」と回答した医師が50%、「そう思わない」「全くそう思わない」と回答した医師は10%であった（図9）



【図9 慢性痛患者への対応についてのトレーニング】

- トレーニングが不十分であると評価する割合は、医療機関の規模が大きくなるほど増える傾向がある

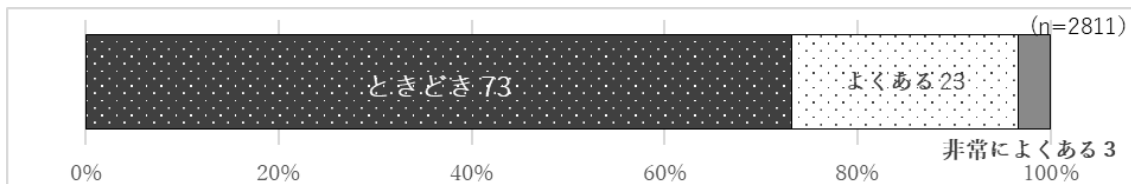
慢性痛患者への対応に関するトレーニングが不十分であるという問いに対し、「非常に思う」「思う」と回答した医師は、診療所では46%、400床未満では49%、400床以上の医療機関では55%であった（図10）



【図10 慢性痛患者への対応についてのトレーニングに関する医療機関規模ごとの比較】

- すべての医師がトレーニングや経験の範囲を超える慢性痛患者の治療を求められたと回答

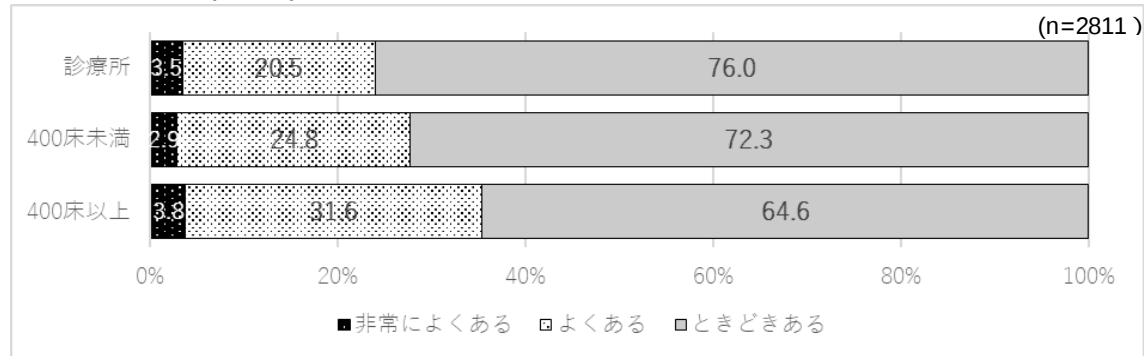
過去1年以内に、どの程度の頻度でトレーニングや経験の範囲を超える慢性痛患者の診療を求められたかを尋ねたところ、「ときどき」73%、「よくある」23%、「非常によくある」3%であった（図11）



【図11 トレーニングや経験の範囲を超える慢性痛患者の治療を求められる頻度】

- 大規模医療機関の医師ほど、トレーニングや経験の範囲を超える慢性痛患者の治療を求められる傾向がある

トレーニングや経験の範囲を超える慢性痛患者の診療を求められることが「非常によくある」「よくある」と回答した医師の割合は、診療所では24%、400床未満では28%、400床以上では35%であった（図12）。

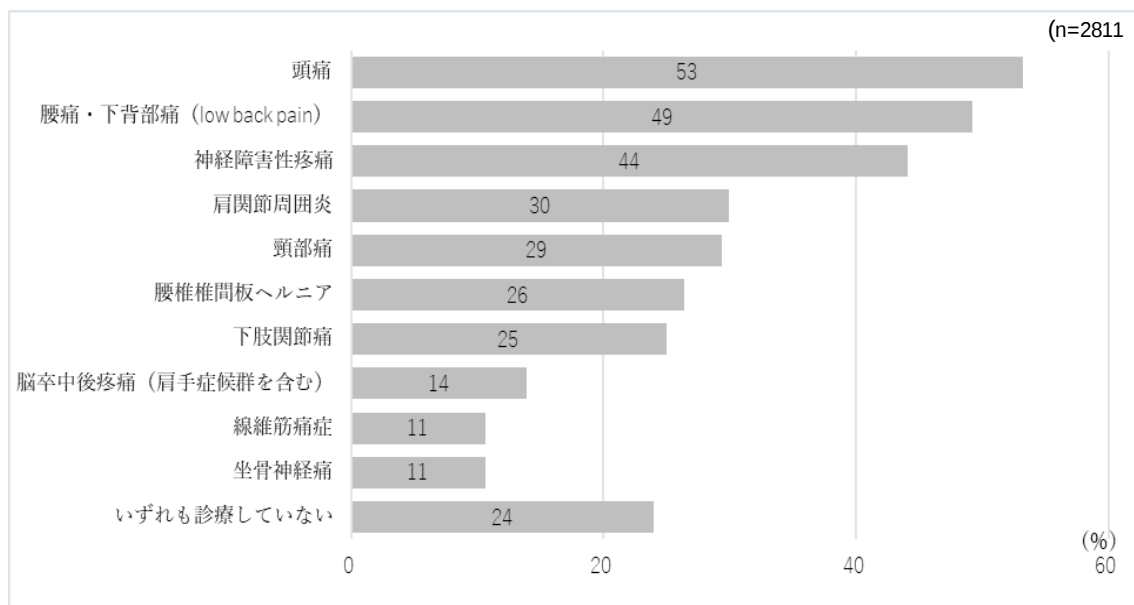


【図12 トレーニングや経験の範囲を超える慢性痛患者の治療を求められる頻度に関する医療機関規模ごとの比較】

■ 直近1ヶ月の診察

- 約8割の医師が、直近1ヶ月において、慢性痛患者の診察を行っている

直近1ヶ月において、約半数の医師が、頭痛、腰背部痛、神経障害性疼痛等の慢性痛患者を診察していた。慢性痛患者を診察していないという医師は、2割ほどであった（図13）。

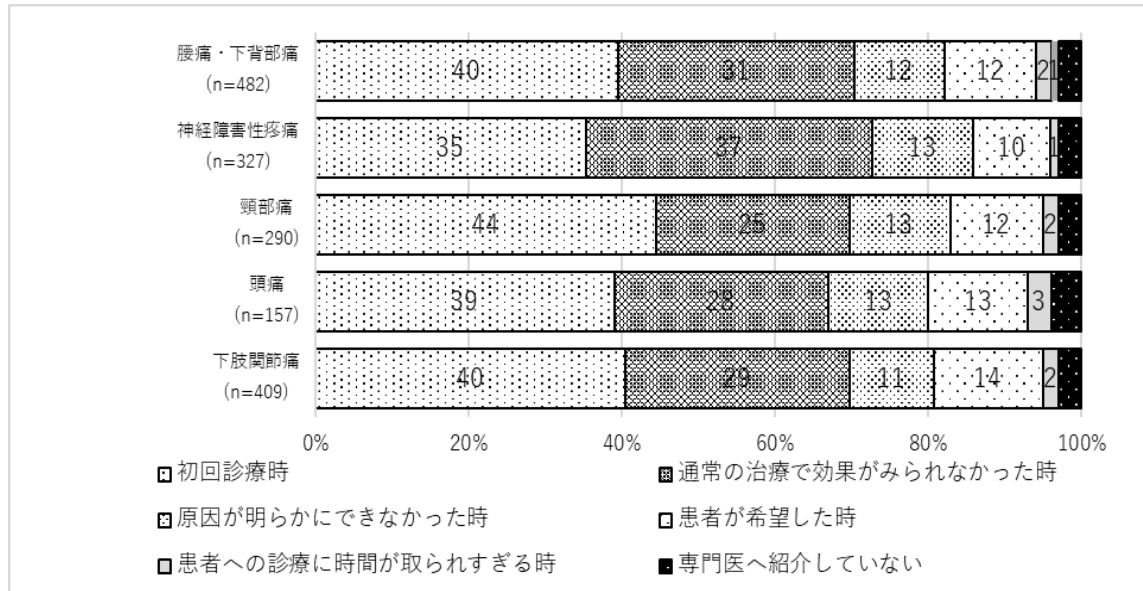


【図13 直近1ヶ月の慢性痛患者の診察】

■ 専門医への紹介のタイミング

- 慢性痛患者に関し、医師の約4割が初回診療時に、約3割が通常の治療で効果が見られなかった時点で専門医に紹介している

慢性痛に関し代表的な5つの状態の患者を自らが診療した場合、いつの時点で専門医に紹介するかを尋ねた回答は以下の通りであった（図14）。いずれの状態においても、紹介の時期に大きな差異はなかった。

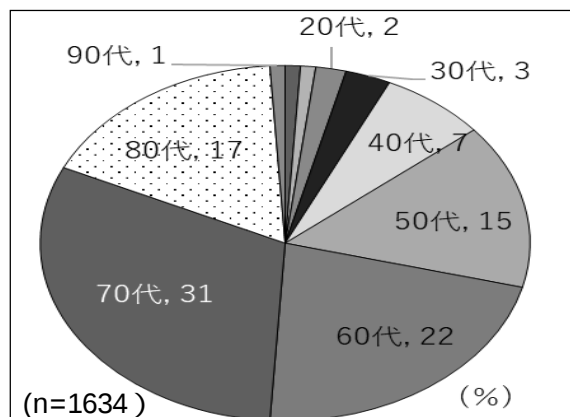


【図14 専門医への紹介のタイミング】

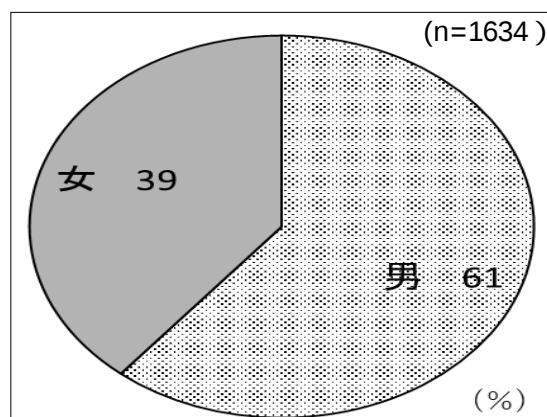
腰痛・下背部痛患者の診療について

■ 患者属性

- 平均年齢は64.5歳、男性が61%であった（図15、16）。医療機関規模による患者の平均年齢および性別の差はなかった。



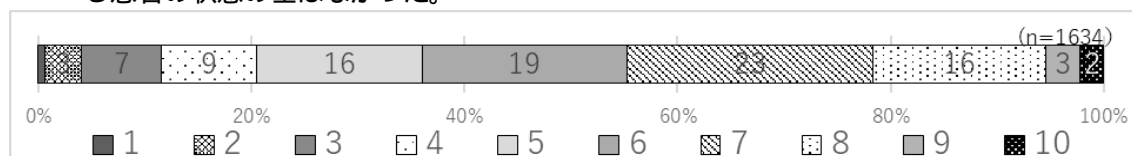
【図15 腰痛・下背部痛患者の平均年齢】



【図16 腰痛・下背部痛患者の性別】

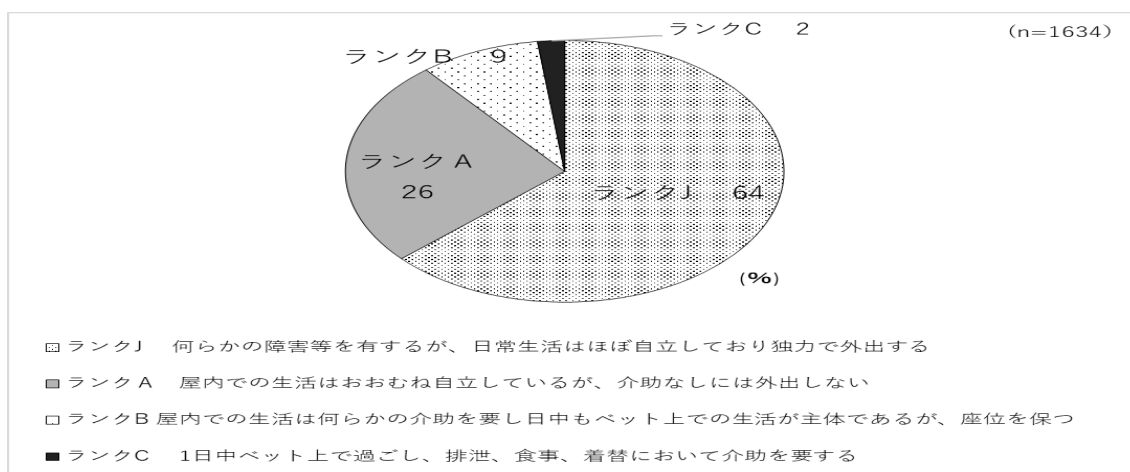
■ 初診時の状態

- 当該患者の痛みの強さは、NRS 1～3（軽度）は12%、NRS 4～6（中等度）は44%、NRS 7以上（重度）は54%であった（図17）。平均値は6.0（SD1.9）であり、医療機関規模による患者の状態の差はなかった。



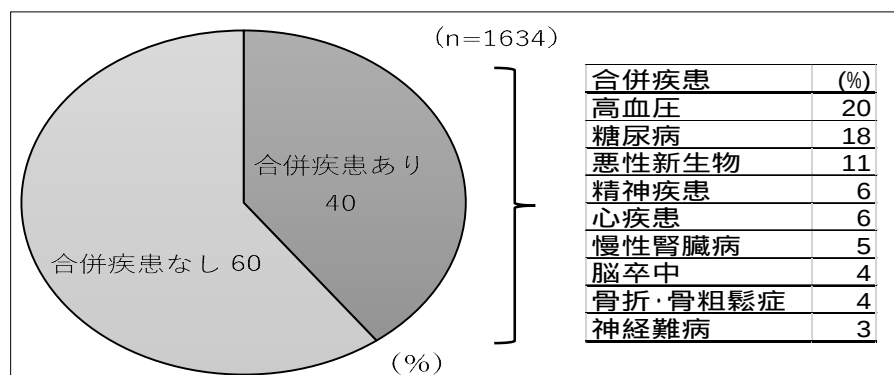
【図17 初診時の状態 患者の痛みの強さ】

- 初診時において、日常生活はほぼ自立しているランクJの患者が約64%、室内での日常生活は概ね自立しているランクAが26%であった（図18）。医療機関規模による患者の状態の差はなかった。



【図18 初診時の状態 生活自立度】

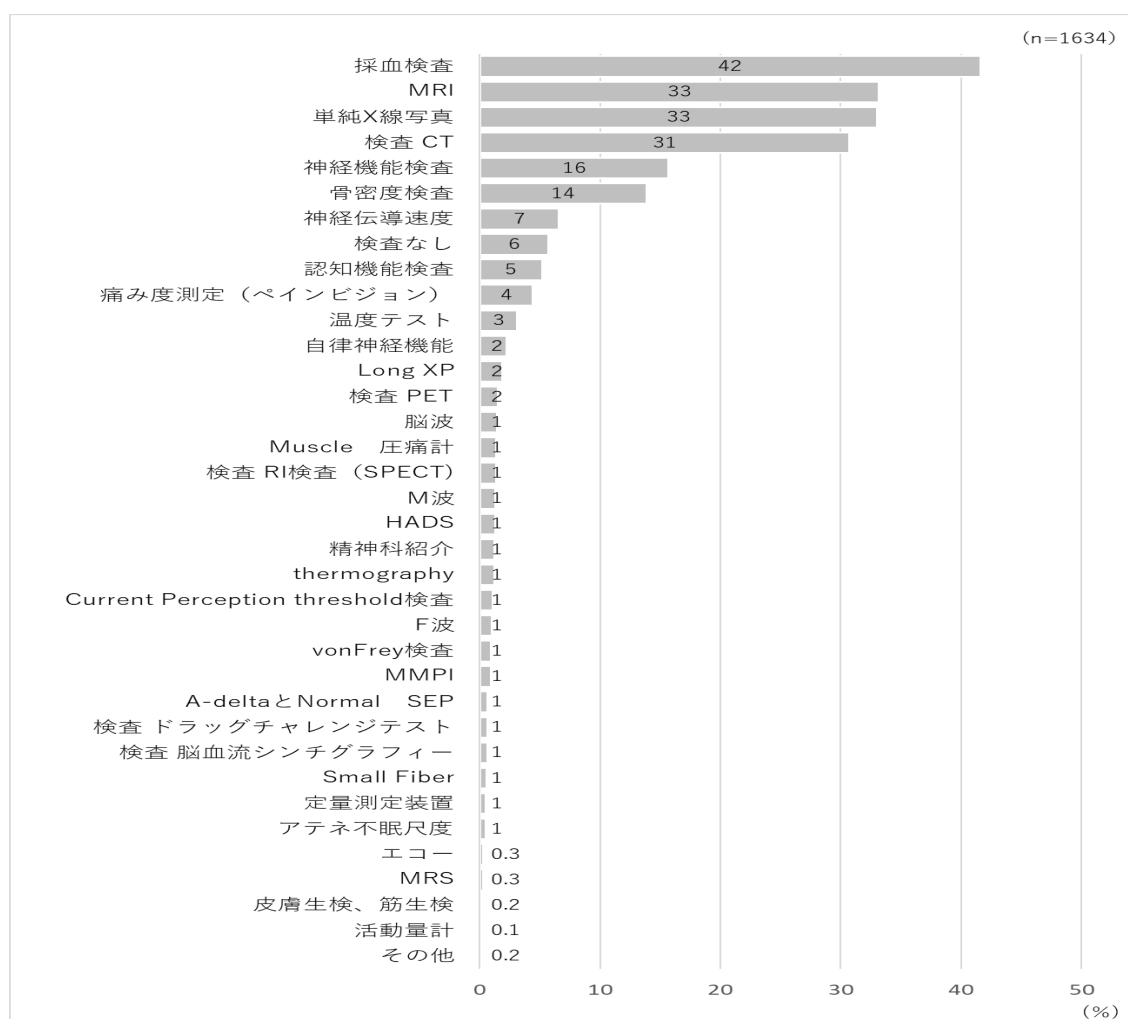
- 合併疾患がある患者は4割であり、多いものとして高血圧（20％）、糖尿病（18％）、悪性新生物（11％）であった（図19）。病院において、悪性新生物の患者の割合が高かった。



【図19 腰痛・下背部痛患者の合併疾患について】

■ 腰痛・下背部痛患者に対し実施した検査

- 当該患者への検査として、実施率3割を超えたのは、採血、MRI、単純X-p、CTであった（図20）。



【図20 腰痛・下背部痛患者に対する検査実施率】

- 当該患者への検査実施率を医療機関規模により比較したところ、診療所では、MRI および CT 等の検査実施率が低く、温度テスト、骨密度等の実施率は高かった（表 2）

	採血検査	MRI	単純X線写真	CT	神経機能検査	骨密度検査	神経伝導速度	検査なし	認知機能検査
診療所	43.4	18	33	15.6	14.3	16.6	3.2	5.6	4.1
400床未満	40.3	41	34	39.2	18.1	14	7.5	5.7	6.4
400床以上	41.2	40	32	39.1	14.7	11.2	9.1	5.8	5

	痛み度測定 (ペインビジョン)	温度テスト	自律神経機能	Long XP	PET	脳波	Muscle 圧痛計	RI検査 (SPECT)	M波
診療所	5.6	24	2	0.4	0	0.2	0.7	0	0.2
400床未満	3.6	3	1.6	0.7	1.3	2	1.3	1.6	1.1
400床以上	4.1	3.9	3.2	0.6	3.4	2.2	2.2	2.6	2.8

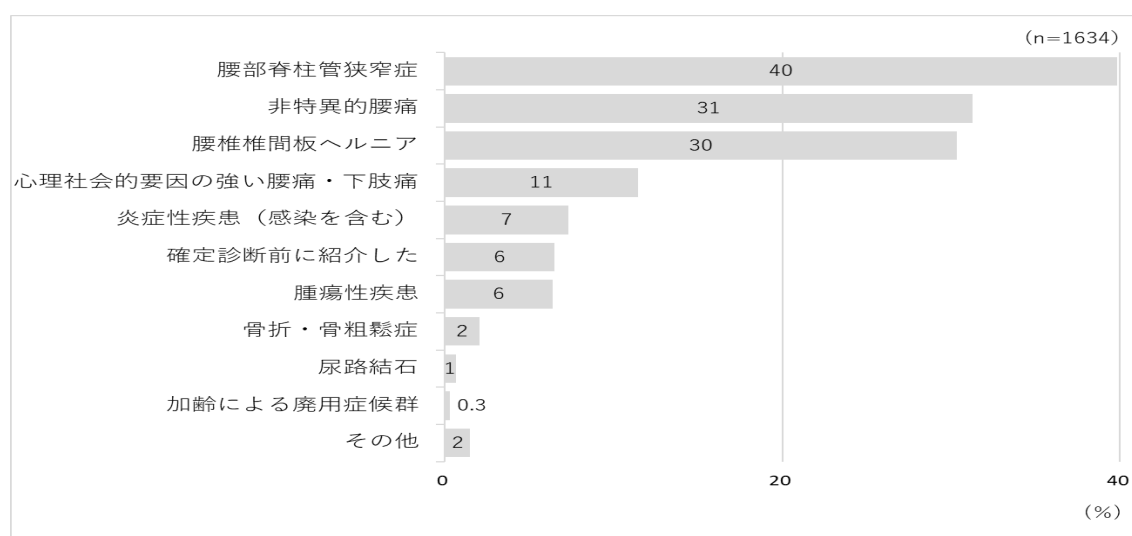
	HADS	精神科紹介	thermography	Current Perception threshold検査	F波	vonFrey検査	MMPI	A-deltaと Normal SEP	ドラッグ チャレンジテスト
診療所	0.6	0.6	0.7	0.7	0	0.4	0.6	0	0.9
400床未満	1.4	1.4	0.9	0.7	0.9	0.9	0.9	0.7	0.5
400床以上	2.1	1.9	2.1	1.9	2.2	1.7	1.5	1.3	0.6

	脳血流 シンチグラフィ	Small Fiber	アテネ不眠尺度	エコー	MRS	皮膚生検 筋生検
診療所	0	0.2	0	0.4	0	0
400床未満	1.1	0.7	0.5	0.5	0.4	0.2
400床以上	0.9	0.9	1.1	0	0.6	0.4

【表 2 医療機関規模による検査実施率の比較】

■ 腰痛・下背部痛の原因（診断）

- 当該患者の「腰痛・下背部痛」の原因（診断）として、腰部脊柱管狭窄症、非特異的腰痛、腰椎椎間板ヘルニアが3割を超えた。（図 21）



【図 21 腰痛・下背部痛の原因（診断）】

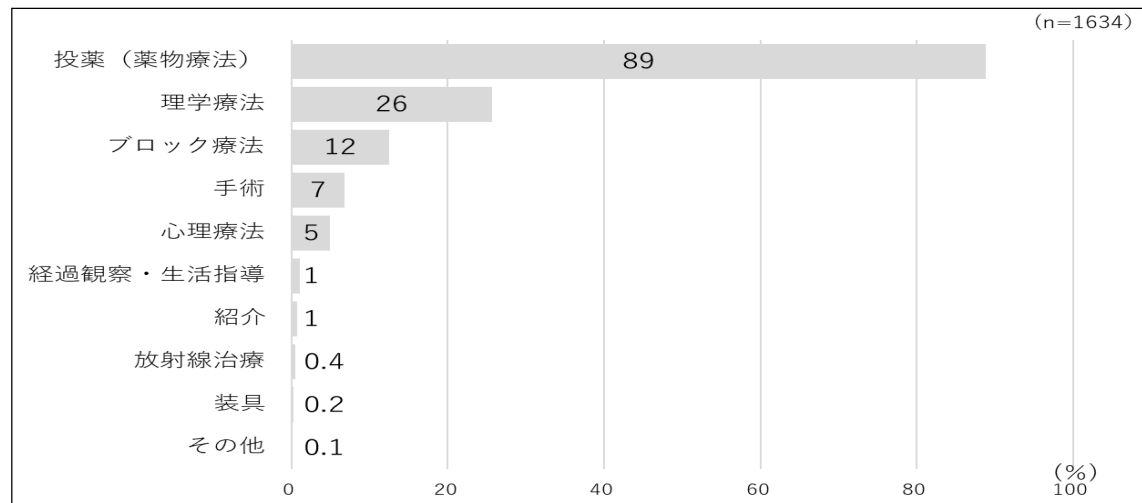
- 当該患者への腰痛・下背部痛の原因（診断）を医療機関規模により比較したところ、腫瘍性疾患に関しては、大規模医療機関が多かった（表3）。

	腰部脊柱管狭窄症	非特異的腰痛	腰椎椎間板ヘルニア	心理社会的要因の強い腰痛・下肢痛	炎症性疾患（感染を含む）	確定診断前に紹介した	腫瘍性疾患	骨折 骨粗鬆症	尿路結石	加齢による 廃用症候群	その他
診療所	40.1	32.8	27.8	10.4	5.8	7.2	1.7	2.4	0.6	0.6	1.9
400床未満	43.6	30.1	35.1	11.6	8.6	5.0	7.2	2.3	0.7	0.2	1.3
400床以上	35.6	31.0	28.0	12.3	7.6	7.3	10.4	1.5	0.7	1.5	1.5

【表3 医療機関規模による「腰痛・下背部痛」の原因（診断）の比較】

■ 腰痛・下背部痛患者に対し実施した治療内容（複数回答）

- 当該患者に実施した治療で最も多かったのは薬物療法であり、次いで、理学療法、ブロック療法であった（図22）。



【図22 腰痛・下背部痛患者への治療内容】

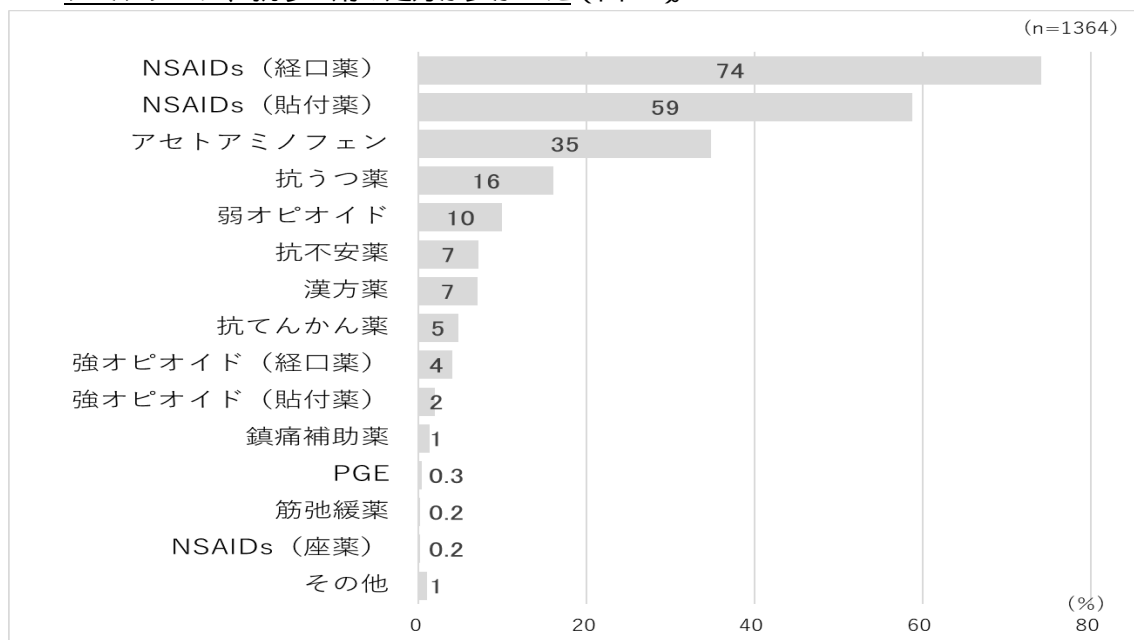
- 当該患者への治療内容を医療機関規模により比較したところ、診療所では手術が少なく、薬物療法、理学療法、ブロック療法が多い傾向がみられた（表4）。

	投薬 (薬物療法)	理学療法	ブロック療法	手術	心理療法	経過観察 生活指導	紹介	放射線治療	装具
診療所	90.5	25.8	14.8	3.2	4.8	0.9	0.6	0	0.4
400床未満	88.4	29.5	10.9	8.6	4.1	1.4	0.9	0.5	0.4
400床以上	87.7	21.5	11.6	8.6	6	0.7	0.7	0.7	0

【表4 医療機関規模による腰痛・下背部痛患者への治療内容の比較】

■ 腰痛・下背部痛患者への処方薬剤

- 当該患者に処方した薬剤として、NSAIDsの経口薬・貼付薬が多かった。次いで、アセトアミノフェン、抗うつ剤の処方が多かった（図23）。



【図23 腰痛・下背部痛患者への処方薬剤】

- 当該患者への処方内容を医療機関規模により比較したところ、特に大きな差異はなかった（表5）。

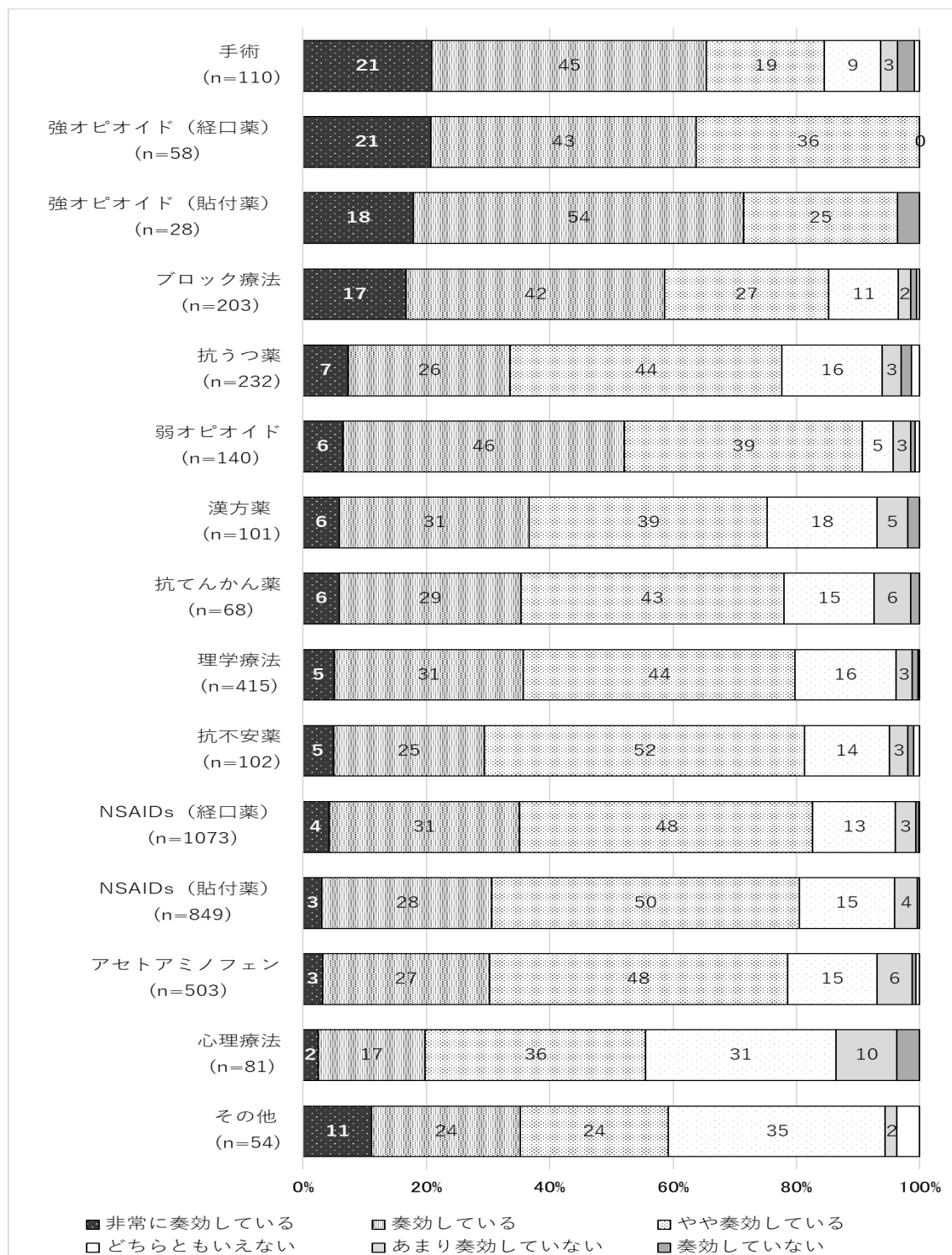
	NSAIDs （経口薬）	NSAIDs （貼付薬）	アセト アミノフェン	抗うつ薬	弱オピオイド	抗不安薬	漢方薬
診療所	73.3	60.6	35.3	16.1	10.4	7.5	8.4
400床未満	74.6	57.7	32.7	15.4	9.1	5.4	6
400床以上	74.5	58.6	36.4	16.7	10.3	8.4	6.7

	抗てんかん薬	強オピオイド （経口薬）	強オピオイド （貼付薬）	鎮痛補助薬	PGE	筋弛緩薬	NSAIDs （座薬）
診療所	6.6	4.3	2.9	0.7	0.5	0	0
400床未満	2.9	3.8	1.5	1.9	0.6	0.3	0.2
400床以上	4.8	4	1.5	1.3	0	0.4	0.4

【表5 医療機関規模による処方薬剤の比較】

■ 治療が奏効しているか

- 非常に奏効している」「奏効している」という回答が5割を超した治療は5種のみ、且つ、いずれも対象患者の少ない治療であった。治療選択で最も多い「NSAIDs処方」「アセトアミノフェン処方」に関する同上の回答は3割程度であった（図24）。



【図24 腰痛・下背部痛患者への治療が奏効しているか】

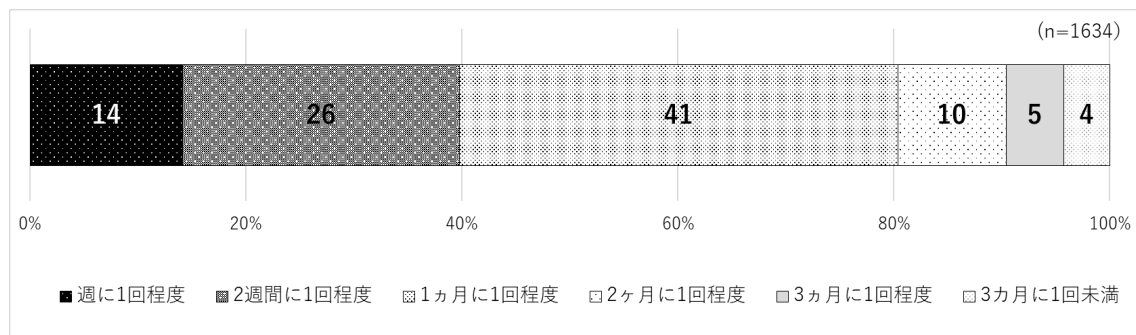
- 当該患者への治療が奏効しているかどうかを医療機関規模により比較したところ、統計的に有意な分布の差があったのは「手術」であったが、NSAIDs やアセトアミノフェンでも分布に差がある傾向が見られた（表6）

	手術			NSAIDs（経口薬）		
	診療所	400床未満	400床以上	診療所	400床未満	400床以上
非常に奏効している	17.6	27.1	15.6	3.1	4.8	4.7
奏効している	52.9	52.1	33.3	34.7	28.8	29.3
やや奏効している	17.6	12.5	26.7	43.8	49.5	49.3
	NSAIDs（貼付薬）			アセトアミノフェン		
	診療所	400床未満	400床以上	診療所	400床未満	400床以上
非常に奏効している	3.8	4.0	1.1	3.9	2.8	2.9
奏効している	29.4	23.8	29.3	28.9	31.7	20.5
やや奏効している	47.3	53.1	49.4	46.1	46.7	52.0
	抗うつ薬			抗不安薬		
	診療所	400床未満	400床以上	診療所	400床未満	400床以上
非常に奏効している	9.6	8.0	4.2	2.9	2.9	9.1
奏効している	24.7	34.1	18.3	17.6	31.4	24.2
やや奏効している	42.5	38.6	52.1	61.8	48.6	45.5
	抗てんかん薬			弱オピオイド		
	診療所	400床未満	400床以上	診療所	400床未満	400床以上
非常に奏効している	7.1	10.0	0.0	5.7	6.0	7.3
奏効している	21.4	33.3	29.2	42.9	54.0	40.0
やや奏効している	57.1	40.0	37.5	45.7	34.0	38.2
	強オピオイド（経口薬）			強オピオイド（貼付薬）		
	診療所	400床未満	400床以上	診療所	400床未満	400床以上
非常に奏効している	8.3	31.8	16.7	33.3	9.1	21.4
奏効している	33.3	40.9	50.0	66.7	63.6	57.1
やや奏効している	58.3	27.3	33.3	0.0	27.3	14.3
	漢方薬			ブロック療法		
	診療所	400床未満	400床以上	診療所	400床未満	400床以上
非常に奏効している	4.5	0.0	14.8	21.3	16.4	11.3
奏効している	29.5	30.0	33.3	36.3	47.5	43.5
やや奏効している	29.5	56.7	33.3	25.0	27.9	27.4
	理学療法			心理療法		
	診療所	400床未満	400床以上	診療所	400床未満	400床以上
非常に奏効している	6.6	3.7	5.2	0.0	4.3	3.1
奏効している	28.7	36.0	25.2	15.4	13.0	21.9
やや奏効している	44.1	43.3	45.2	38.5	52.2	21.9

【表6 医療機関規模による治療が奏効しているかの比較】

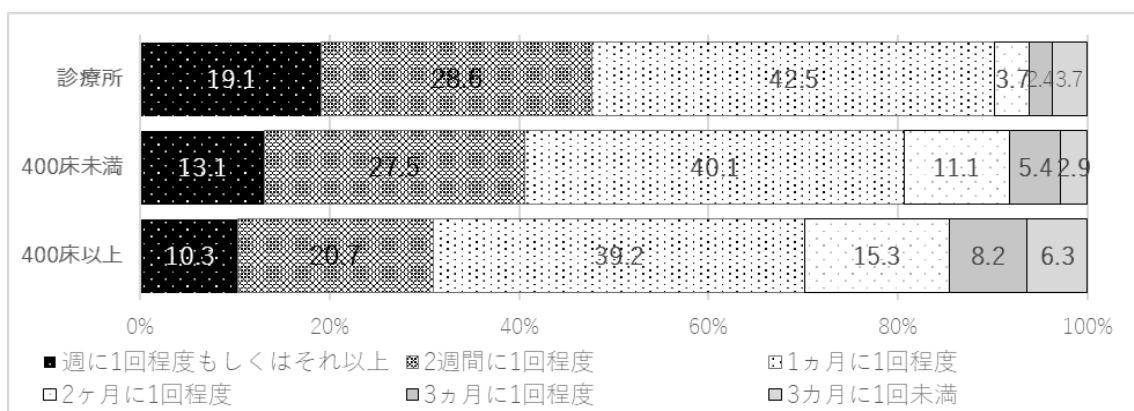
■ 診療頻度

- 当該患者の診療頻度に関しては、1 か月に 1 回程度が約 4 割であり、8 割以上の患者が 1 か月に 1 回以上の診察を受けていた（図 25）



【図 25 腰痛・下背部痛患者の診療頻度】

- 当該患者の診療頻度に関して医療機関規模により比較したところ（図 26） 診療所の診療頻度が有意に高かった。



【図 26 医療機関規模による腰痛・下背部痛患者の診療頻度】

■ 腰痛・下背部痛患者の診療にあたり困っていること

- 当該患者の診療にあたり困っていることとして、1)治療(218)（治療選択の難しさ(128) 薬物療法上の困難(76) 保険適応ではない治療(14)）2)診断(55) 3)目標設定(46) 4)評価(33) 5)検査(29) 6)患者対応(207)（コミュニケーション(106) 患者のコンプライアンス・アドヒアランス(101)） 7)生活への介入(56) 8)地域連携(31) が挙げられた。

（ ）内の数字は回答の数

675 人の医師の回答を Contents Analysis の手法を用いて分類

以下に主な回答を挙げる

治療（218）

<治療選択の難しさ>（128）

- 長期にわたる痛みに対し著効する治療が見つからない、治療選択の幅がなく困っている
- 一度軽快しても繰り返す。このような痛みに対する対応方法が分からない
- しびれが残存している患者の対応について困っている

- 薬剤処方だけでは除痛できない場合の対処法に困る
- Camptocormia 様の異常姿勢で腰背部痛を呈したパーキンソン病患者への対応に困った
- 高齢者になると特に合併疾患があり、治療の選択の幅が狭くなる傾向がある
- 原因がはっきりしないことが多いため対症療法になってしまう
- 手は尽くしたが、ほとんど治療効果がないため、気休めの言葉しかかけられない
- ブロックの効果持続が短い時の次なる手段について困っている
- 認知行動療法を行いたい、学生のため通院が難しい

<薬物療法上の困難> (76)

- 腎機能の低下がある患者、胃腸が弱い患者への薬剤選択が難しい
- オピオイドの調節方法がよく分からない
- リリカの副作用である眠気のコントロールが難しい
- ヘルニアの診断後、保存治療を希望され、薬剤での疼痛コントロールに苦慮している

<保険適応でない治療> (14)

- 集学的診療が保険適応ではない
- ブロックが保険上週1回しか施術できない

診断 (55)

- 神経症的な訴えと腫瘍性の痛みの判別が困難であった
- がん性疼痛と慢性疼痛との鑑別に困った
- PDA との鑑別に困った
- 精神科疾患との鑑別に困った
- はっきりとした画像病変が detect されなかった場合の診断に困る
- 下肢痛、歩行可能、しかし血液生化学検査にて筋肉の逸脱酵素が高い患者、診断が困難
- 不定愁訴との違いがかなりわかりにくいいため診断自体が難しい

目標設定 (46)

- リハビリ継続中だが、今後の通院でどこまで軽快するか分からず、目標設定が難しい
- 暮らしの ADL の改善、悪化の防止が目標となると考えるが、患者本人は納得しない
- 完治が難しいことを以下に受容してもらい、前向きな目標を設定できるか
- 画像と症状が一致しない場合の目標設定に困る

評価 (33)

- 投薬の有効性をどのように評価したらよいか分からない
- 痛みの客観的評価が困難で、いつも困っている
- 在宅患者・独居で評価のために外来受診を勧めるが受け入れてもらえない
- 包括的な評価ができず、対象方法しか術がなく、延々と効かない内服薬を処方している
- 自覚症状に変動があり、重症度の判定に苦慮した
- 心理的要因で痛みが増強し、治療効果判定が難しい
- 認知症の方の疼痛の性状などの評価がしにくい

検査 (29)

- 認知症者の場合、検査の実施が難しい場合がある
- 検査機器が自施設では十分でない
- この地では、徒手検査しかできないので、重症だと困る
- 画像所見と理学所見の不一致の場合、神経電動速度検査などができず困る
- 自覚症状が強く、時間外にくるので検査がしにくい

患者対応 (207)

<コミュニケーション> (106)

- 患者の意見やエピソードをじっくり聞く時間がない、診療時間が延伸してしまう
- 患者とのコミュニケーションは、大変難しい
- 痛みが続き、抑うつ状態になっている患者への対応に困る
- 薬物療法が奏効せず、患者に不信感を持たれてしまった場合の対応について困っている
- 改善が乏しく焦りが見える患者への対応に困る
- 高齢のため、説明しても忘れてしまい、毎回毎回、同じように病状や生活上の留意点を説明しなければならない

<患者のコンプライアンス・アドヒアランス> (101)

- こちらの指示通りに服薬してもらえない、あるいは通院してもらえない場合も多く、対応に困っている
- リハビリの回数・時間をもっと増やしてほしいとの要望に応えられない
- ロキソニンが好きな患者への対応に困る
- 湿布を沢山欲しいといわれる
- ドクターショッピングしている患者への対応に困る
- 頻回のトリガーポイント注射の希望があり、依存症の不安があった
- 加齢に伴うものは改善に限度があるが分かってもらえない
- 患者のコンプライアンスが悪い
- こちらは癌性疼痛じゃないと診断しているが、患者はすべて癌に結び付けて考えてしまい適切な治療ができなかった
- 交通事故被害者の場合は、特に症状が取れ辛いことが多い
- 思い込みが強く、メディアによる先入観が大きいので、いきなり高額な検査を要求され、必要性などを説明しても耳を貸さない
- 患者の治療へのこだわりが強く困った
- 手術療法が必要と考えられるので説得を続けているが受け入れてもらえない
- 整形外科紹介を薦めても断られてしまい、このような場合の対応について困る

生活への介入 (56)

- 運動療法・食事療法を含め、生活場面での改善に至らないことが多い
- 自宅での生活環境調整が行き届かない
- 自助努力に関し、フォローするタイミングが難しい
- 安静が困難であるという患者への対応に困っている
- 遠方により受診に限られる中で改善を図らなければならない
- 家族が多忙のため、通院の継続が困難、家族による介護サポートを得られないことも多い
- 独居者の慢性痛による搬送も増えているが、結局自力では家に帰れず入院になってしまう

地域連携 (31)

- 整形外科との連携がうまく行かない
- 近隣の病院に検査依頼しても時間を要す
- 整形外科医が不在で、一般外科医が運動器疾患の診療に携わっており、専門医が是非必要な状況だが改善しない。どこに紹介したらいいのかわからない。
- 自分は専門医でないため、整形外科医に紹介したいが、統合失調症もあり他院への紹介のハードルが高かった

■ 腰痛・下背部痛患者の診療にあたり慢性痛の専門家に相談したいこと

- 当該患者の診療にあたり慢性痛の専門家に相談したいこととして、1) ペインコントロールの方法、除痛方法 (88) 2) 紹介に関する時期・タイミング・専門領域 (36) 3) 診断・検査 (22) 4) 治療方針・治療の妥当性 (55) 5) 薬物療法 (31) 6) 患者指導・対応 (43) が挙げた。

() 内の数字は回答の数

275 人の医師の回答を Contents Analysis の手法を用いて分類

以下に主な回答を挙げる

ペインコントロールの方法、除痛方法 (88)

- ペインコントロールの方法
- 何をしても除痛できない場合の次なる策
- 紹介に関する時期・タイミング・専門領域 (36)
- どの時点で紹介したらいいか
- コンサルテーションのタイミングが知りたい
- 様々な要因が考えられる場合、どの専門領域に相談したらよいか

診断・検査 (22)

- 原因がよく分からないときの診断について
- 確定診断の方法
- どのような検査をすればいいのか
- 治療方針・治療の妥当性 (55)
- 症状が改善しない時にどうしたらいいか
- 従来の治療が無効になった時の対応
- 神経ブロックの適応・頻度
- 理学療法の適応や頻度
- 手術適応かどうか
- 投薬では聞かない場合の治療の選択肢
- しびれへの対応
- 認知行動療法的アプローチ
- 複合的な要素から成る痛みを抱える患者への対応

薬物療法 (31)

- どのような時にどの薬剤を処方すればいいかを系統的に教えて欲しい
- 処方の工夫
- 薬剤の選択、効果がなかった場合の第2選択薬
- 内服や湿布、注射の乱用にどう対応したらよいか

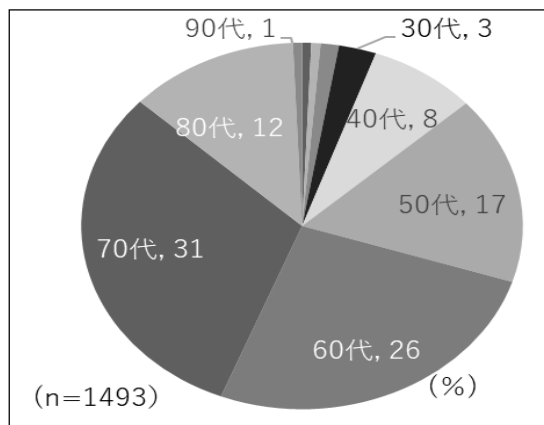
患者指導・対応 (43)

- 悪化、再発予防に関する指導方法
- 生活指導をどこまでやるか、有効な指導方法
- こだわりの強い患者への対応方法
- どのように患者と向き合っていくかのスタンス
- しびれとの付き合い方
- 運動療法が続かない患者への指導

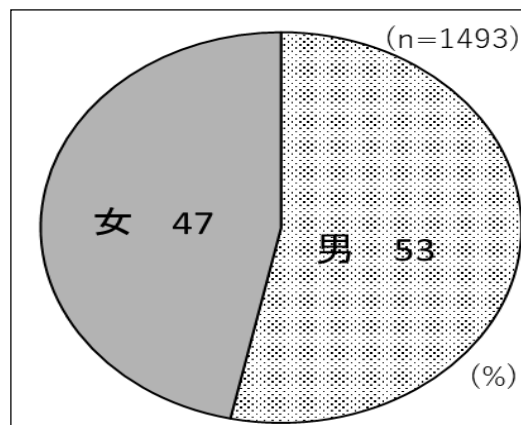
神経障害性疼痛患者の診療について

■ 患者属性

- 平均年齢は63.6歳、男性が53%であった（図27、28）。医療機関規模による患者の平均年齢および性別の差はなかった。



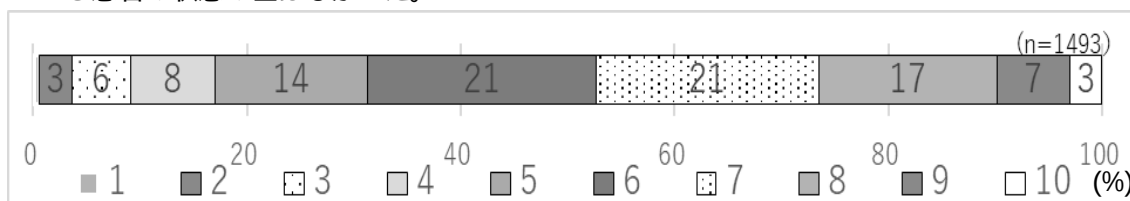
【図27 神経障害性疼痛患者の平均年齢】



【図28 神経障害性疼痛患者の性別】

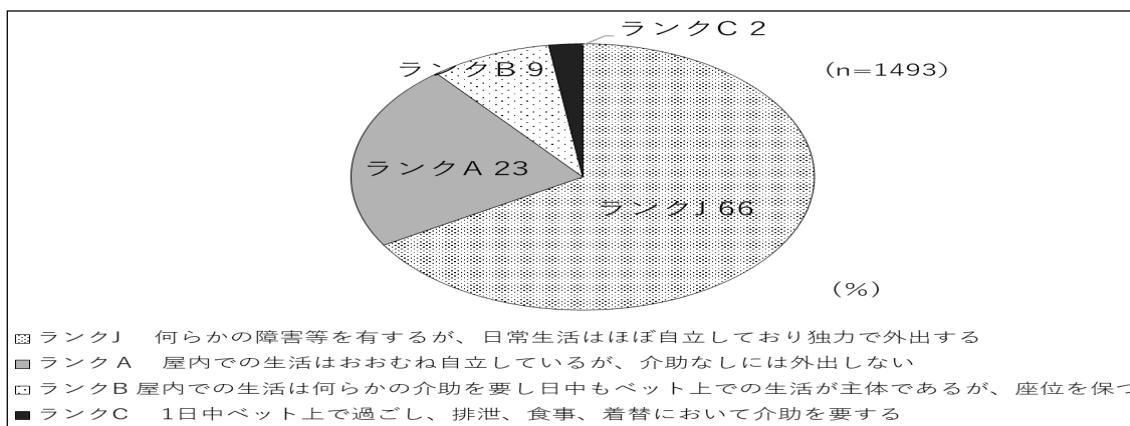
■ 初診時の状態

- 当該患者の痛みの強さは、NRS 1～3（軽度）は9%、NRS 4～6（中等度）は43%、NRS 7以上（重度）は48%であった（図29）。平均値は6.2（SD1.8）であり、医療機関規模による患者の状態の差はなかった。



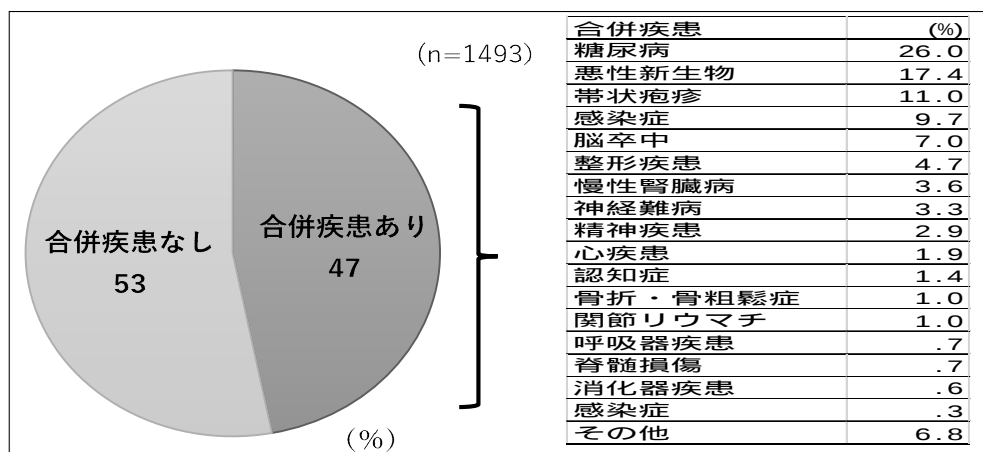
【図29 初診時の状態 患者の痛みの強さ】

- 初診時において、日常生活はほぼ自立しているランクJの患者が約66%、室内での日常生活は概ね自立しているランクAが23%であった（図30）。医療機関規模による患者の状態の差はなかった。



【図30 初診時の状態 生活自立度】

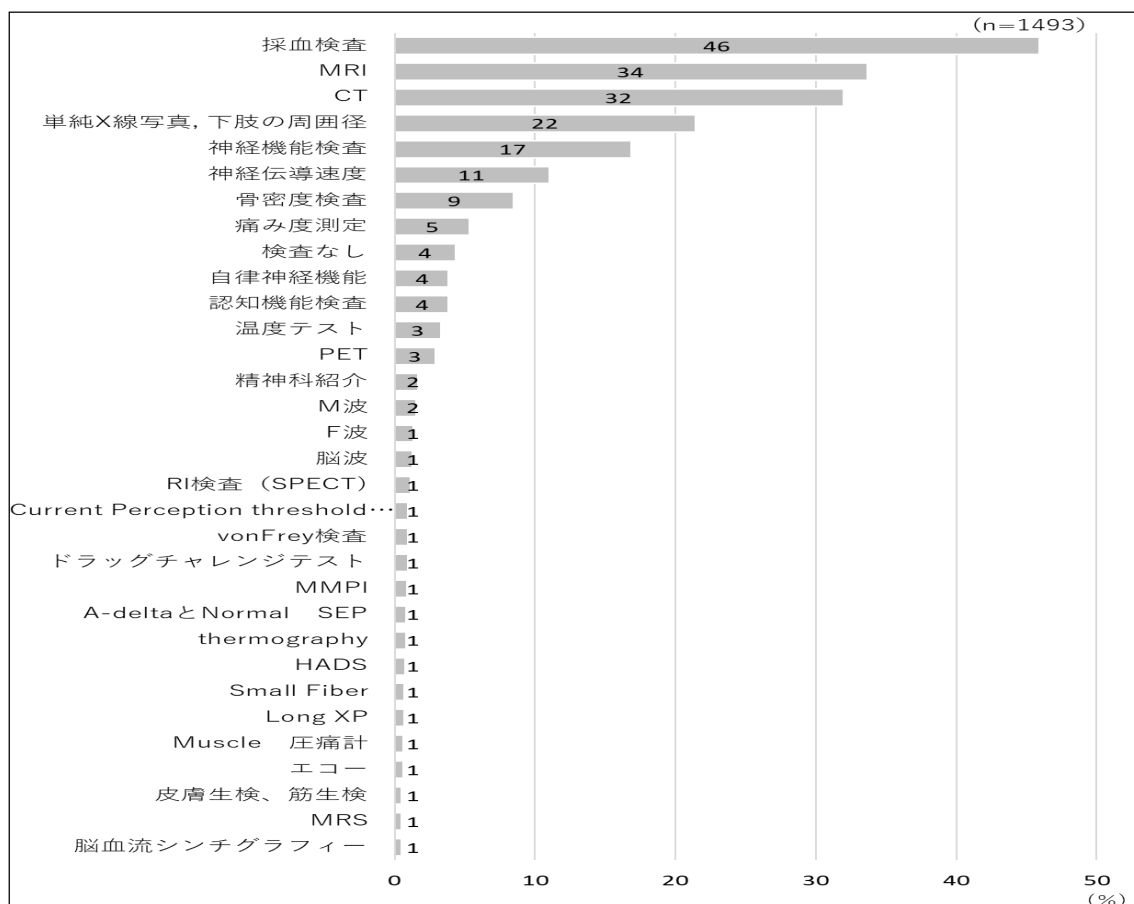
- 合併疾患がある患者は4割であり、多いものとして糖尿病（26%）、悪性新生物（17%）、帯状疱疹（11%）であった（図31）。病院において、悪性新生物の患者の割合が高かった。



【図31 神経障害性疼痛患者の合併疾患について】

■ 神経障害性疼痛患者に対し実施した検査

- 当該患者への検査として、実施率3割を超えたのは、採血、MRI、CTであった（図32）。



【図32 神経障害性疼痛患者に対する検査実施率】

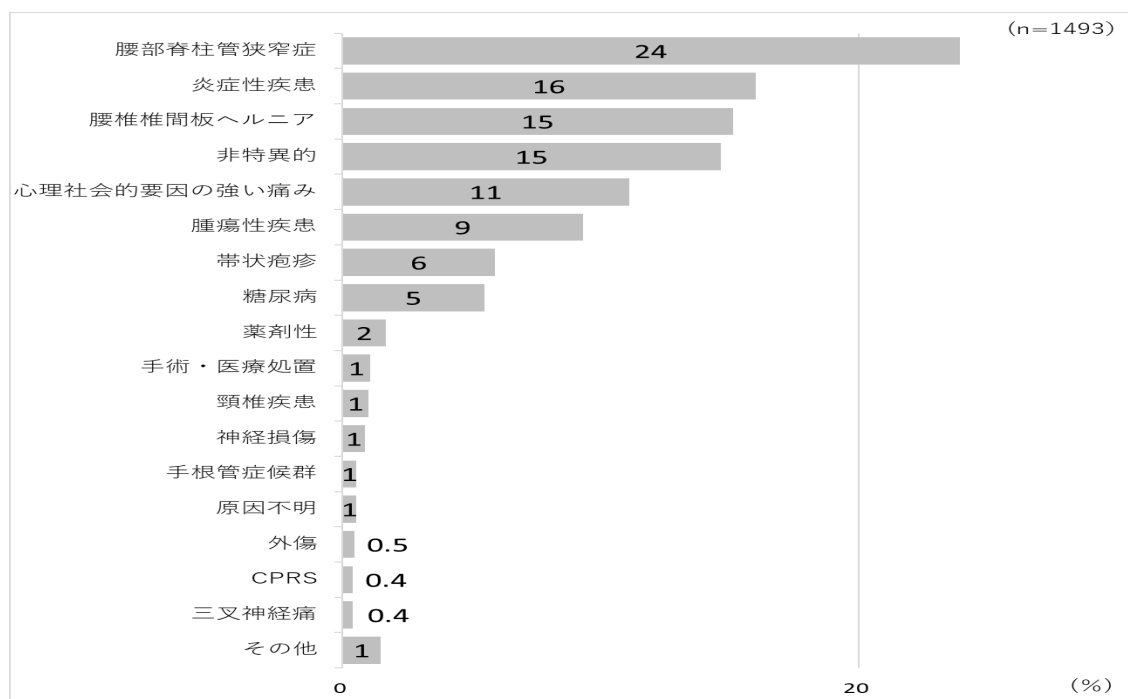
- 当該患者への検査実施率を医療機関規模により比較したところ、診療所では、MRI および CT 等の検査実施率が低かった（表 7）。

	採血検査	MRI	単純X線写真	CT	神経機能検査	骨密度検査	神経伝導速度	検査なし	認知機能検査
診療所	47.5	22.4	26.8	15.9	15.9	10.6	5.2	9.2	4
400床未満	45.1	43.3	20.9	40.2	19.9	8.2	10.9	2.2	4.2
400床以上	45.3	34.8	17.2	39.1	14.8	6.6	10.6	2	3.5
	痛み度測定 (ペインビジョン)	温度テスト	自律神経機能	Long XP	PET	脳波	Muscle 圧痛計	RI検査 (SPECT)	M波
診療所	5.6	4.4	2.7	0.6	0.2	0	0.2	0	0.2
400床未満	5.2	1.2	2.6	1.2	3.6	2.4	0.8	1.6	1.2
400床以上	5.3	4.5	6.3	0.4	4.9	1.6	1	2	3.1
	HADS	精神科紹介	thermography	Current Perception threshold検査	F波	vonFrey検査	MMPi	A-deltaと Normal SEP	ドラッグ チャレンジテスト
診療所	0.8	1.5	0.8	0.4	0.2	0.4	0.6	0.8	1
400床未満	0.6	1	0.6	1.4	1.0	1.0	1.2	0.6	0.4
400床以上	1.0	2.5	1.2	1.2	2.9	1.6	1	1.2	1.6
	脳血流 シンチグラフィ	Small Fiber	アテネ不眠尺度	エコー	MRS	皮膚生検 筋生検			
診療所	0.2	0.4	0	0.4	0	0.6			
400床未満	0.2	0.8	0.2	1	1	0.2			
400床以上	1.2	1	1	0.6	0.6	0.8			

【表 7 医療機関規模による検査実施率の比較】

■ 神経障害性痛の原因（診断）

- 当該患者の「神経障害性疼痛」の原因（診断）として、最も多かったのは腰部脊柱管狭窄症という回答であり、次いで、炎症性疾患、腰椎椎間板ヘルニア、非特異的



【図 33 神経障害性疼痛の原因（診断）】

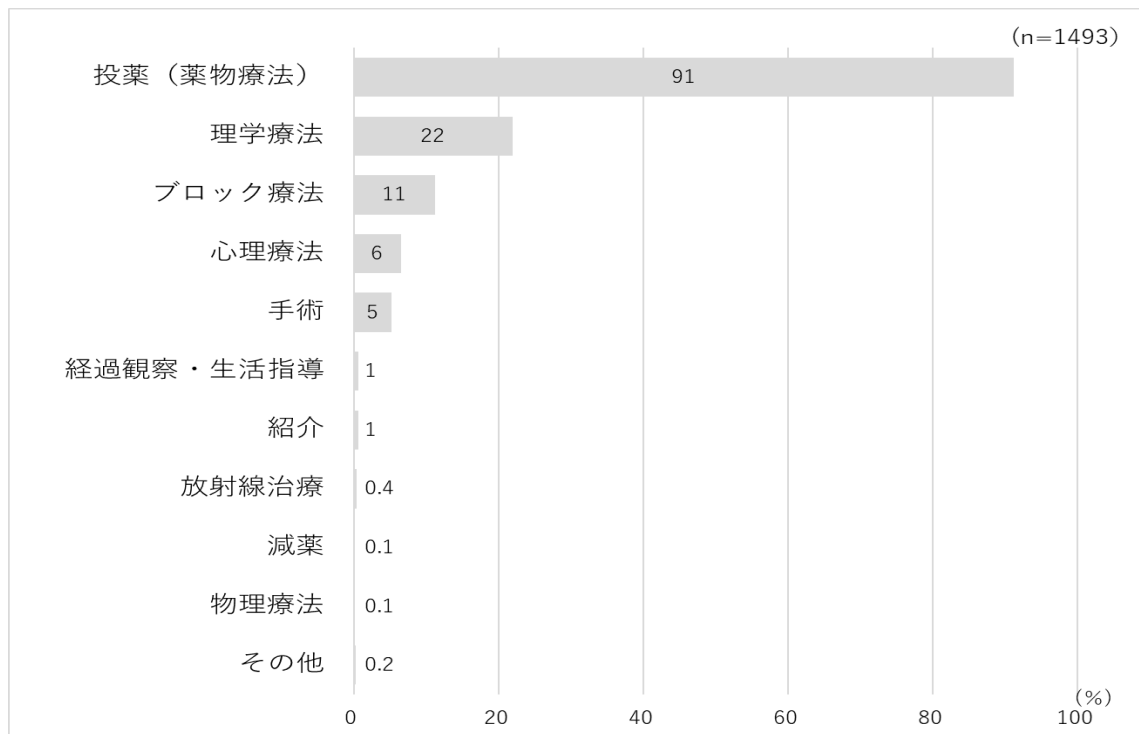
- 当該患者への神経障害性疼痛の原因（診断）を医療機関規模により比較したところ、腫瘍性疾患に関しては、大規模医療機関が多かった（表 8）。

	腰部脊柱管狭窄症	炎症性疾患 (感染を含む)	腰椎椎間板ヘルニア	非特異的腰痛	心理社会的 要因の強い痛み	帯状疱疹	糖尿病	腫瘍性疾患
診療所	26.2	19.5	16.7	16.1	10.7	7.5	3.8	2.5
400床未満	28.0	13.3	17.9	17.7	12.1	5.4	4.8	9.5
400床以上	17.8	15.4	10.9	10.4	10.5	4.9	7.8	15.4

【表 8 医療機関規模による「神経障害性疼痛」の原因（診断）の比較】

■ **神経障害性疼痛患者に対し実施した治療内容（複数回答）**

- 当該患者に実施した治療で最も多かったのは薬物療法であり、次いで、理学療法、ブロック療法であった（図 34）。



【図 34 神経障害性疼痛患者への治療内容】

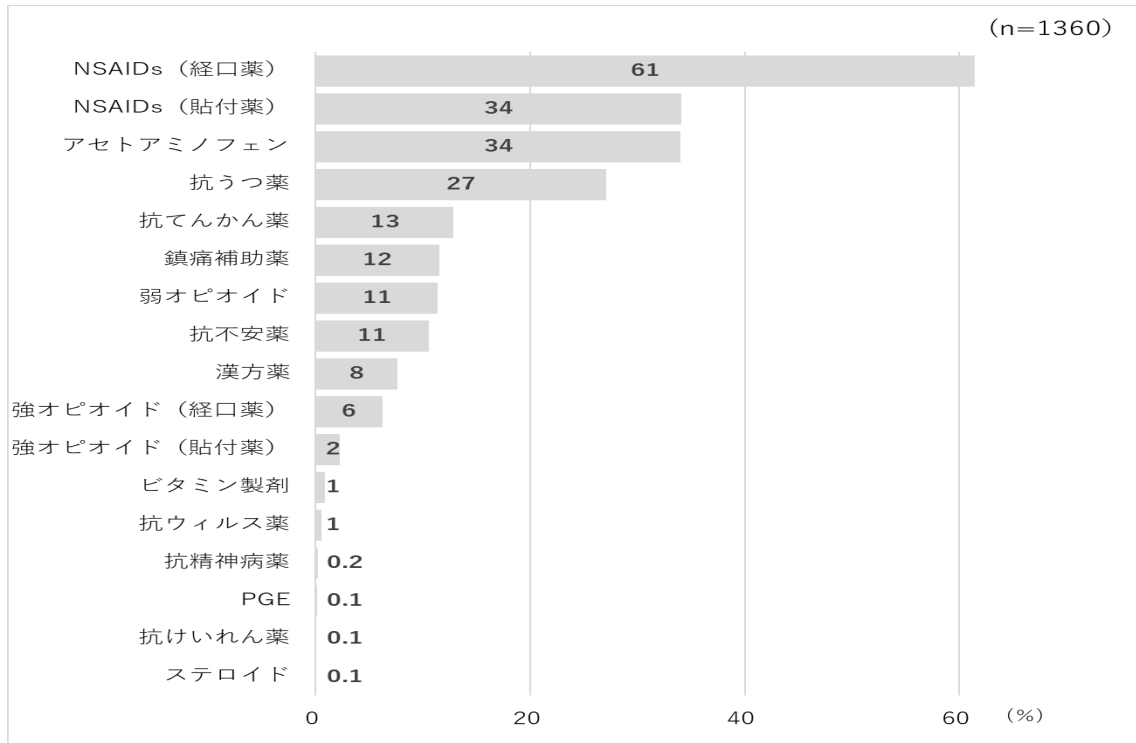
- 当該患者への治療内容を医療機関規模により比較したところ、診療所では手術が少なく、薬物療法、理学療法、ブロック療法が多い傾向がみられた（表 9）。

	投薬 (薬物療法)	理学療法	ブロック療法	手術	心理療法	経過観察 生活指導	紹介	放射線治療
診療所	93.3	22.8	9.8	2.3	5.4	0.4	0.4	0.0
400床未満	90.3	26.0	12.7	7.2	6.0	1.0	0.4	1.0
400床以上	90.0	17.0	11.1	6.1	8.0	0.6	1.0	0.6

【表 9 医療機関規模による治療内容の比較】

■ 神経障害性疼痛患者への処方薬剤

- 当該患者に処方した薬剤として、NSAIDs の経口薬・貼付薬が多かった。次いで、アセトアミノフェン、抗うつ剤の処方が多かった（図 35）



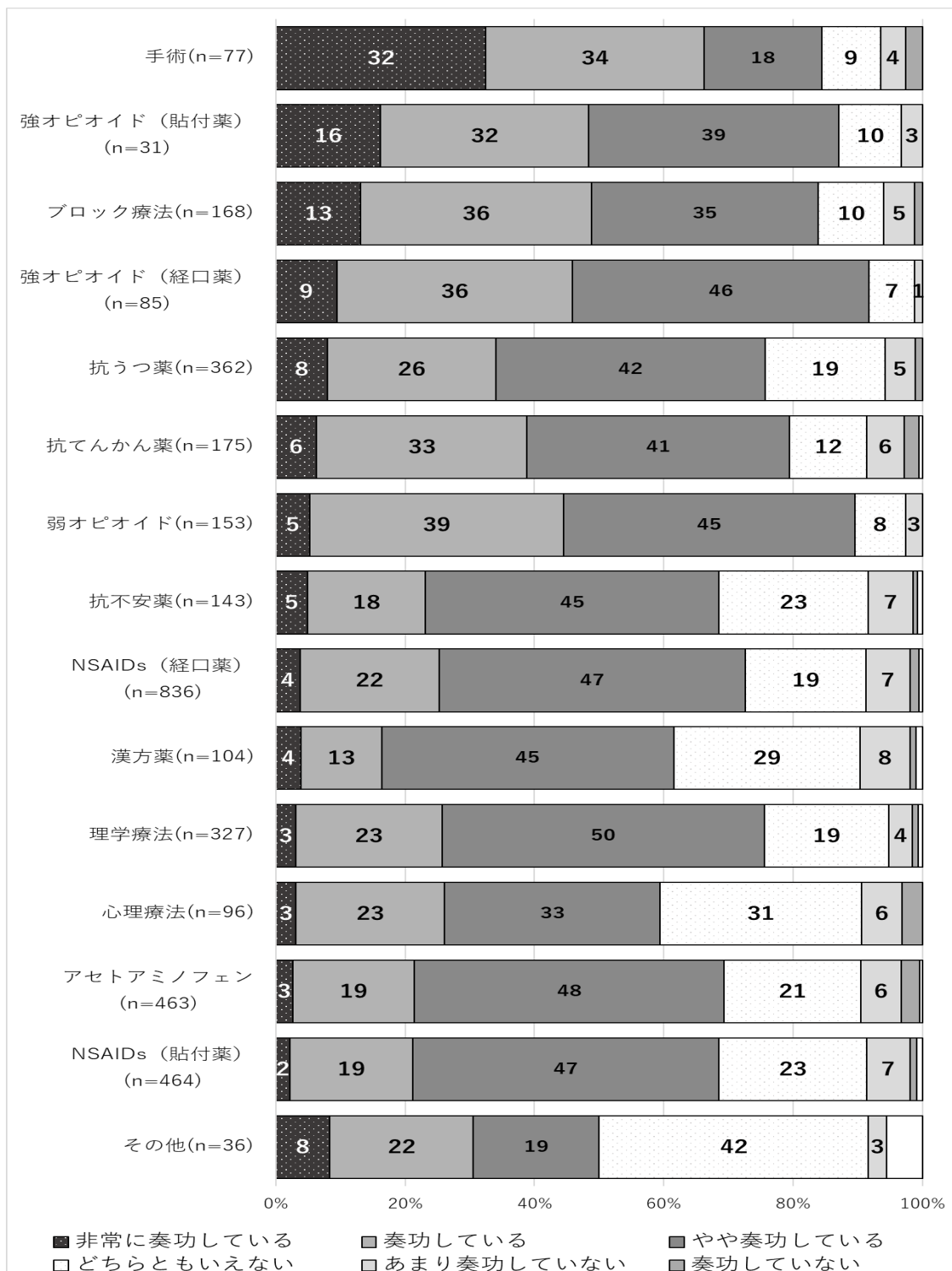
【図 35 神経障害性疼痛患者への処方薬剤】

- 当該患者への処方内容を医療機関規模により比較したところ、特に大きな差異はなかった（表 10）

	NSAIDs (経口薬)	NSAIDs (貼付薬)	アセト アミノフェン	抗うつ薬	鎮痛補助薬	弱オピオイド (経口)
診療所	64.7	39.8	31.7	24	11.5	10.6
400床未満	63.4	34.6	37.9	27.5	10.4	12.8
400床以上	56.4	28.2	32.5	29.5	12.8	10.8
	抗不安薬	抗てんかん薬	漢方薬	強オピオイド (経口薬)	PGE	強オピオイド (貼付薬)
診療所	10.8	9.9	7.4	3.8	1.2	0.9
400床未満	9.7	12.6	8.1	7	0.2	2.6
400床以上	11.1	7.4	16.1	7.8	0	3.3

■ 治療が奏効しているか

- 「非常に奏効している」「奏効している」という回答が5割を超した治療は1種のみ、且つ、いずれも対象患者の少ない治療であった。治療選択で最も多い「NSAIDs 処方」「アセトアミノフェン処方」「理学療法」「抗うつ剤」に関する同上の回答は2~3割程度であった(図36)



【図36 神経障害性疼痛患者への治療が奏効しているか】

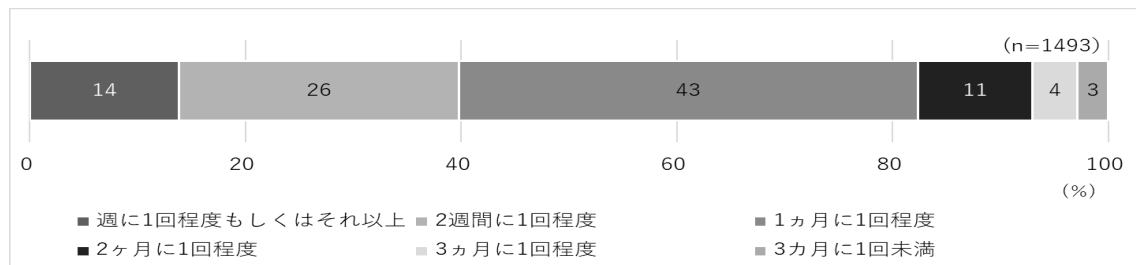
- 当該患者への治療が奏効しているかどうかを医療機関規模により比較したところ、統計的に有意な分布の差があったのは「NSAIDs(貼付薬)」「アセトアミノフェン」であった(表11)。

	手術			NSAIDs(経口薬)		
	診療所	400床未満	400床以上	診療所	400床未満	400床以上
非常に奏効している	50.0	30.6	45.2	4.2	4.9	1.9
奏効している	30.0	38.9	22.6	21.5	23.6	19.2
やや奏効している	10.0	16.7	16.1	46.2	47.2	48.8
	NSAIDs(貼付薬)			アセトアミノフェン		
	診療所	400床未満	400床以上	診療所	400床未満	400床以上
非常に奏効している	2.3	2.5	1.5	3.5	2.9	1.3
奏効している	15.8	24.2	16.9	22.0	21.5	12.7
やや奏効している	49.7	47.1	44.6	44.0	51.2	48.0
	抗うつ薬			抗不安薬		
	診療所	400床未満	400床以上	診療所	400床未満	400床以上
非常に奏効している	10.4	6.5	7.6	2.1	27.3	7.8
奏効している	26.4	26.6	25.0	18.8	38.6	9.8
やや奏効している	39.6	40.3	44.7	43.8	20.5	52.9
	抗てんかん薬			弱オピオイド		
	診療所	400床未満	400床以上	診療所	400床未満	400床以上
非常に奏効している	6.8	3.5	8.1	4.3	5.2	6.3
奏効している	20.5	45.6	29.7	44.7	41.4	31.3
やや奏効している	40.9	36.8	43.2	40.4	50.0	43.8
	強オピオイド(経口薬)			強オピオイド(貼付薬)		
	診療所	400床未満	400床以上	診療所	400床未満	400床以上
非常に奏効している	5.9	12.5	8.3	0.0	16.7	20.0
奏効している	29.4	43.8	33.3	25.0	50.0	20.0
やや奏効している	52.9	43.8	44.4	50.0	33.3	40.0
	漢方薬			ブロック療法		
	診療所	400床未満	400床以上	診療所	400床未満	400床以上
非常に奏効している	6.1	2.7	2.9	14.9	9.4	15.8
奏効している	18.2	10.8	8.8	40.4	35.9	31.6
やや奏効している	39.4	54.1	41.2	21.3	42.2	38.6
	理学療法			心理療法		
	診療所	400床未満	400床以上	診療所	400床未満	400床以上
非常に奏効している	7.3	.8	1.1	8.0	0.0	2.4
奏効している	16.5	31.3	17.2	20.0	26.7	22.0
やや奏効している	50.5	48.1	51.7	36.0	36.7	29.3

【表11 医療機関規模による治療が奏効しているかの比較】

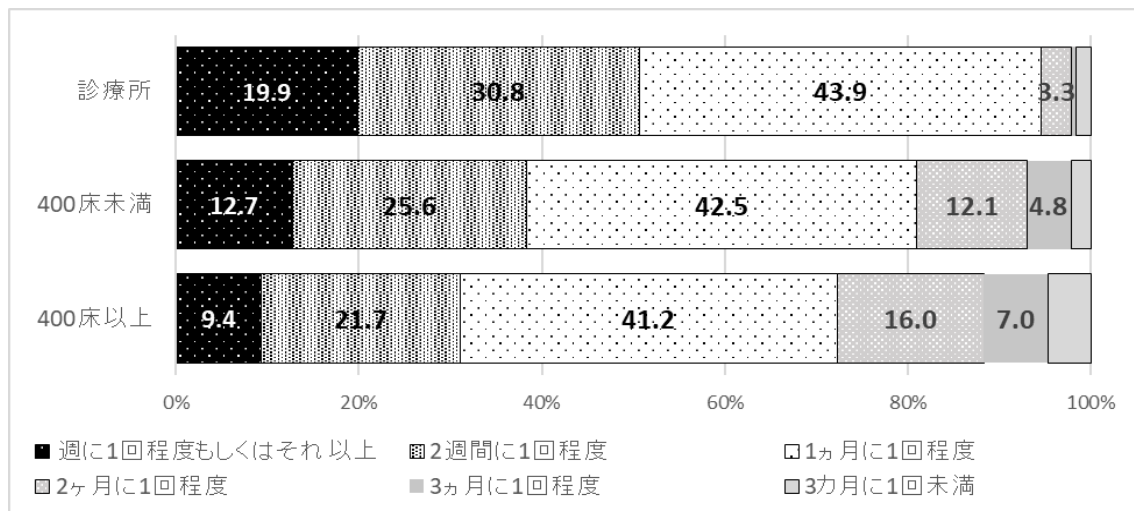
■ 診療頻度

- 当該患者の診療頻度に関しては、1 か月に 1 回程度が約 4 割であり、8 割以上の患者が 1 か月に 1 回以上の診察を受けていた（図 36）



【図 36 神経障害性疼痛患者の診療頻度】

- 当該患者の診療頻度に関して医療機関規模により比較したところ（図 37） 診療所の診療頻度が有意に高かった。



【図 37 医療機関規模による神経障害性疼痛患者の診療頻度】

■ 神経障害性疼痛患者の診療にあたり困っていること

- 当該患者の診療にあたり困っていることとして、1)治療(279)（治療選択の難しさ(158) 薬物療法上の困難(121)）2)診断(59) 3)目標設定(41) 4)評価(34) 5)患者対応(165)（コミュニケーション(94) 患者のコンプライアンス・アドヒアランス(111)） 6)生活への介入(48) が挙げた。

（ ）内の数字は回答の数

626 人の医師の回答を Contents Analysis の手法を用いて分類

以下に主な回答を挙げる

治療(218)

<治療選択の難しさ> (128)

- 治療効果が出ない場合の治療選択について
- 薬物療法だけでは、なかなか痛みが軽減しない場合の治療に困る
- 並存疾患の予後が短い場合の治療方針に困る
- 変形性要因と複数の要因による痛みへの対応

- ブロック効果がまちまち
- 帯状疱疹後の神経痛に対する治療で困ることが多い
- 疼痛部位や疼痛の程度の変動がある患者の治療に困る
- 特にしびれに対する治療に困る
- ＜薬物療法上の困難＞（76）
- 薬物依存傾向があり薬に関して必要以上の要求をする患者への対応に困る
- 薬剤選択に困る
- 調子が良くなってきたので減量すると痛みが再燃するような患者への対応に困る
- 入院患者の場合、使用できる薬剤に制限があり困っている
- 副作用がある場合の薬剤調整の方法について困っている
- 診断（55）
- 不安が強く心理的要因と器質的要因の関わり具合が分かりにくいいため診断が付けられない
- 糖尿病性神経障害との鑑別に困る
- 目標設定（46）
- 薬物療法で患者が望むほどの効果が得られない
- どこを目標に治療をするべきかに迷う
- 評価（33）
- 認知症患者の痛みの評価の難しさがある
- 薬剤の効果が判定しがたい
- 本人はいつも痛いとのこと。でも、妻はそうでないと話す。評価しにくい
- 痛みの強さについて、うまく定量的に評価できない
- 心理的要因の関与が疑われるが評価が難しい
- 患者対応（207）
- ＜コミュニケーション＞（106）
- 不定愁訴が多い、訴えが定まらない患者が多い
- 疼痛コントロール困難による精神的ダメージが大きい患者が多い
- ＜患者のコンプライアンス・アドヒアランス＞（101）
- 疼痛を受容してもらうまでの過程が大変
- 薬の副作用を気にし、なかなか内服してくれない
- 患者の思い込みが強く、こちらの指導通りに薬を飲まない
- 生活への介入（56）
- 生活上の留意点や工夫点などをどこまで理解し実施しているかの把握が難しい
- 疼痛で動けず、自宅から出るのも困難で受診そのものがなかなかできないという患者への対応など
- 突然受診されなくなり、どうなったか心配しているケースもある
- 仕事が忙しくてなかなか来院できないという患者にどう対応するか

■ **神経障害性疼痛患者の診療にあたり慢性痛の専門家に相談したいこと**

- 当該患者の診療にあたり慢性痛の専門家に相談したいこととして、1) ペインコントロールの方法、除痛方法（67） 2) しびれの治療について（47） 3) 紹介に関する時期・タイミング・専門領域（24） 4) 治療方針・治療の妥当性（29） 5) 薬物療法（26）が挙げた。

（ ）内の数字は回答の数

193 人の医師の回答を Contents Analysis の手法を用いて分類

以下に主な回答を挙げる

ペインコントロールの方法、除痛方法（67）

- 症状が改善しない場合に相談したい
- 文献を見ても、なかなか方針を絞れない。治療選択肢が多岐にわたるので相談したい
- 難治例の診断、治療について
- 非薬物治療について
- トリガーポイントがわからない場合は、ブロックは行わない方が良いのか等の基準

しびれの治療について（47）

- しびれにどう対応したらいいか、治療選択
- しびれのある人への患者指導をどうするか

紹介に関する時期・タイミング・専門領域（24）

- 紹介するタイミング
- 慢性痛での、整形とペインクリニックへの紹介先選びはどうしたものか
- うつを合併していると思われる際の紹介先選択について

治療方針・治療の妥当性（29）

- 治療方針があっているかどうかを相談したい
- 疼痛コントロールの治療効果評価をどうしたらよいか

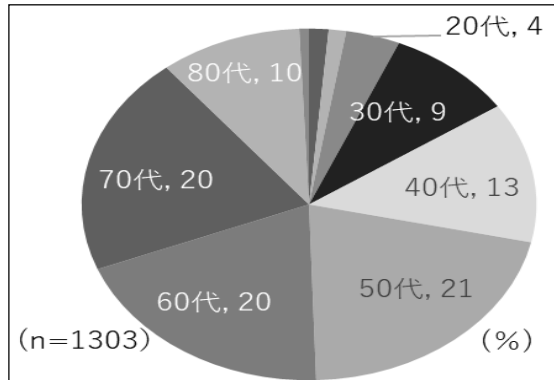
薬物療法（26）

- 薬剤の選択、使い分け、増量の方法と時期
- オピオイドの使い方
- 漢方薬の可能性

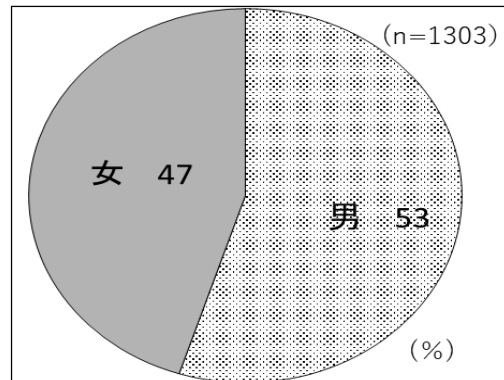
頸部痛患者の診療について

■ 患者属性

- 平均年齢は56.7歳、男性が53%であった（図38, 39）。医療機関規模による患者の平均年齢および性別の差はなかった。



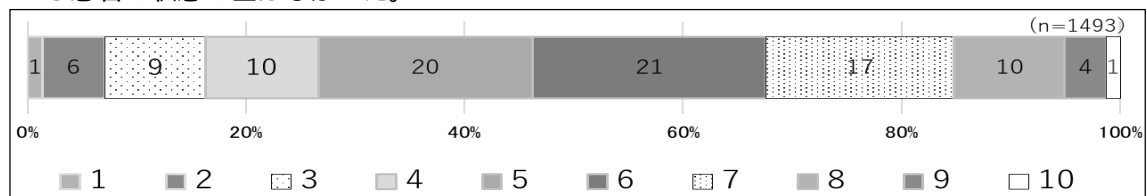
【図38 頸部痛患者の平均年齢】



【図39 頸部痛患者の性別】

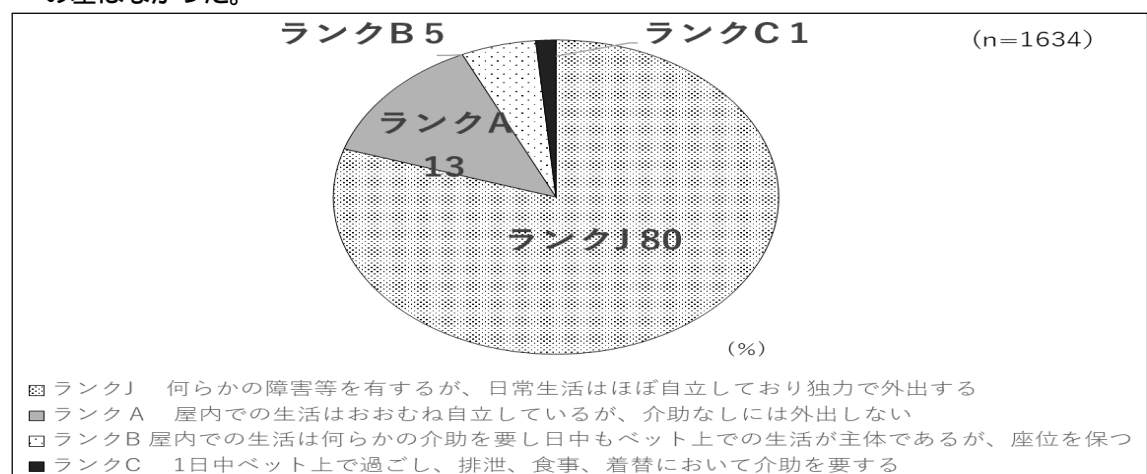
■ 初診時の状態

- 当該患者の痛みの強さは、NRS 1～3（軽度）は16%、NRS 4～6（中等度）は51%、NRS 7以上（重度）は32%であった（図40）。平均値は5.5（SD1.9）であり、医療機関規模による患者の状態の差はなかった。



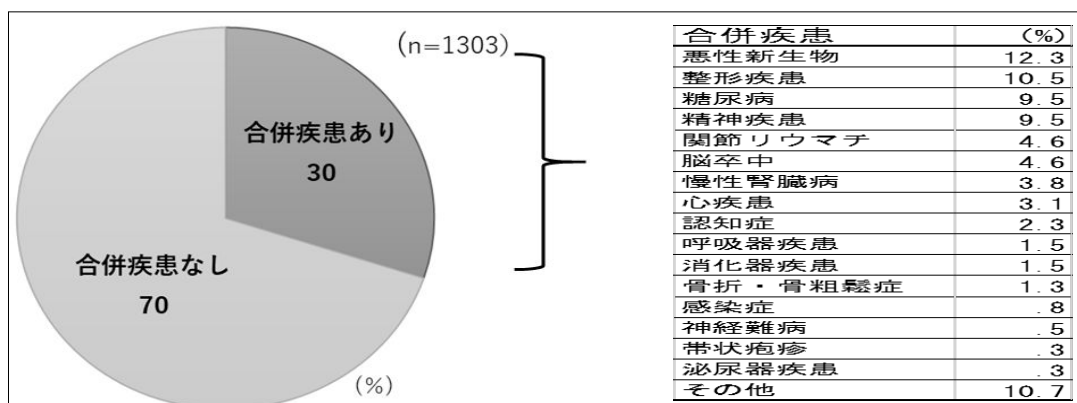
【図40 初診時の状態 患者の痛みの強さ】

- 初診時において、日常生活はほぼ自立しているランクJの患者が約80%、室内での日常生活は概ね自立しているランクAが13%であった（図18）。医療機関規模による患者の状態の差はなかった。



【図18 初診時の状態 生活自立度】

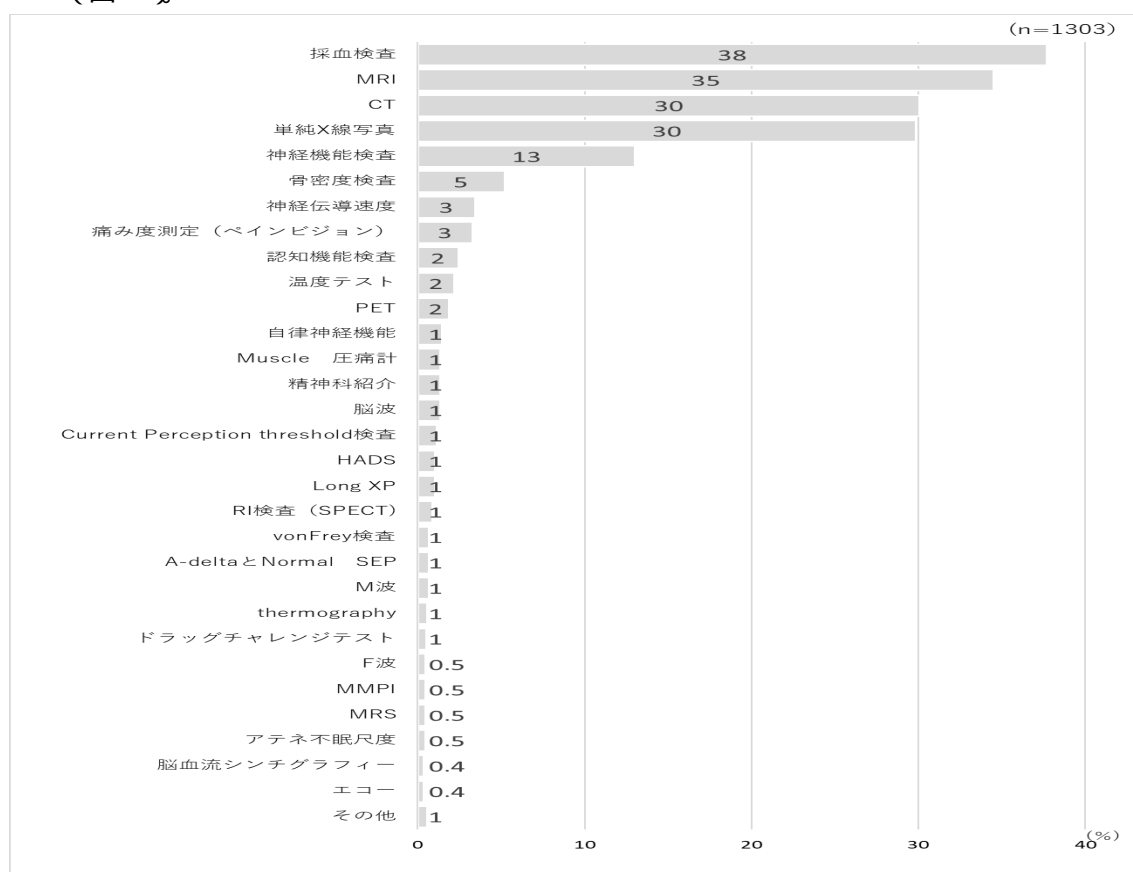
- 合併疾患がある患者は3割であり、多いものとして悪性新生物(12%)、整形疾患(11%)、糖尿病(10%)、精神疾患(10%)であった(図41)。病院において、悪性新生物の患者の割合が高かった。



【図41 頸部患者の合併疾患について】

■ 頸部痛患者に対し実施した検査

- 当該患者への検査として、実施率3割を超えたのは、採血、MRI、CT、単純X-pであった(図42)。



【図42 頸部痛患者に対する検査実施率】

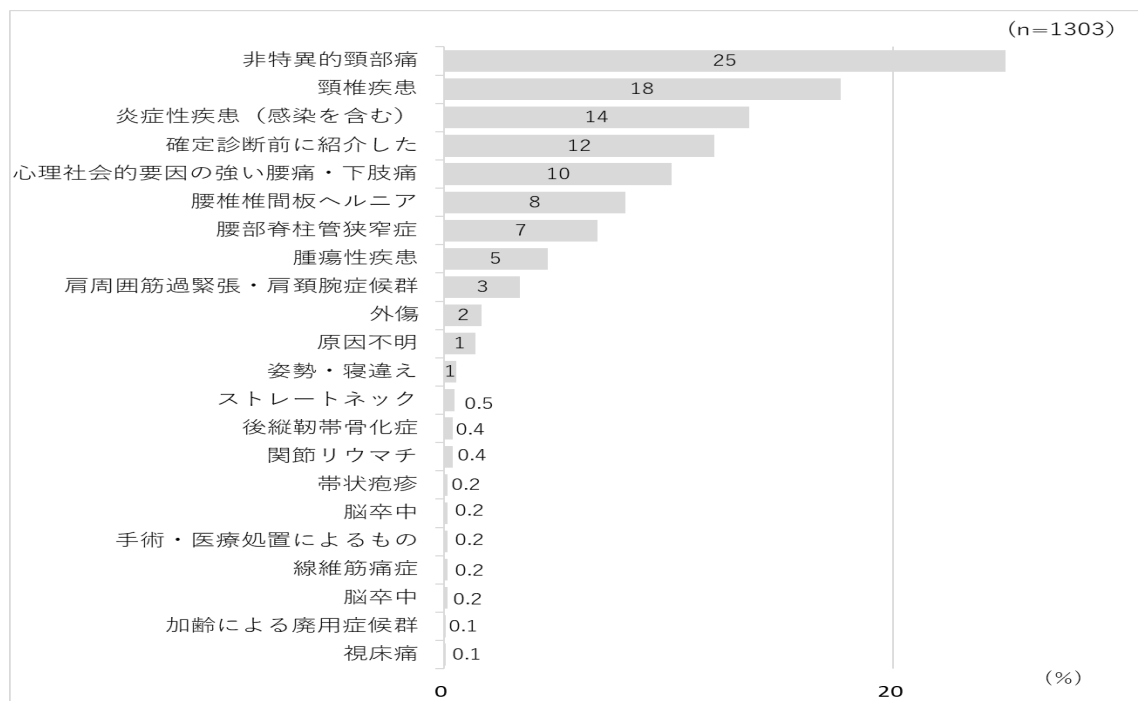
- 当該患者への検査実施率を医療機関規模により比較したところ、診療所では、MRI および CT 等の検査実施率が低かった（表 12）。

	採血検査	MRI	単純X線写真	CT	骨密度検査	神経伝導速度	神経機能検査	認知機能検査
診療所	39.3	20.3	33.3	14.6	6.4	2.0	11.9	2.4
400床未満	37.8	43.0	30.8	37.0	5.7	3.6	15.6	3.2
400床以上	35.8	41.2	25.0	39.7	3.4	4.9	11.5	1.7
	痛み度測定 (ペインビジョン)	温度テスト	自律神経機能	Long XP	脳波	Muscle 圧痛計	RI検査 (SPECT)	PET
診療所	3.1	2.2	1.0	0.9	0.2	1.1	0.2	0.2
400床未満	3.4	0.7	1.6	0.9	1.8	0.1	0.7	2.0
400床以上	3.4	3.9	1.7	1.5	2.2	2.2	2.0	3.7
	HADS	精神科紹介	thermography	Current Perception threshold検査	その他	MMPI	A-deltaと Normal SEP	ドラッグ チャレンジテスト
診療所	0.9	0.7	0.0	0.7	0.7	0.4	0.4	0.7
400床未満	0.5	0.7	0.7	1.1	0.7	0.5	0.5	0.5
400床以上	2.0	2.9	1.2	1.7	0.5	0.5	1.2	0.5
	脳血流 シンチグラフィ	Small Fiber	アテネ不眠尺度	エコー	皮膚生検 筋生検	F波	MRS	検査なし
診療所	0.2	0.2	0.0	0.7	0.4	0.2	0.2	11.3
400床未満	0.2	0.5	0.5	0.2	0.0	0.0	0.5	3.4
400床以上	2.7	0.0	1.0	0.2	0.2	1.2	0.7	2.5

【表 12 医療機関規模による検査実施率の比較】

■ 頸部痛の原因（診断）

- 当該患者の「頸部痛」の原因（診断）として、多かったのは、非特異的頸部痛、頸椎疾患、炎症性疾患であった。（図 43）



【図 43 頸部痛の原因（診断）】

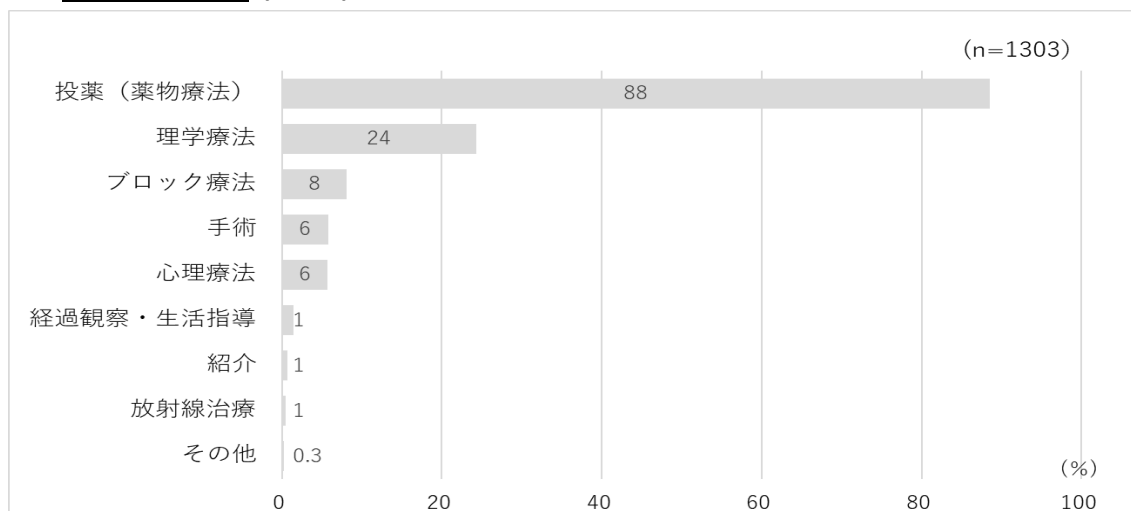
- 当該患者への頸部痛の原因（診断）を医療機関規模により比較したところ、腫瘍性疾患に関しては、大規模医療機関が多かった（表 13）。

	非特異的	頸部疾患	炎症性疾患 (感染を含む)	腰椎椎間板 ヘルニア	腰部脊柱 管狭窄症	腫瘍性疾患	ストレートネック	その他
診療所	27.6	18.5	13.9	8.4	6.0	0.5	0.4	2.2
400床未満	27.1	17.0	12.9	8.8	7.7	4.1	0.2	1.6
400床以上	19.9	17.4	14.0	6.9	6.9	8.6	0.7	1.7

【表 13 医療機関規模による「頸部痛」の原因（診断）の比較】

■ **腰痛・下背部痛患者に対し実施した治療内容（複数回答）**

- 当該患者に実施した治療で最も多かったのは薬物療法であり、次いで、理学療法、ブロック療法であった（図 44）。



【図 44 頸部痛患者への治療内容】

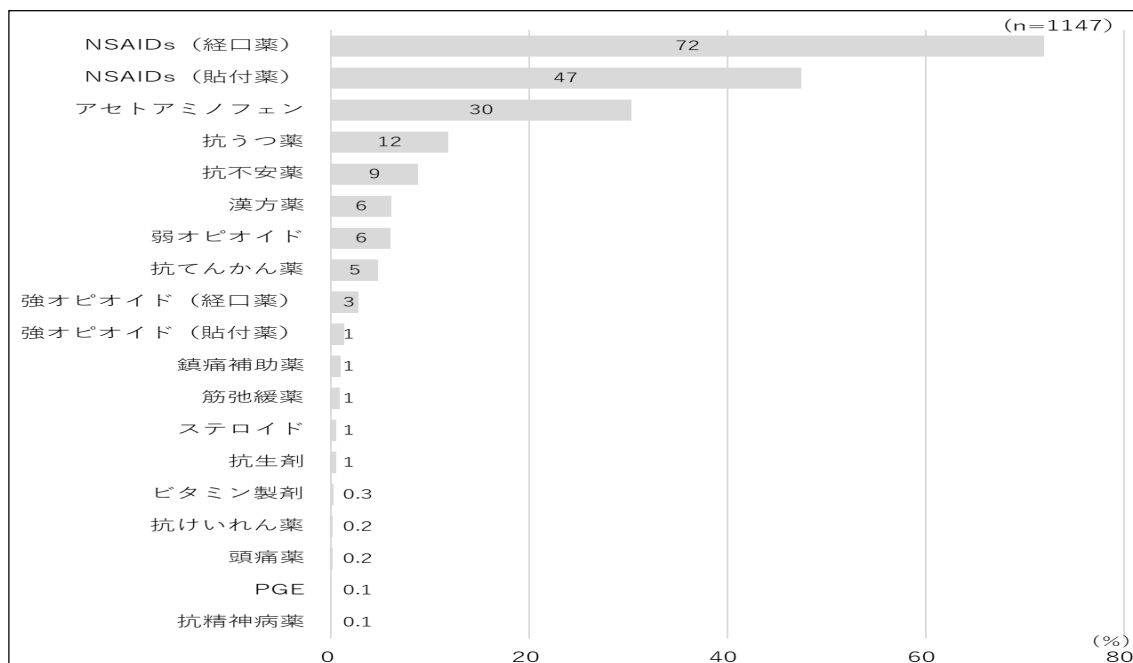
- 当該患者への治療内容を医療機関規模により比較したところ、診療所では手術が少なく、薬物療法、理学療法、ブロック療法が多い傾向がみられた（表 14）。

	投薬 (薬物療法)	理学療法	ブロック療法	手術	心理療法	紹介
診療所	90.1	27.6	9.1	4.4	4.0	0.7
400床未満	89.4	24.7	6.0	5.7	6.1	0.9
400床以上	85.8	20.3	7.4	7.4	7.4	0.5

【表 14 医療機関規模による頸部痛患者への治療内容の比較】

■ 頸部痛患者への処方薬剤

- 当該患者に処方した薬剤として、NSAIDs の経口薬・貼付薬が多かった。次いで、アセトアミノフェン、抗うつ剤の処方が多かった（図 45）。



【図 45 頸部痛患者への処方薬】

- 当該患者への処方内容を医療機関規模により比較したところ、特に大きな差異はなかった

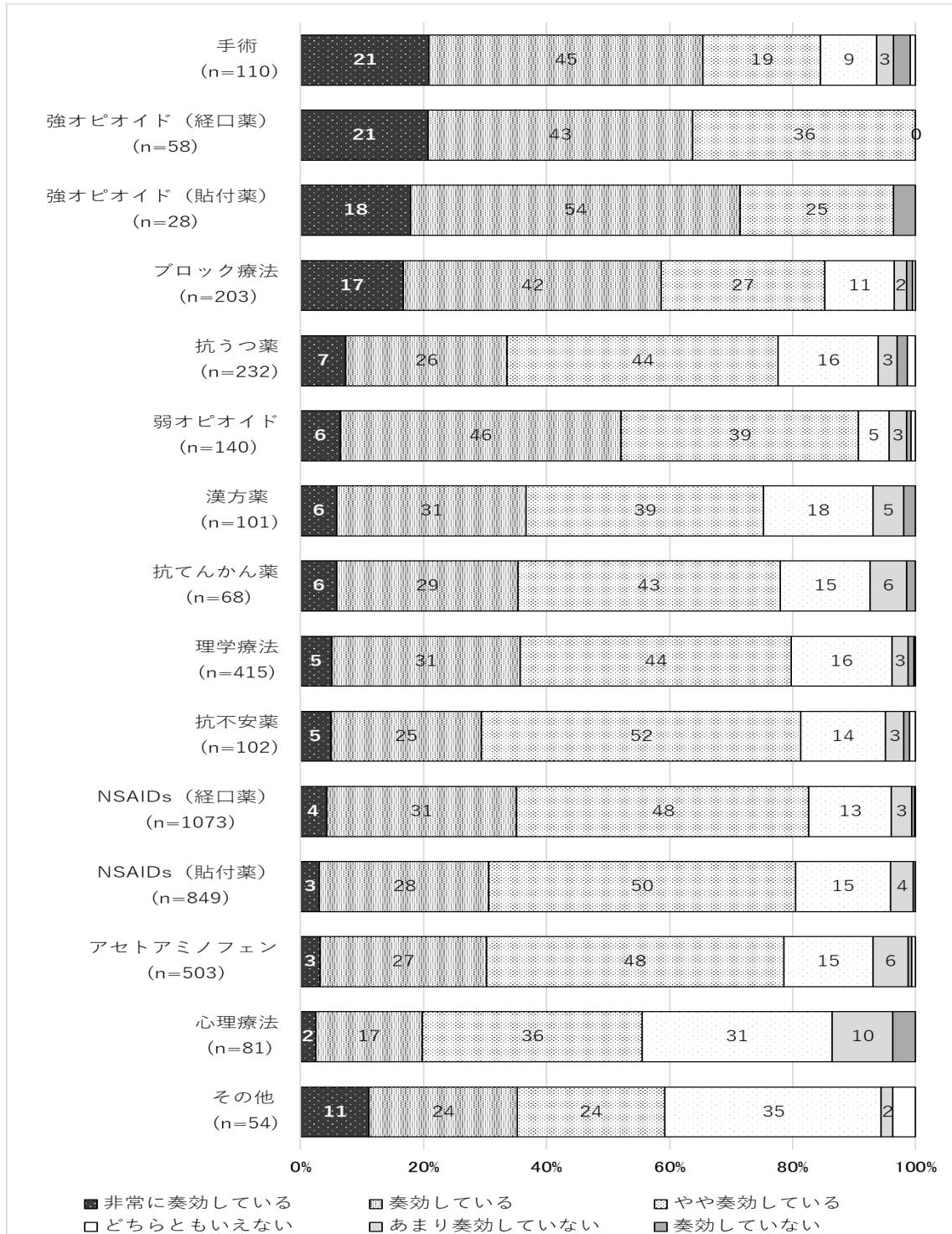
	NSAIDs (経口薬)	NSAIDs (貼付薬)	アセト アミノフェン	抗不安薬	抗うつ薬
診療所	72.5	56.0	27.0	7.9	7.6
400床未満	73.5	44.0	33.6	10.4	12.7
400床以上	69.5	41.2	30.5	8.1	13.5
	漢方薬	弱オピオイド (経口)	抗てんかん薬	強オピオイド (経口薬)	強オピオイド (貼付薬)
診療所	6.4	4.7	3.7	1.5	0.5
400床未満	5.9	6.9	5.3	3.3	1.8
400床以上	6.1	6.9	5.5	3.7	1.9

(表 15)

【表 15 医療機関規模による処方薬剤の比較】

■ 治療が奏効しているか

- 「非常に奏効している」「奏効している」という回答が5割を超した治療は5種のみ、且つ、いずれも対象患者の少ない治療であった。治療選択で最も多い「NSAIDs 処方」「アセトアミノフェン処方」に関する同上の回答は3割程度であった（図46）



【図46 頸部痛患者への治療が奏効しているか】

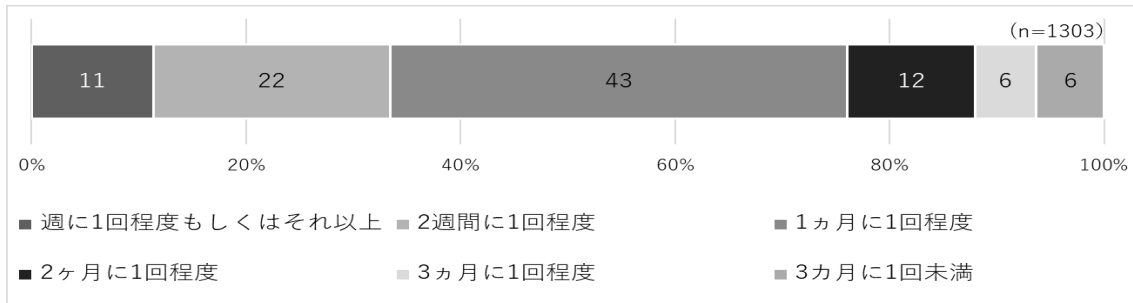
- 当該患者への治療が奏効しているかどうかを医療機関規模により比較したところ、統計的に有意な分布の差があったのは「アセトアミノフェン」「理学療法」であった（表 16）

	手術			NSAIDs（経口薬）		
	診療所	400床未満	400床以上	診療所	400床未満	400床以上
非常に奏効している	20.0	15.4	16.7	2.7	6.6	4.6
奏効している	30.0	38.5	26.7	35.6	30.8	31.1
やや奏効している	40.0	26.9	33.3	44.4	41.5	41.1
	NSAIDs（貼付薬）			アセトアミノフェン		
	診療所	400床未満	400床以上	診療所	400床未満	400床以上
非常に奏効している	3.1	5.8	2.1	2.7	3.8	0.9
奏効している	32.2	27.2	28.2	32.7	22.0	24.5
やや奏効している	47.1	47.4	43.7	49.1	50.0	40.6
	抗うつ薬			抗不安薬		
	診療所	400床未満	400床以上	診療所	400床未満	400床以上
非常に奏効している	7.7	6.0	2.2	3.1	0.0	10.7
奏効している	33.3	34.0	37.0	34.4	35.0	21.4
やや奏効している	48.7	34.0	37.0	43.8	42.5	46.4
	抗てんかん薬			弱オピオイド		
	診療所	400床未満	400床以上	診療所	400床未満	400床以上
非常に奏効している	13.3	14.3	15.8	0.0	3.8	18.2
奏効している	6.7	38.1	36.8	42.1	61.5	22.7
やや奏効している	53.3	19.0	31.6	47.4	26.9	27.3
	強オピオイド（経口薬）			強オピオイド（貼付薬）		
	診療所	400床未満	400床以上	診療所	400床未満	400床以上
非常に奏効している	0	15.4	7.7	0.0	28.6	16.7
奏効している	16.7	30.8	53.8	50.0	42.9	83.3
やや奏効している	50.0	46.2	30.8	50.0	28.6	0.0
	漢方薬			ブロック療法		
	診療所	400床未満	400床以上	診療所	400床未満	400床以上
非常に奏効している	3.8	4.3	0.0	22.0	22.9	10.3
奏効している	26.9	21.7	28.6	43.9	40.0	55.2
やや奏効している	42.3	52.2	52.4	24.4	31.4	17.2
	理学療法			心理療法		
	診療所	400床未満	400床以上	診療所	400床未満	400床以上
非常に奏効している	9.0	2.8	1.2	5.6	0.0	6.7
奏効している	27.9	29.4	23.2	27.8	25.9	23.3
やや奏効している	49.2	43.1	46.3	38.9	33.3	36.7

【表 16 医療機関規模による治療が奏効しているかの比較】

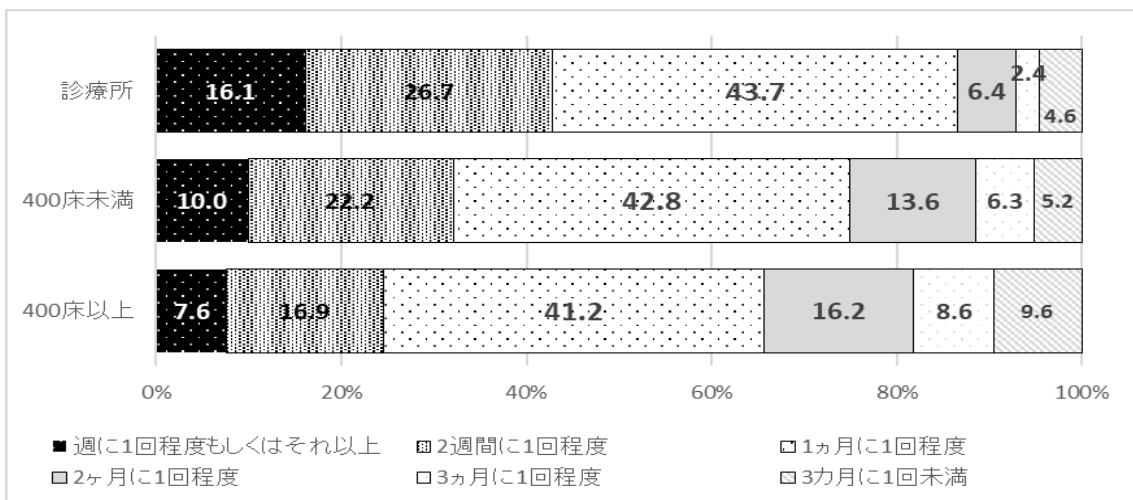
■ 診療頻度

- 当該患者の診療頻度に関しては、1 か月に 1 回程度が約 4 割であり、7 割以上の患者が 1 か月に 1 回以上の診察を受けていた（図 47）



【図 47 頸部痛患者の診療頻度】

- 当該患者の診療頻度に関して医療機関規模により比較したところ（図 48） 診療所の診療頻度が有意に高かった。



【図 48 医療機関規模による頸部痛患者の診療頻度】

■ 頸部痛患者の診療にあたり困っていること

- 当該患者の診療にあたり困っていることとして、1)治療(142)（治療選択の難しさ(88) 薬物療法上の困難(54)）、2)診断(26) 3)目標設定(15) 4)評価(22) 5)検査(13) 6)患者対応(78)（コミュニケーション(46) 患者のコンプライアンス・アドヒアランス(32)）、7)生活への介入(17) 8)地域連携(20)が挙げた。

（ ）内の数字は回答の数

373 人の医師の回答を Contents Analysis の手法を用いて分類
以下に主な回答を挙げる

治療(142)

<治療選択の難しさ>(88)

- 頸部痛治療におけるスタンダードコースを知りたい
- 早期の症状改善のために何ができるか
- 非薬物療法の選択肢と適応

- 精神的な要因のある患者への対応
- 手術適応、放射線治療適応の判断に困る
- しびれが取れない患者への対応
- 天候の変化で調子が変わる患者への対応
- 精神面の脆弱性と不安定性のある患者への治療について
- <薬物療法上の困難> (54)
- 効果がある薬とその投与方法を考えて欲しい
- 薬の増量時期や判断材料
- 患者の薬物依存の傾向が強い
- 診断 (26)
- 感染症が関与している可能性が否定できない場合は診療所レベルでは対応が困難である。
- 鑑別診断のために、まずは何をすればいいか
- 画像診断の要否やフォローの頻度
- 主訴と画像所見が一致しない場合の診断について
- 目標設定 (15)
- どうしても長期間改善にかかることの理解を得るのが忙しい外来のなかで難しい
- 早く痛みを取ってくれと迫られたことがある
- 評価 (22)
- 痛みの評価
- 神経所見の取り方
- 高齢で遠慮も強く、訴えの内容が一定せず、症状の程度の評価が困難であった
- 検査 (13)
- 動脈硬化などで痛みが出ると考え、頸動脈エコーを希望する患者も多い
- 原因検索のために何を検査したらいいか
- レントゲン撮影は全員に行っていいのか悩む
- 原因がはっきりしないことが多い。何の検査をすればいいのか
- 患者対応 (78)
- <コミュニケーション> (46)
- 不定愁訴への対応
- 治療やその目標について納得してもらうためにどのような説明をしたらいいのか
- 話を聴いていると外来時間が延びてしまう
- 理解力がやや低い患者も多く、説明に時間と工夫を要する
- 事故なので被害者意識がある
- 交通事故被害者で疼痛が遷延することがある
- 痛みが長引き、精神的にも落ち込んでいる患者の対応
- <患者のコンプライアンス・アドヒアランス> (32)
- 服薬アドヒアランス不良
- 高齢で、他の治療は無理と思うが、納得してくれない。
- 運動指導をしても、なかなか家ではできない
- MR など精査を勧めるも受診してくれない
- 生活への介入 (17)
- 比較的若年で発生しており、職場への長期休職の説明なども考える必要がある
- 就労や生活に関し、ともに考えるスタンスが重要だと思う。できれば多職種で関わりたい

い

- 日常生活における運動指導をどのように指導したらよいか
- 姿勢改善の指導（手術ではよくならない）
- 仕事が忙しく、定期的診察に来られない
- 家族の理解が足りない
- デスクワークの影響も考えられたが、職場環境は改善困難であること

地域連携（20）

- 社会的な側面が強く、治療効果が得られづらい。地域の資源と連携したい。
- どの診療科に紹介するかで大変迷う

■ 頸部痛患者の診療にあたり慢性痛の専門家に相談したいこと

- 当該患者の診療にあたり慢性痛の専門家に相談したいこととして、1) ペインコントロールの方法、除痛方法（131） 2) 紹介に関する時期・タイミング・専門領域（81） 3) 診断・検査（41） 4) 薬物療法（75） 5) 患者指導・対応（45）が挙げられた。

（ ）内の数字は回答の数

110 人の医師の回答を Contents Analysis の手法を用いて分類

以下に主な回答を挙げる

ペインコントロールの方法・除痛の方法（40）

- 頸部痛治療におけるスタンダードコースを教えて欲しい
- 早期の症状改善のために何ができるか
- 非薬物療法の選択肢と適応
- 精神的な要因のある患者への対応
- 手術適応、放射線治療適応の判断について
- しびれが取れない患者への対応

紹介に関する時期・タイミング・専門領域（21）

- 心理療法を受けられるといいだろうと思うが、どこに紹介したらいいかわからない
- 耳鼻科か整形外科か内科かどこへ紹介すべきかわかる
- 一般内科外来でどの程度の検査を実施した上で整形外科に紹介すべきかわからない。
- ペインクリニックはまあまあだが、精神科や整形外科医は薬の使い方が大雑把で逆に悪化すること多く困っている
- 社会制度で介護負担の軽減を期待したいが、資源が限られている

診断・検査（12）

- 鑑別・診断と治療の一連の流れ
- 鑑別診断のために、まずは何をすればいいか
- 画像診断の要否やフォローの頻度、レントゲン撮影は全員に行って良いのか悩む
- 整形疾患との鑑別が難しい

薬物療法（22）

- 効果がある薬とその投与方法を考えて欲しい
- 薬の増量時期や判断材料
- 慢性痛にリリカがよく処方されているが、リリカはずっと漫然と使用していてよいものなのだろうか

患者指導・対応（15）

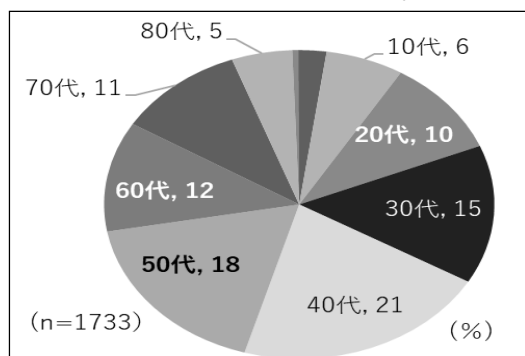
- 不定愁訴への対応

- 治療やその目標について納得してもらうためにどのような説明をしたら良いのか
- 話を聴いていると外来時間が延びてしまう

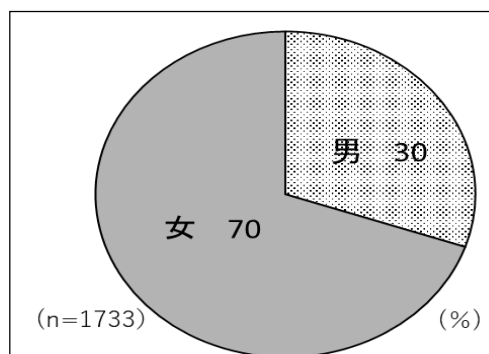
頭痛患者の診療について

■ 患者属性

- 平均年齢は46.6歳、男性が30%であった（図49, 50）。医療機関規模による患者の平均年齢および性別の差はなかった。



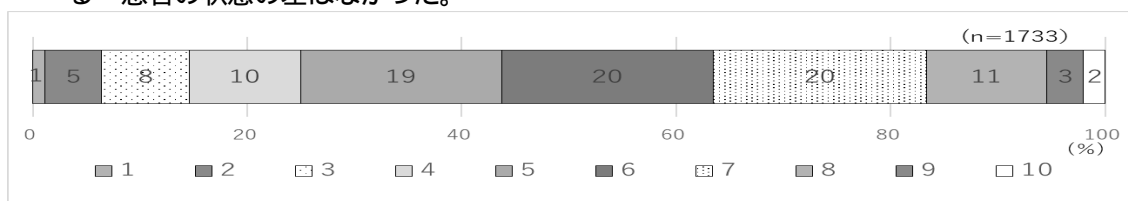
【図49 腰痛・下背部痛患者の平均年齢】



【図50 腰痛・下背部痛患者の性別】

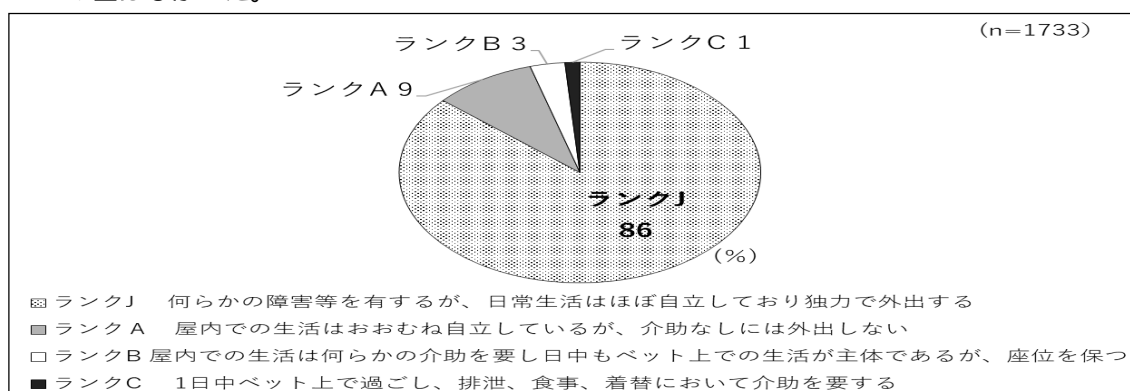
■ 初診時の状態

- 当該患者の痛みの強さは、NRS 1～3（軽度）は14%、NRS 4～6（中等度）は49%、NRS 7以上（重度）は36%であった（図51）。平均値は5.7（SD1.9）であり、医療機関規模による患者の状態の差はなかった。



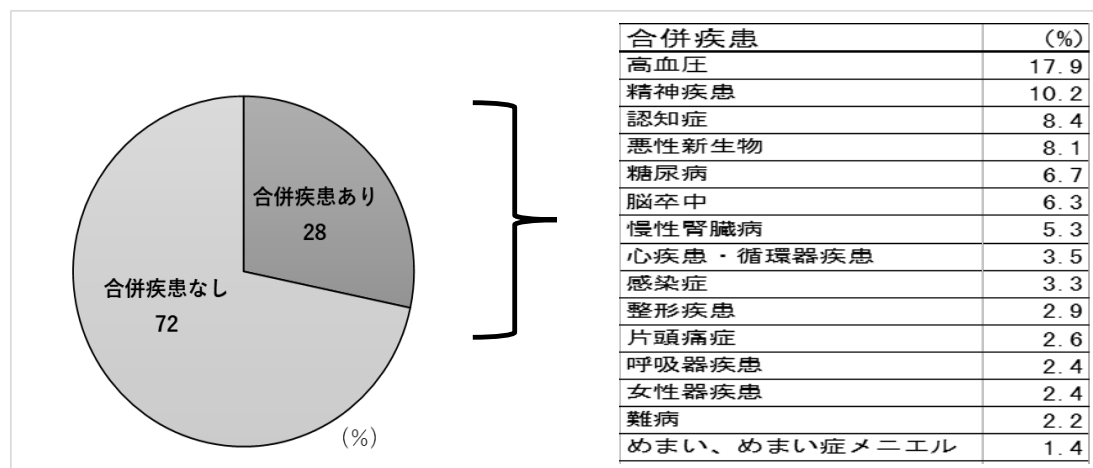
【図51 初診時の状態 患者の痛みの強さ】

- 初診時において、日常生活はほぼ自立しているランクJの患者が約86%、室内での日常生活は概ね自立しているランクAが9%であった（図52）。医療機関規模による患者の状態の差はなかった。



【図52 初診時の状態 生活自立度】

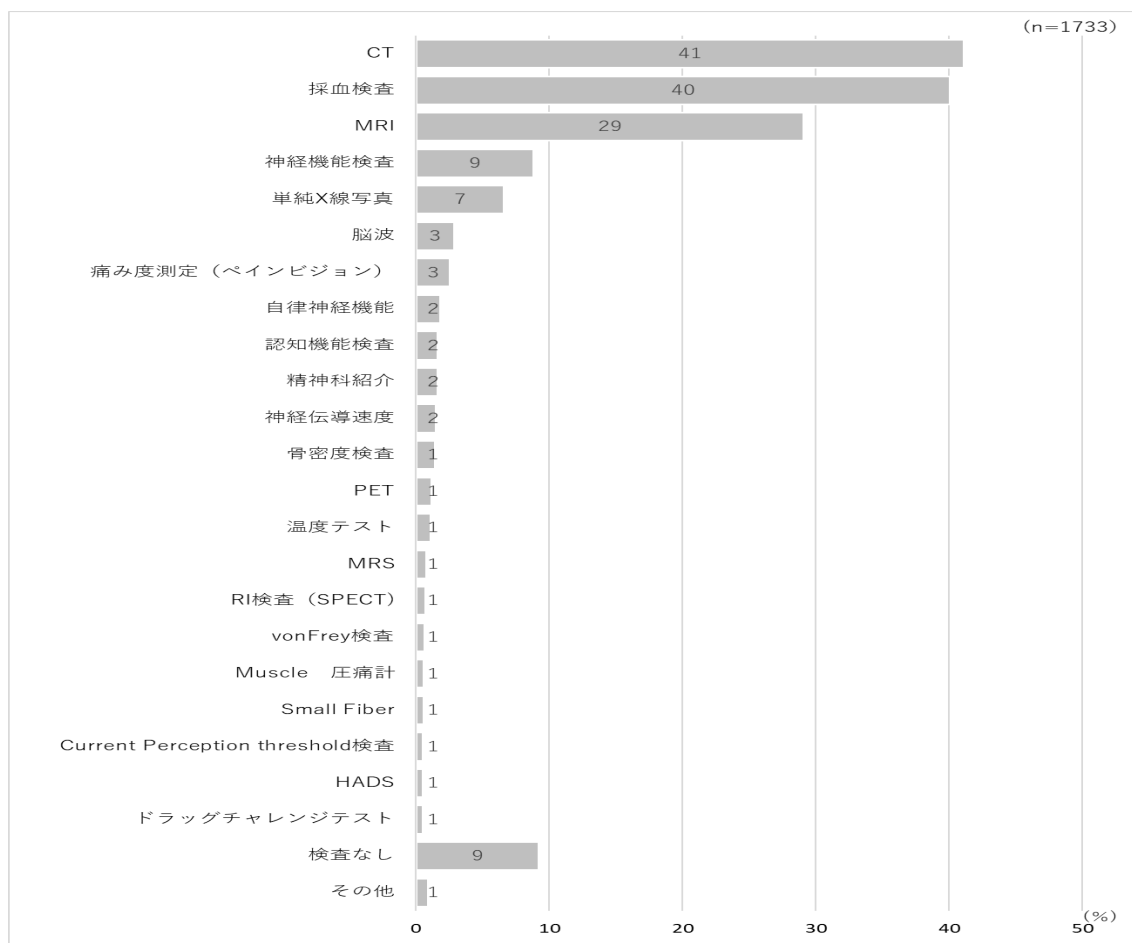
- 合併疾患がある患者は3割であり、多いものとして高血圧（20％）、精神疾患（10％）であった（図53）。病院において、悪性新生物の患者の割合が高かった。



【図53 頭痛患者の合併疾患について】

■ 頭痛患者に対し実施した検査

- 当該患者への検査として、実施率が高かったのは、CT、採血、MRIであった（図54）。



【図54 頭痛患者に対する検査実施率】

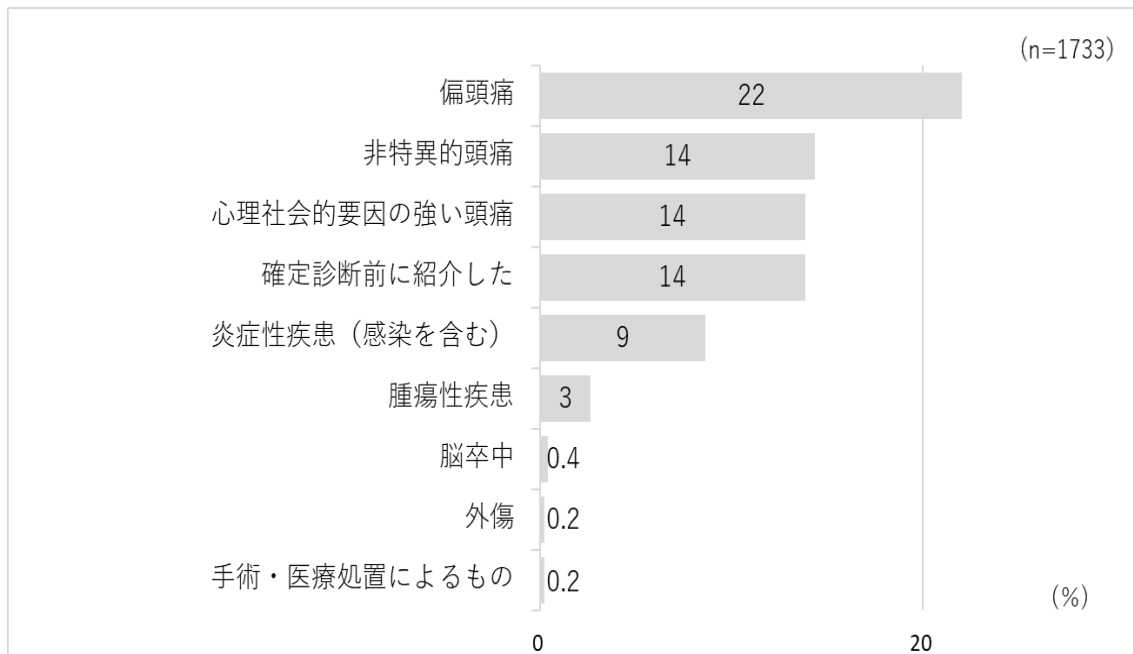
- 当該患者への検査実施率を医療機関規模により比較したところ、診療所では、MRI および CT 等の検査実施率が低く、温度テスト、骨密度等の実施率は高かった（表 17）。

採血検査	MRI	単純X線写真	CT	神経機能検査	神経伝導速度	痛み度測定 (ペインビジョン)	認知機能検査
40.4	18.6	8.9	22.0	8.9	0.9	2.6	1.4
39.6	33.3	5.4	53.2	10.0	1.6	2.0	2.3
40.1	35.5	5.6	48.7	7.6	2.0	3.2	1.4
精神科紹介	脳波	温度テスト	自律神経機能	Long XP	Muscle 圧痛計	RI検査 (SPECT)	PET
1.5	1.2	1.2	1.4	0.2	0.5	0.2	0.2
1.1	4.7	1.3	1.4	0.4	0.7	1.1	1.8
2.4	2.9	1.0	2.7	0.5	0.7	1.0	1.7
HADS	脳血流 シンチグラフィ	thermography	Current Perception threshold検査	その他	MMPI	A-deltaと Normal SEP	ドラッグ チャレンジテスト
0.3	0.2	0.2	0.5	1.7	0.2	0.2	0.5
0.4	0.4	0.2	0.2	0.4	0.0	0.4	0.9
0.8	0.5	0.0	0.8	0.7	0.5	0.7	0.2
Small Fiber	アテネ不眠尺度	皮膚生検 筋生検	F波	MRS	検査なし		
0.3	0.0	0.3	0.0	0.3	18.1		
0.5	0.2	0.2	0.2	1.1	3.9		
0.8	0.8	0.3	0.8	1.0	5.4		

【表 17 医療機関規模による検査実施率の比較】

■ 頭痛の原因（診断）

- 当該患者の「腰痛・下背部痛」の原因（診断）として、偏頭痛が最も多く、次いで非特異性頭痛、心理社会的要因の強い頭痛が多かった。（図 55）



【図 55 頭痛の原因（診断）】

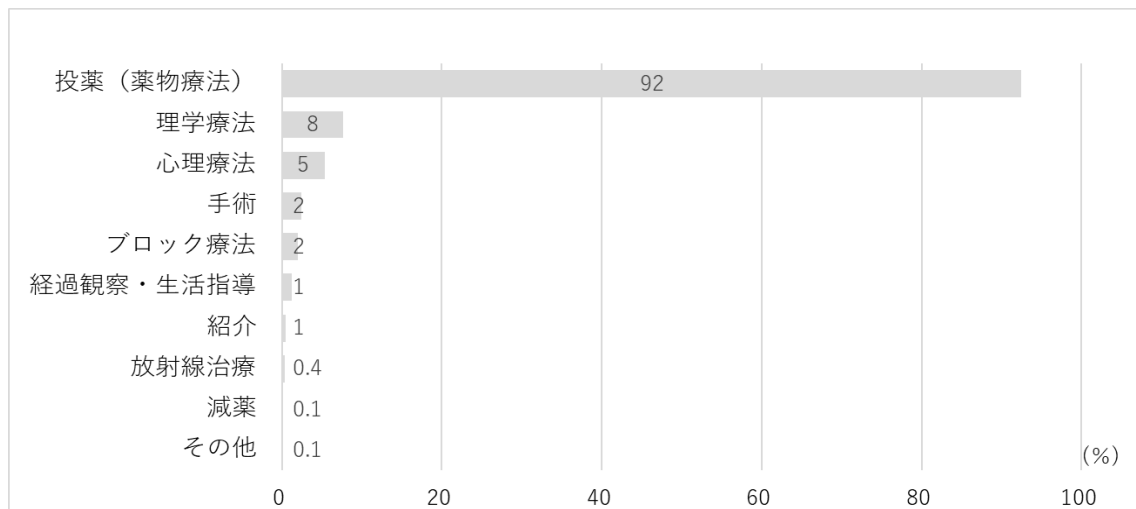
- 当該患者への頭痛の原因（診断）を医療機関規模により比較したところ、大きな差異はなかった（表 18）。

	偏頭痛	非特異的頭痛	心理社会的要因 の強い頭痛	確定診断前に紹介	炎症性疾患 (感染を含む)
診療所	24.2	14.0	14.2	14.2	9.9
400床未満	19.5	15.2	14.9	14.0	8.2
400床以上	22.2	13.9	12.6	13.4	7.8
	腫瘍性疾患	脳卒中	外傷	手術・医療処置に よるもの	その他
診療所	1.4	0.0	0.0	0.0	0.3
400床未満	2.5	0.5	0.4	0.4	0.4
400床以上	4.1	0.7	0.3	0.3	0.3

【表 18 医療機関規模による「腰痛・下背部痛」の原因（診断）の比較】

■ 頭痛患者に対し実施した治療内容（複数回答）

- 当該患者に実施した治療で最も多かったのは薬物療法であった（図 56）。



【図 56 頭痛患者への治療内容】

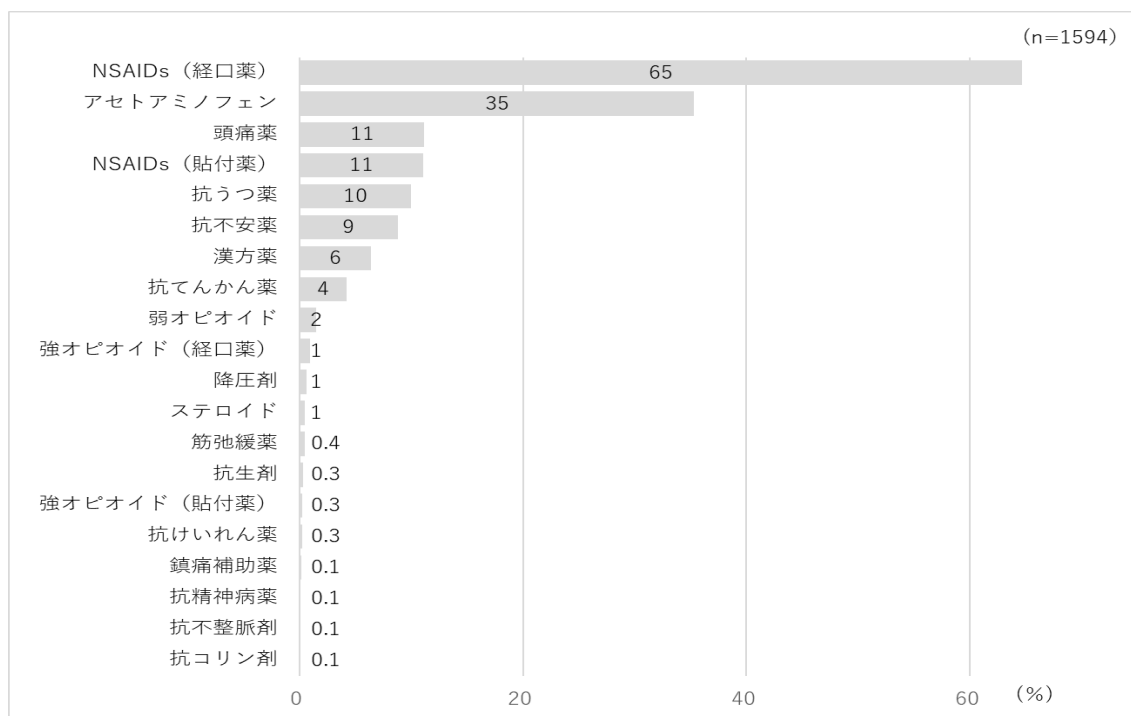
- 当該患者への治療内容を医療機関規模により比較したところ、大きな差異はなかった（表 19）。

	投薬 (薬物療法)	理学療法	心理療法	手術	ブロック療法
診療所	94.5	7.7	4.1	0.9	1.9
400床未満	93.2	8.6	5.9	2.2	1.6
400床以上	89.8	6.6	6.1	4.2	2.4
	経過観察 生活指導	紹介	放射線治療	その他	
診療所	1.4	0.3	0.0	0.2	
400床未満	1.4	0.2	0.2	0.2	
400床以上	1.0	1.0	1.0		

【表 19 医療機関規模による頭痛患者への治療内容の比較】

■ 頭痛患者への処方薬剤

- 当該患者に処方した薬剤として、NSAIDs（経口薬）次いで、アセトアミノフェン、頭痛薬処方が多かった（図 57）。



【図 57 頭痛患者への処方薬剤】

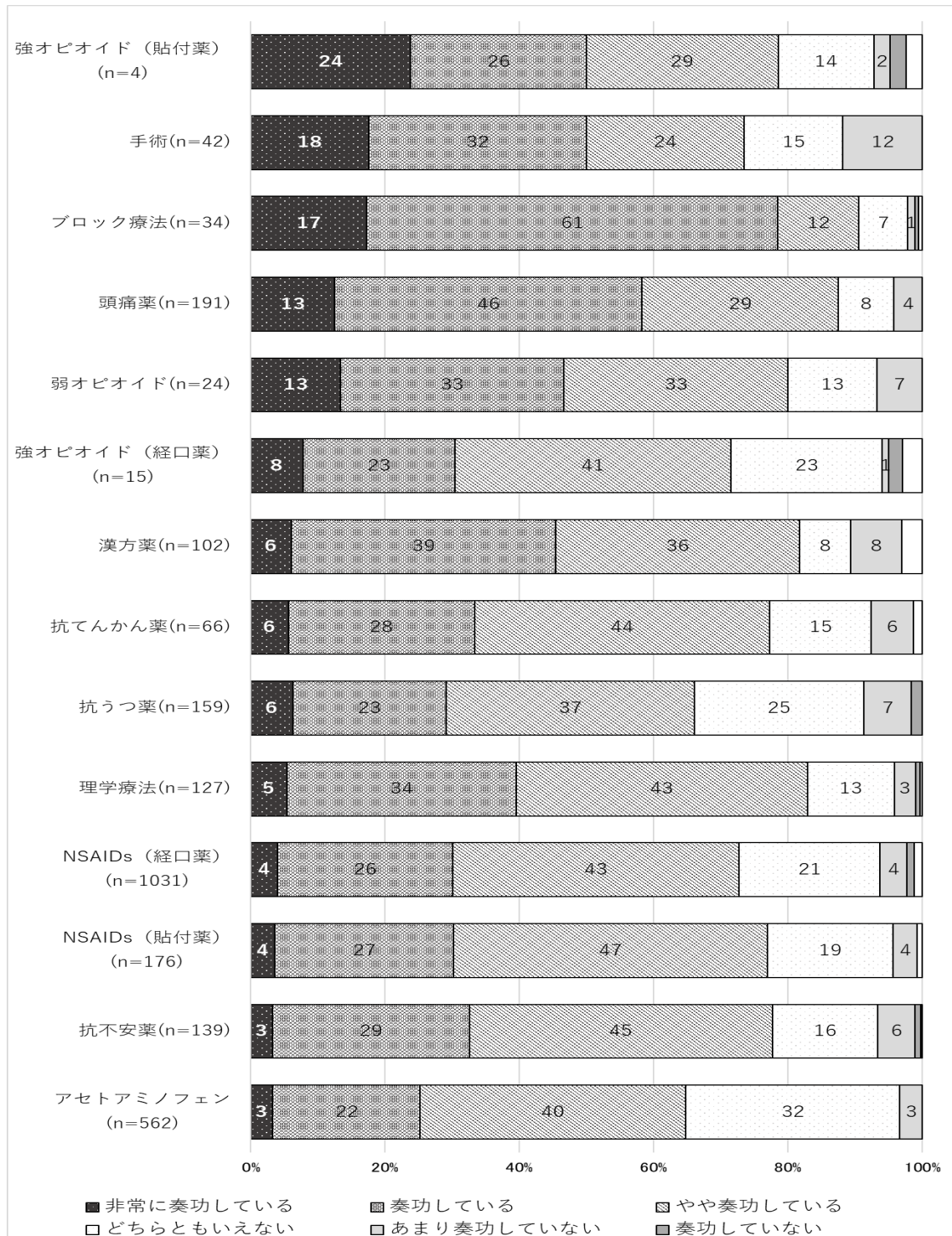
- 当該患者への処方内容を医療機関規模により比較したところ、特に大きな差異はなかった（表 20）。

	NSAIDs （経口薬）	アセトアミノ フェン	頭痛薬	NSAIDs （貼付薬）	抗うつ薬	抗不安薬	漢方薬
診療所	60.9	33.6	15.6	12.2	9.8	8.0	8.0
400床未満	67.8	36.7	7.7	12.4	10.0	9.7	4.8
400床以上	65.6	35.7	9.9	8.6	10.1	8.7	6.3
	抗てんかん薬	弱オピオイド	強オピオイド （経口薬）	降圧剤	ステロイド	筋弛緩薬	抗けいれん薬
診療所	3.8	0.9	0.0	0.6	0.2	0.7	0.4
400床未満	4.2	1.7	1.2	0.6	0.2	0.2	0.4
400床以上	4.6	1.9	1.7	0.7	1.1	0.4	0.0
	強オピオイド （貼付薬）	鎮痛補助薬	抗精神病薬	その他			
診療所	0.0	0.0	0.0	0.5			
400床未満	0.4	0.2	0.0	1.2			
400床以上	0.4	0.2	0.2	1.3			

【表 20 医療機関規模による処方薬剤の比較】

■ 治療が奏効しているか

- 「非常に奏効している」「奏効している」という回答が5割を超した治療は4種のみ、且つ、頭痛薬以外は、いずれも対象患者の少ない治療であった。治療選択で最も多い「NSAIDs処方」「アセトアミノフェン処方」に関する同上の回答は3~4割程度であった（図58）



【図58 頭痛患者への治療が奏効しているか】

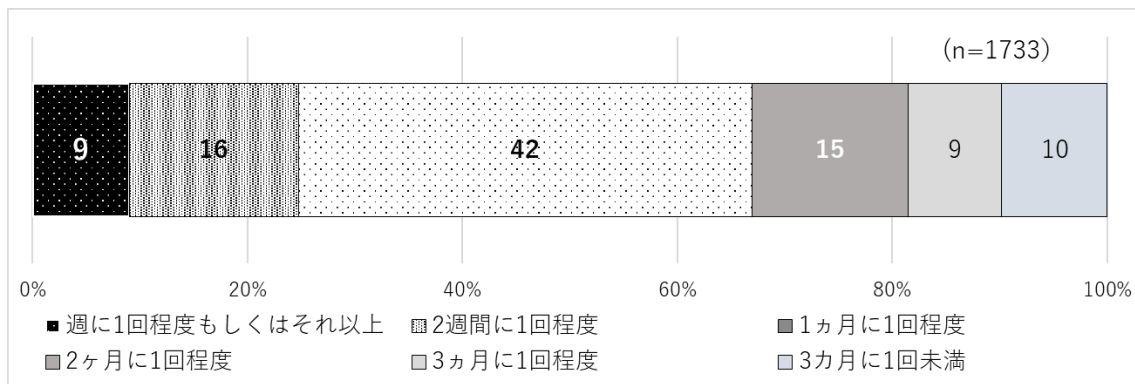
- 当該患者への治療が奏効しているかどうかを医療機関規模により比較したところ、統計的に有意な分布の差があったのは「アセトアミノフェン」「抗うつ剤」であった（表 21）

	頭痛薬			手術		
	診療所	400床未満	400床以上	診療所	400床未満	400床以上
非常に奏効している	14.9	25.0	15.0	40.0	33.3	24.0
奏効している	70.1	43.2	61.7	40.0	33.3	20.0
やや奏効している	8.0	18.2	13.3	20.0	25.0	28.0
	ブロック療法			強オピオイド(経口薬)		
	診療所	400床未満	400床以上	診療所	400床未満	400床以上
非常に奏効している	27.3	11.1	14.3	33.3	0.0	18.2
奏効している	36.4	44.4	21.4	33.3	33.3	22.7
やや奏効している	18.2	22.2	28.6	16.7	44.4	27.3
	弱オピオイド			強オピオイド(経口薬)		
	診療所	400床未満	400床以上	診療所	400床未満	400床以上
非常に奏効している	20.0	11.1	10.0	33.3	0.0	18.2
奏効している	40.0	55.6	40.0	33.3	33.3	22.7
やや奏効している	40.0	22.2	30.0	16.7	44.4	27.3
	漢方薬			理学療法		
	診療所	400床未満	400床以上	診療所	400床未満	400床以上
非常に奏効している	9.1	4.0	9.1	9.1	4.3	5.4
奏効している	18.2	16.0	33.3	27.3	21.7	18.9
やや奏効している	52.3	40.0	27.3	36.4	41.3	32.4
	抗うつ薬			NSAIDs(貼付薬)		
	診療所	400床未満	400床以上	診療所	400床未満	400床以上
非常に奏効している	7.4	1.9	7.5	5.6	0.0	6.7
奏効している	33.3	30.8	18.9	27.8	25.9	23.3
やや奏効している	48.1	44.2	39.6	38.9	33.3	36.7
	NSAIDs(経口薬)			抗不安薬		
	診療所	400床未満	400床以上	診療所	400床未満	400床以上
非常に奏効している	4.8	6.0	5.5	4.5	2.0	4.4
奏効している	30.4	34.8	37.1	22.7	28.0	28.9
やや奏効している	50.1	41.0	39.1	50.0	46.0	44.4
	アセトアミノフェン			心理療法		
	診療所	400床未満	400床以上	診療所	400床未満	400床以上
非常に奏効している	4.3	2.6	2.7	8.3	0.0	2.9
奏効している	37.0	31.1	20.2	29.2	25.0	14.3
やや奏効している	40.8	44.2	50.5	37.5	40.6	40.0

【表 21 医療機関規模による治療が奏効しているかの比較】

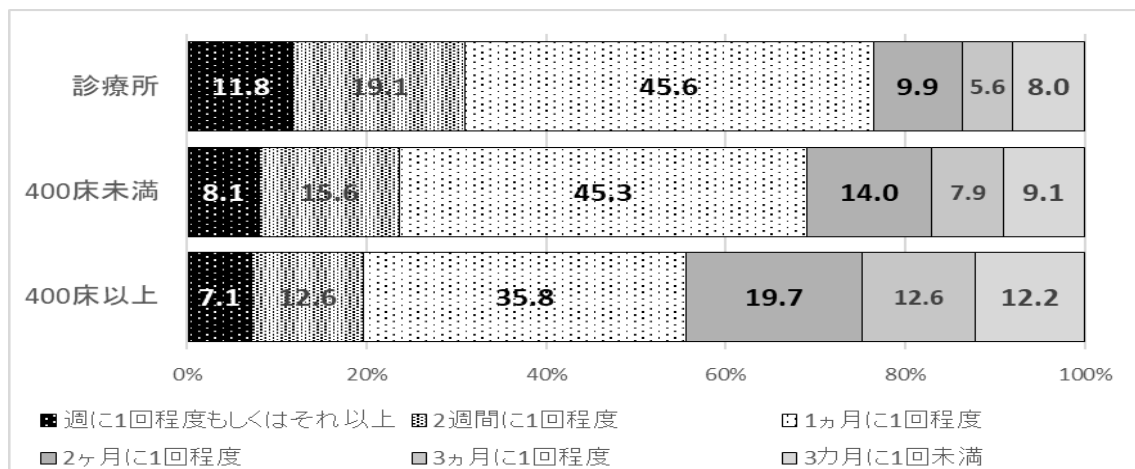
■ 診療頻度

- 当該患者の診療頻度に関しては、1 か月に1 回程度が約 4 割であり、7 割以上の患者が1 か月に1 回以上の診察を受けていた（図 59）



【図 59 頭痛患者の診療頻度】

- 当該患者の診療頻度に関して医療機関規模により比較したところ（図 60） 診療所の診療頻度が有意に高かった。



【図 60 医療機関規模による頭痛患者の診療頻度】

■ 頭痛患者の診療にあたり困っていること

- 当該患者の診療にあたり困っていることとして、1)治療(218)（治療選択の難しさ(128)、薬物療法上の困難(76)、保険適応ではない治療(14)）、2)診断(55)、3)目標設定(46)、4)評価(33)、5)検査(29)、6)患者対応(207)（コミュニケーション(106)、患者のコンプライアンス・アドヒアランス(101)）、7)生活への介入(56)、8)地域連携(31)が挙げられた。

（ ）内の数字は回答の数

471 人の医師の回答を Contents Analysis の手法を用いて分類

以下に主な回答を挙げる

治療(218)

<治療選択の難しさ> (128)

➤ 手を尽くすが症状がなかなか改善しない

- 疼痛コントロール不良の場合の治療選択について困る
- 薬物治療で効果がない場合にどうしたらよいか
- 膀胱がんに対する BCG 療法後の症状だが、排尿痛の訴えもあり、治療に難渋している
- 複数の疾患を抱えるため、治療の優先順位に迷う
- 痛みが変動する場合の治療はどうしたらいいのか
- 身寄りがなく不安が強くなると身体化症状も増悪する患者への治療（対応）
- 最近、頭痛が軽減してきたが、肩痛など新たな痛みを訴えている患者への対応
- 器質的疾患の無い症例の治療方針

<薬物療法上の困難>（76）

- 予防薬を患者が飲みたがらない
- 薬物量が増加傾向にあるが大丈夫か心配
- 薬剤選択について困る
- 片頭痛薬と SSRI の併用について
- 発作時の対応。NSAID で良いのか？アセトアミノフェンにするか？
- 小児で使える薬が少ない
- 内服を続けることで胃粘膜の障害等が心配
- 天気など環境による変化が強く、条件が悪いときは内服してもおさまらない
- 患者さんが薬剤に依存している印象があり、なかなか薬剤を減量できない

<保険適応ではない治療>（14）

- 理学・作業療法士とかに相談したいと思うこともあるが報酬がつかない
- 十分な精神療法が行えない

診断（55）

- 薬物乱用頭痛との鑑別
- てんかんと鑑別診断
- 脳転移との鑑別
- 脳梗塞との鑑別
- 頭痛の鑑別が困難。頸部由来の疼痛の可能性は除外以外にしようがないと思われる
- 偏頭痛の発作が強く、内服では改善せず、くも膜下出血も除外できなかったこと
- 偏頭痛と思うがやや非典型的であり内服でも効果が弱いので診断があっているか不安
- 頭痛が持続している。器質的な異常がないので診断があっているかが不明
- 診断の確定が困難
- 診断が緊張型頭痛でよいかどうか悩んだ
- 器質的疾患の存在の危惧

目標設定（55）

- 疼痛が完全に寛解しない際に何を目標にするか
- 軽い症状だがゼロにならないと納得できない

評価（33）

- 来院時は痛みがないという場合の評価
- 誘因、原因がわからないことが多く困る
- 発症時間帯が一致しない
- 脳転移による頭蓋内圧亢進症状があり、意識清明ではなく意思疎通がむずかしいため、
- 疼痛評価が困難
- 認知症の影響で程度が把握しがたい

検査 (33)

- 頭痛の原因精査のために、何を検査すべきなのか
- 髄膜炎の除外のためどの程度まで腰椎穿刺のハードルを下げるか悩む
- 診断まで多くの検査を要したがミニマムは？
- 原因検索のために必要な検査
- 画像検査が必要かどうかの判断が難しい

患者対応 (33)

<コミュニケーション> (106)

- 多弁で診療時間が長い
- 訴えが多く、1回の診療時間が長い
- 精神的な要素が強いが、本人が納得しないため、紹介できない
- 不定愁訴のような頭痛も多い
- 心理的不安が大きく、訴えがはっきりしない。
- 症状の訴えに一貫性がなく、毎回振り回される。認知症症状もあり、どこまで訴えが真実か見極めにくい

<患者のコンプライアンス・アドヒアランス> (101)

- 服薬アドヒアランスが悪く頻回に高血圧性の頭痛で来院
- 通院を中断したり再開したりで、敵的なフォローアップも難しい患者が多い
- 手術を後悔している患者については、そこに気持ちが集中してしまって建設的な治療過程に入れない
- 患者の訴えが多いが、治癒のための生活改善には非協力的
- 何度説明しても理解してもらえない

生活への介入 (33)

- 片頭痛の予防として、精神的ストレスを避けてリズムのある普段の生活指導、睡眠・騒音・食事(血管を拡張させる食品を控える)などを留意するよう指導しても守ってない様子が気になる。
- 不登校傾向があり、頭痛の治療をどこまで行うか、困っている
- 独居のため生活状況の把握が難しい
- 生活習慣をきくのが大変であった
- 生活指導をどのように行うと有効(有用)なのか
- 家族が非協力的

地域連携 (33)

- 当院ではCTが撮れない。近隣の病院と連携すべきなのはわかっているが...
- 紹介転院先の決定に時間がかかったこと。
- 機能性頭痛の診断過程、心理的な要因をもつ方が多いため、その専門医に紹介しようとしてもどこもいっばいで予約が取れない
- プライマリケアを超える病状の際に紹介を考えるが、患者サイドはあまり乗り気にならない

■ 頭痛患者の診療にあたり慢性痛の専門家に相談したいこと

- 当該患者の診療にあたり慢性痛の専門家に相談したいこととして、1)ペインコントロールの方法、除痛方法(88)、2)紹介に関する時期・タイミング・専門領域(36)、3)診断・検査(22)、4)治療方針・治療の妥当性(55)、5)薬物療法(31)、6)患者指導・対応(43)が挙げた。

()内の数字は回答の数

141人の医師の回答を Contents Analysis の手法を用いて分類
以下に主な回答を挙げる

ペインコントロールの方法、除痛方法 (88)

- 偏頭痛発作のコントロールについて
- 症状コントロール困難な事例の治療について
- 薬物乱用頭痛の対応
- 改善の乏しい持続性連日性頭痛に対する対処方法

紹介に関する時期・タイミング・専門領域 (36)

- 不登校については、多職種で関わるべきと思うが、実際どこに相談したらいいか
- 大学病院等、専門機関へのコンサルトのタイミングが分からない
- 頭部の機能異常か器質異常か相談したかった
- 精神科や心療内科等へのコンサルの基準を知りたい
- 紹介先が困難 (どこにどんな専門の先生がいるがよく分からない)

診断・検査 (22)

- 問診のコツ
- 診断の妥当性や検査が十分か
- 鑑別診断の相談はしたい
- 診断があっているのかを相談したい
- 筋緊張性頭痛の混在なのか、片頭痛の慢性化なのかの判断に迷うことがあり相談したい
- 器質的な問題がないかの判別

治療方針・治療の妥当性 (55)

- 薬物による除痛を第一選択にしているのかなど
- 専門家から、現状の自分の治療方針で問題が無いかどうかをコメントもらえると有難い

薬物療法 (31)

- 薬物療法の有効性と限界
- 薬物選択の基準と調整について
- 予防薬を飲ませるにはどうしたらいいか
- 小児で利用できる薬について
- 抗てんかん薬や漢方薬など、意外な利用法があると思ったので教えてほしい

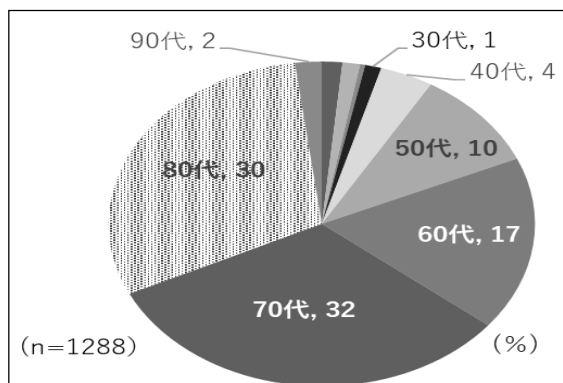
患者指導・対応 (43)

- 患者の疼痛の受容について
- 1人の診察に時間がかかりすぎるので、どうしたらよいか
- 心因性、ストレスによるものであることを納得させる術
- 薬物に依存している患者への対応

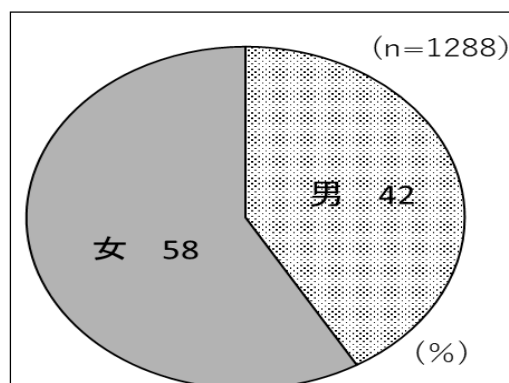
下肢関節痛の診療について

■ 患者属性

- 平均年齢は69.5歳、男性が42%であった（図61, 62）。医療機関規模による患者の平均年齢および性別の差はなかった。



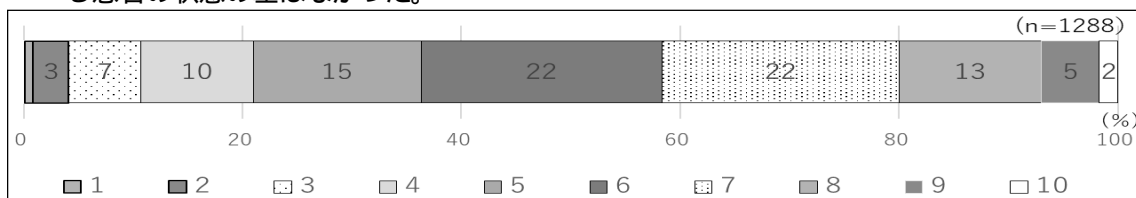
【図61 下肢関節痛患者の平均年齢】



【図62 下肢関節痛患者の性別】

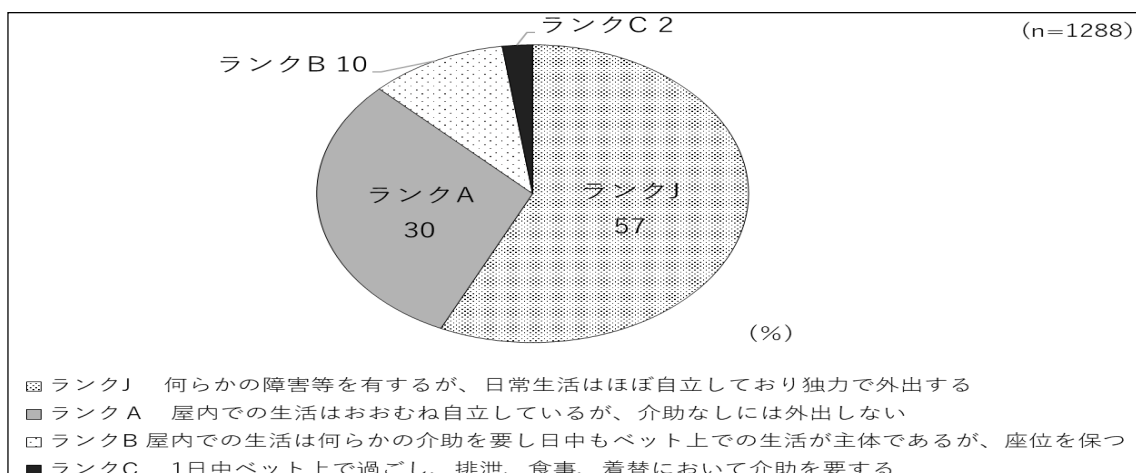
■ 初診時の状態

- 当該患者の痛みの強さは、NRS 1～3（軽度）は10%、NRS 4～6（中等度）は47%、NRS 7以上（重度）は47%であった（図63）。平均値は5.9（SD1.8）であり、医療機関規模による患者の状態の差はなかった。



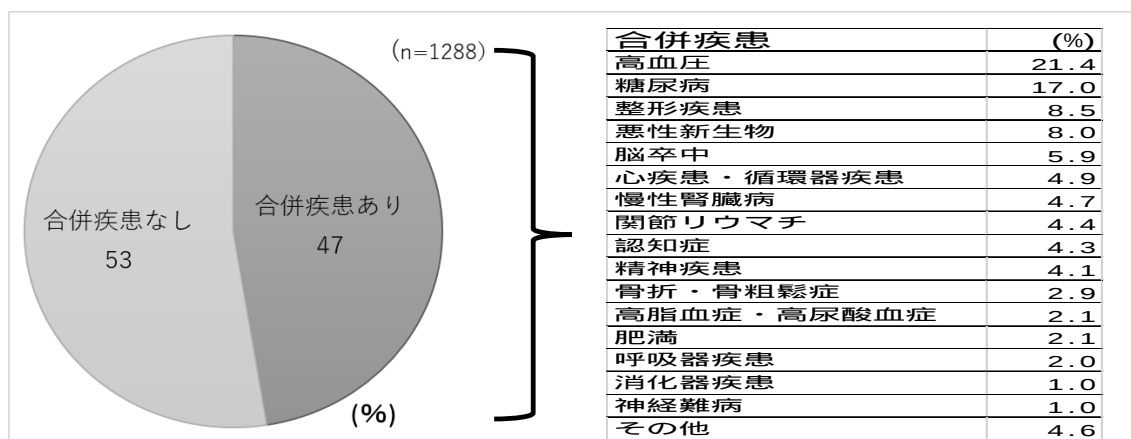
【図63 初診時の状態 患者の痛みの強さ】

- 初診時において、日常生活はほぼ自立しているランクJの患者が約57%、室内での日常生活は概ね自立しているランクAが30%であった（図64）。医療機関規模による患者の状態の差はなかった。



【図64 初診時の状態 生活自立度】

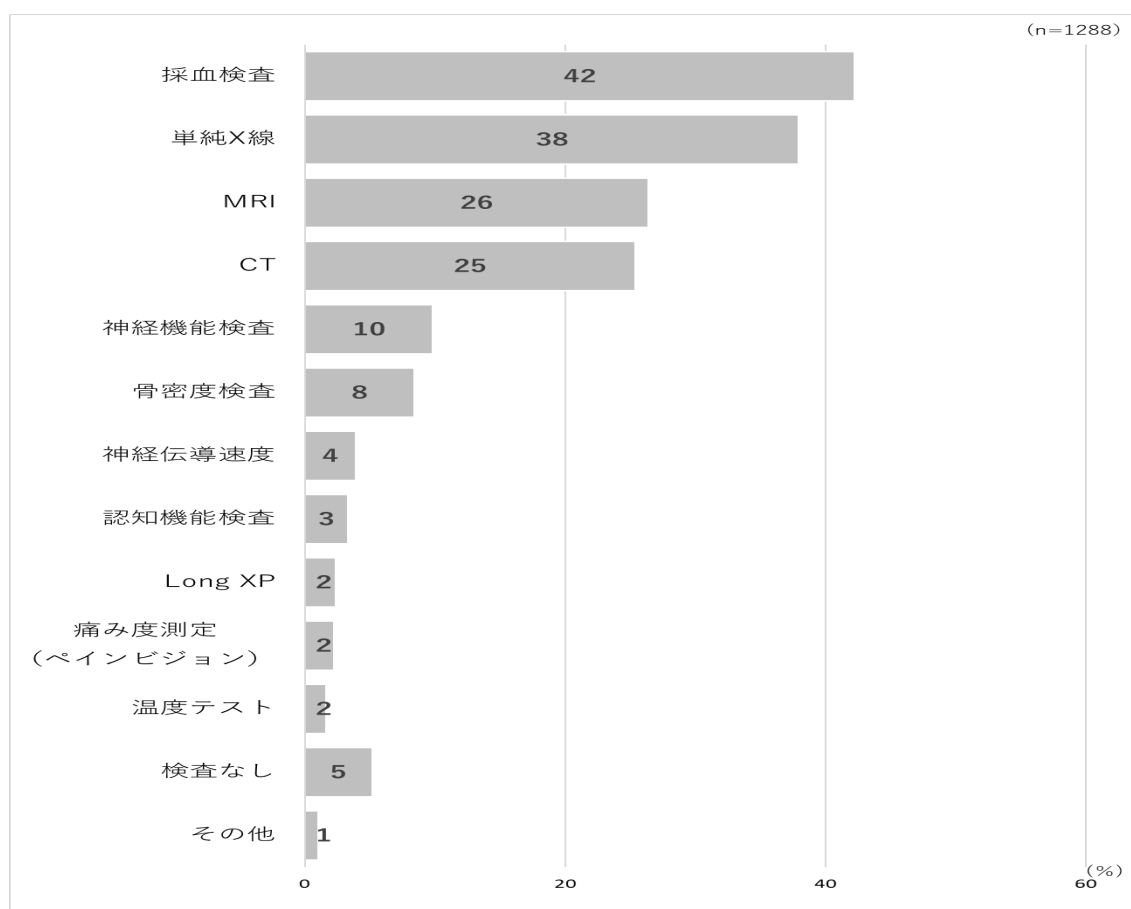
- 合併疾患がある患者は5割であり、多いものとして高血圧（21％）、糖尿病（17％）、整形疾患（8％）、悪性新生物（8％）であった（図 65）。病院において、悪性新生物の患者の割合が高かった。



【図 65 下肢関節痛患者の合併疾患について】

■ 下肢関節痛患者に対し実施した検査

- 当該患者に対し実施した検査で多かったのは、採血、単純 X-p、MRI、CT であった（図 66）。



【図 66 下肢関節痛患者に対する検査実施率】

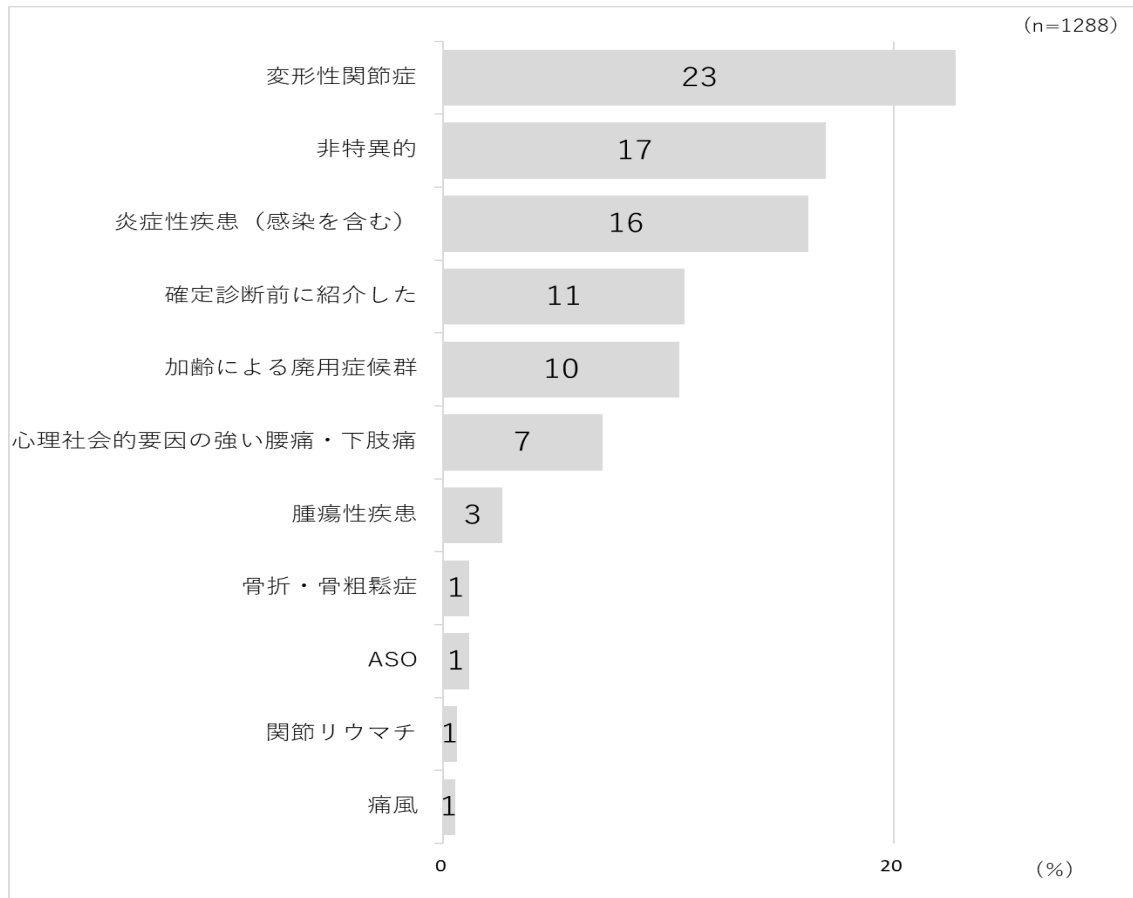
- 当該患者への検査実施率を医療機関規模により比較したところ、診療所では、MRI および CT 等の検査実施率が低かったが、他については大きな差はなかった（表 22）

	採血検査	単純X線	MRI	CT	神経機能検査	骨密度検査	神経伝導速度
診療所	42.4	42.4	18.2	11.5	9.1	10.2	1.9
400床未満	41.5	38.1	31.8	33.2	10.3	7.0	4.3
400床以上	42.9	32.4	30.0	33.2	10.3	8.2	6.1
	認知機能検査	Long XP	痛み度測定 (ペインビジョン)	温度テスト	検査なし	その他	
診療所	3.0	1.7	2.4	1.3	8.9	0.9	
400床未満	4.7	3.1	2.0	1.3	3.4	1.3	
400床以上	2.1	2.4	2.4	2.4	2.9	1.1	

【表 22 医療機関規模による検査実施率の比較】

■ 下肢関節痛の原因（診断）

- 当該患者の「下肢関節痛」の原因（診断）として、変形性膝関節症、非特異性下肢関節痛、炎症性疾患が多かった。（図 67）



【図 67 下肢関節痛の原因（診断）】

- 当該患者への下肢関節痛の原因（診断）を医療機関規模により比較したところ、変形性関節症に関しては診療所に、腫瘍性疾患に関しては、大規模医療機関に多かった（表 23）

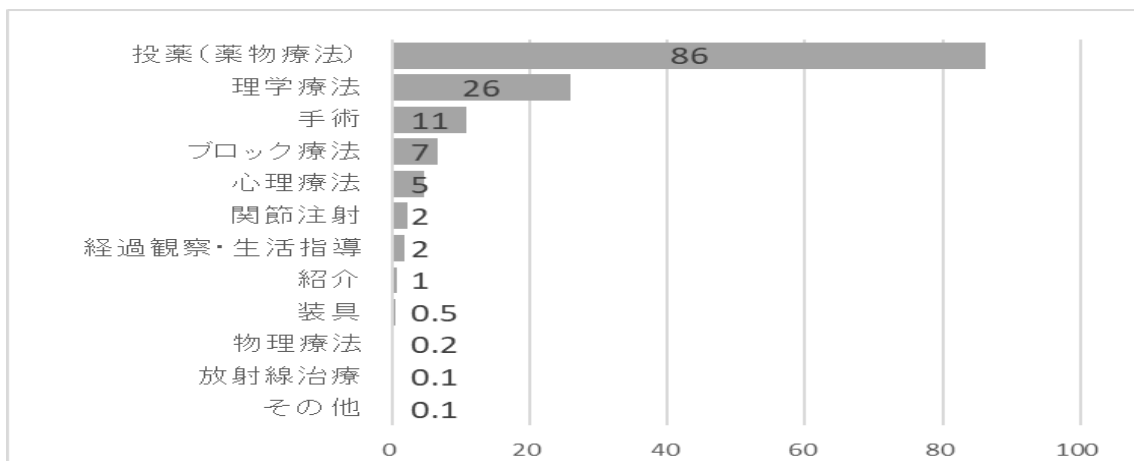
	変形性関節症	非特異的	炎症性疾患 (感染を含む)	確定診断前 に紹介	加齢による 廃用症候群	心理社会的要因 の強い下肢痛
診療所	26.8	17.1	14.5	10.2	17.7	6.9
400床未満	22.4	17.0	17.0	10.8	17.5	7.4
400床以上	18.2	16.8	17.4	11.3	18.4	6.8

	腫瘍性疾患	骨折・骨粗鬆症	ASO	関節リウマチ	痛風	その他
診療所	1.7	0.4	0.6	0.9	0.4	1.9
400床未満	1.1	1.6	1.3	0.4	0.7	2.9
400床以上	5.5	1.6	1.6	0.5	0.5	2.4

【表 23 医療機関規模による「下肢関節痛」の原因（診断）の比較】

■ 下肢関節痛患者に対し実施した治療内容（複数回答）

- 当該患者に実施した治療で最も多かったのは薬物療法であり、次いで、理学療法手術であった（図 68）



【図 68 下肢関節痛患者への治療内容】

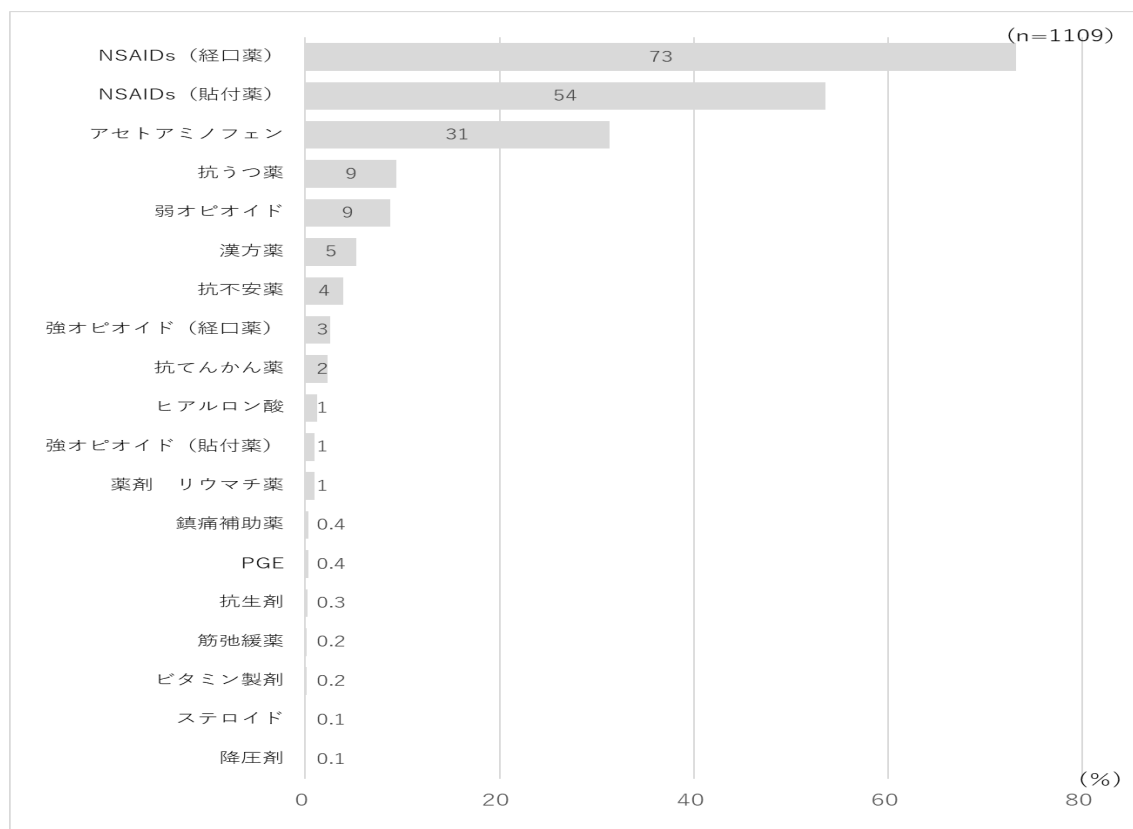
- 当該患者への治療内容を医療機関規模により比較したところ、診療所では手術が少なく、関節注射が多い傾向がみられた（表 24）

	投薬 (薬物療法)	理学療法	手術	ブロック療法	心理療法	関節注射	経過観察 生活指導	紹介
診療所	89.0	24.7	6.1	6.3	3.7	4.5	2.4	0.6
400床未満	85.9	28.3	12.8	4.7	4.9	1.3	1.6	0.4
400床以上	83.4	24.7	14.2	9.2	5.8	0.3	1.3	1.3

【表 24 医療機関規模による頭痛患者への治療内容の比較】

■ 下肢関節痛患者への処方薬剤

- 当該患者に処方した薬剤として、NSAIDs の経口薬・貼付薬、アセトアミノフェンの処方が多かった（図 69）



【図 69 下肢関節痛患者への処方薬剤】

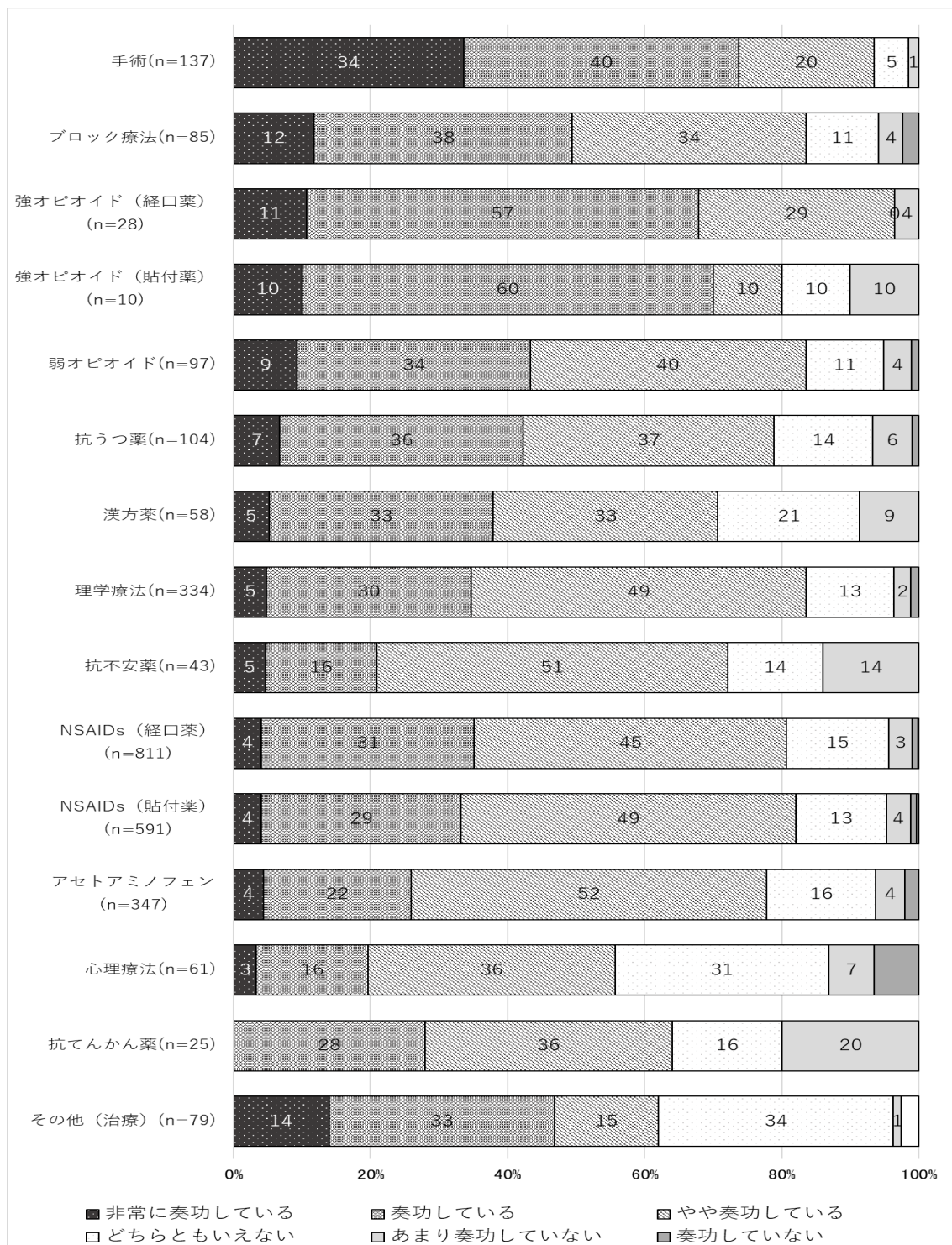
- 当該患者への処方内容を医療機関規模により比較したところ、特に大きな差異はなかった（表 25）

	NSAIDs （経口薬）	NSAIDs （貼付薬）	アセトアミノフェン	抗うつ薬	弱オピオイド	漢方薬	抗不安薬	抗てんかん薬
診療所	72.0	61.5	24.9	9.0	8.3	7.3	2.7	2.0
400床未満	75.2	50.9	33.7	10.7	7.8	4.7	3.9	1.6
400床以上	72.2	46.5	36.7	8.2	10.4	3.2	5.4	3.5
	強オピオイド （経口薬）	ヒアルロン酸	強オピオイド （貼付薬）	薬剤 リウマチ薬	鎮痛補助薬	抗生剤	その他	
診療所	1.2	1.7	0.5	0.7	0.2	0.2	0.7	
400床未満	2.9	0.8	0.8	1.0	0.5	0.3	1.8	
400床以上	3.8	0.9	1.6	0.9	0.3	0.3	1.9	

【表 25 医療機関規模による処方薬剤の比較】

■ 治療が奏効しているか

- 「非常に奏効している」「奏効している」という回答が5割を超した治療は4種のみ、且つ、いずれも対象患者の少ない治療であった。治療選択で最も多い「NSAIDs 処方」「アセトアミノフェン処方」「理学療法」に関する同上の回答は3割程度であった（図70）。



【図70 下肢関節痛患者への治療が奏効しているか】

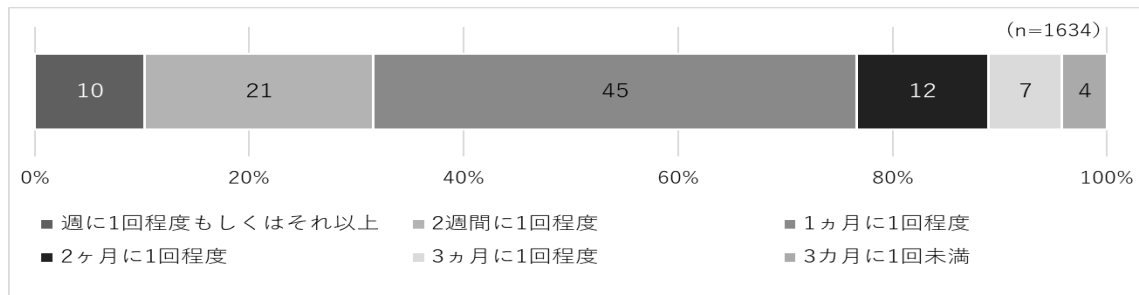
- 当該患者への治療が奏効しているかどうかを医療機関規模により比較したところ、統計的に有意な分布の差はなかった（表 26）

	手術			ブロック療法		
	診療所	400床未満	400床以上	診療所	400床未満	400床以上
非常に奏効している	25.0	39.3	32.1	20.7	9.5	5.7
奏効している	46.4	37.5	39.6	37.9	38.1	37.1
やや奏効している	25.0	17.9	18.9	24.1	42.9	37.1
	強オピオイド(経口薬)			強オピオイド(貼付薬)		
	診療所	400床未満	400床以上	診療所	400床未満	400床以上
非常に奏効している	0.0	27.3	0.0	0.0	33.3	0.0
奏効している	40.0	45.5	75.0	50.0	66.7	60.0
やや奏効している	60.0	27.3	16.7	50.0	0.0	20.0
	弱オピオイド			抗うつ薬		
	診療所	400床未満	400床以上	診療所	400床未満	400床以上
非常に奏効している	8.8	10.0	9.1	13.5	4.9	0.0
奏効している	32.4	40.0	30.3	29.7	41.5	34.6
やや奏効している	47.1	33.3	39.4	43.2	31.7	34.6
	漢方薬			理学療法		
	診療所	400床未満	400床以上	診療所	400床未満	400床以上
非常に奏効している	10.0	0.0	0.0	5.3	4.8	4.3
奏効している	36.7	27.8	30.0	30.7	32.5	25.5
やや奏効している	26.7	44.4	30.0	50.9	45.2	51.1
	抗不安薬			NSAIDs(経口薬)		
	診療所	400床未満	400床以上	診療所	400床未満	400床以上
非常に奏効している	9.1	6.7	0.0	3.4	5.6	3.1
奏効している	9.1	20.0	17.6	29.2	31.3	33.3
やや奏効している	72.7	40.0	47.1	47.5	46.5	41.7
	NSAIDs(貼付薬)			アセトアミノフェン		
	診療所	400床未満	400床以上	診療所	400床未満	400床以上
非常に奏効している	4.0	5.2	2.8	3.9	3.9	5.2
奏効している	29.8	27.8	29.7	18.6	23.3	22.4
やや奏効している	49.2	51.5	44.8	57.8	50.4	48.3
	心理療法			抗てんかん薬		
	診療所	400床未満	400床以上	診療所	400床未満	400床以上
非常に奏効している	11.8	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
奏効している	5.9	22.7	18.2	37.5	16.7	27.3
やや奏効している	35.3	40.9	31.8	37.5	50.0	27.3
	その他					
	診療所	400床未満	400床以上			
非常に奏効している	0.0	20.0	9.1			
奏効している	85.7	60.0	45.5			
やや奏効している	7.1	13.3	18.2			

【表 26 医療機関規模による治療が奏効しているかの比較】

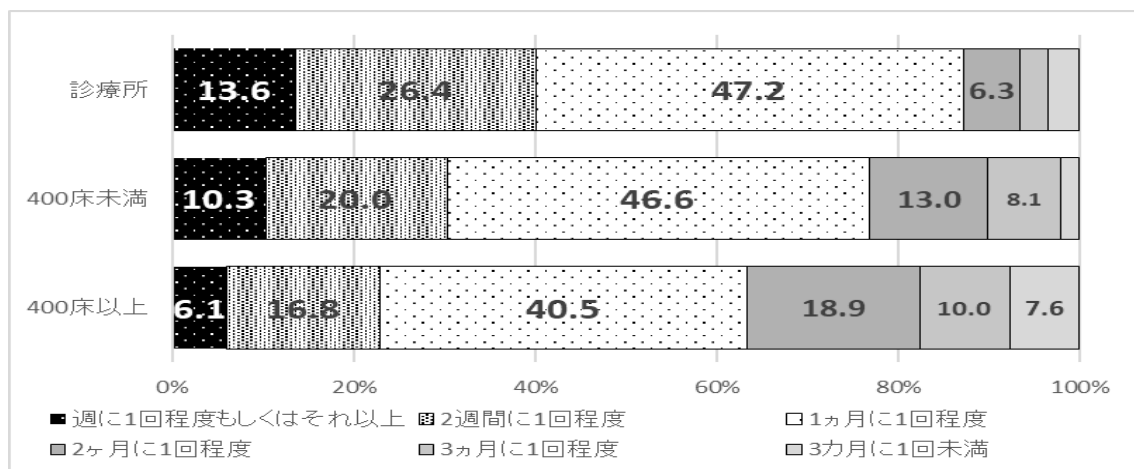
■ 診療頻度

- 当該患者の診療頻度に関しては、1 か月に1 回程度が約 5 割であり、約 8 割の患者が1 か月に1 回以上の診察を受けていた（図 71）



【図 71 下肢関節痛患者の診療頻度】

- 当該患者の診療頻度に関して医療機関規模により比較したところ（図 72） 有意な頻度の差がみられた。



【図 72 医療機関規模による下肢関節痛患者の診療頻度】

■ 下肢関節痛患者の診療にあたり困っていること

- 当該患者の診療にあたり困っていることとして、1)治療(184)（治療選択の難しさ(108) 薬物療法上の困難(36) 痛みの継続による廃用症候群(40)） 2)診断・検査(26) 3)目標設定(10) 4)評価(10) 5)患者対応(107)（コミュニケーション(46) 患者のコンプライアンス・アドヒアランス(41) 定期的フォローの難しさ(20)） 6)生活への介入(18) 7)地域連携(11)が挙げた。

（ ）内の数字は回答の数

346 人の医師の回答を Contents Analysis の手法を用いて分類
以下に主な回答を挙げる

治療(184)

<治療選択の難しさ> (108)

- 疼痛症状が強く、薬物療法に限界があること
- 疼痛緩和しない
- 薬やブロックが何も効果なかった

- 変形性関節症、手術適応無し。改善策が見いだせない
- 廃用性萎縮が強い場合の治療
- 手術適応の有無
- 手術適応がないが疼痛が強い患者への対応
- ワーファリン内服中のため、NSAIDs が使いづらいし、手術も困難
- リウマチ治療との兼ね合いについて
- <薬物療法上の困難> (36)
- 抗うつ剤の副作用で転倒が増えたこと
- 湿布を異常に欲しがるとも多い
- 湿布の貼り方の指導。切り込みを入れたり、適切な部位に適切な貼り方の指導を行ったが、これで良かったのか分からない
- 関節注射依存的な言動がある。水腫なく歩容も良好でも注射希望が強い
- <痛みの継続による廃用症候群> (40)
- 痛みが取れないためリハビリが進まず、筋力が日に日に落ちていく
- 歩行が困難になってきている
- 診断・検査 (26)
- 診断が難しい
- 関節炎と半月板損傷が合併する場合は診断や治療が難しい
- 感染の関与の鑑別
- ASO との鑑別
- 系統的な検査方法について
- 目標設定 (10)
- 痛みのため日常生活に支障ありという患者の目標設定と介入
- 超高齢のためリハビリにどこまで期待できるか
- 評価 (10)
- 鎮痛効果の評価が難しい
- 症状が動揺性で効果判定が困難
- 患者対応 (107)
- <コミュニケーション> (46)
- 本人と家族の話に相違がある
- 日により変わる
- 認知症による不定愁訴なのか、本当に痛みがあるのかなどが分からない
- 思い込みの強い患者も多い
- 患者がオブジーボと言い続ける
- <患者のコンプライアンス・アドヒアランス> (41)
- 理学療法が必要と考えているが、同意してくれない
- 本人のリハビリへの意欲のなさ
- 本来関節置換手術が望ましいが同意が得られない
- 負荷の少ない温水プールでの水中歩行を勧めるも時々しか実施してない
- 肥満に対する意識が低く、食事が守られない
- 内服を嫌がる
- 糖尿病コントロールが悪く、内科診療の協力のもと血糖コントロール中であるが、安定せず手術加療に持って行けない
- 主治医は外科的治療を勧めているが、高齢のため外科的治療を希望されていない

- アルコール性の骨融解が原因だが、飲酒を辞めようとはしない
- <定期的なフォローの難しさ> (20)
 - 不定期受診であり経過のフォローが難しい
 - 病院を転々としている
- 生活への介入 (18)
 - 疼痛のみならず生活への支障が認められるようになった場合の対応
 - 先ずは肥満へ介入したいが、食事指導などしても一人暮らしの場合、難しい
 - 転倒リスクが高いことに対する介入
 - 家族が忙しく通院がなかなかできないのでリハビリ回数が少ない
- 地域連携 (11)
 - 変形性関節症と思われるが、専門家に紹介するタイミングが分からない
 - 整形外科に紹介しようとしたが、拒否された
 - 紹介状の記載法 (紹介先の先生に伝えるべき内容の範囲がわかりにくい)
 - 手術紹介のタイミングが分からない

■ 下肢関節痛患者の診療にあたり慢性痛の専門家に相談したいこと

- 当該患者の診療にあたり慢性痛の専門家に相談したいこととして、1) ペインコントロールの方法、除痛方法 (22) 2) 紹介に関する時期・タイミング・専門領域 (17) 3) 診断・検査 (12) 4) 治療方針・治療の妥当性 (25) 5) 薬物療法 (10) 6) 患者指導・対応 (23) が挙げた。

() 内の数字は回答の数

109 人の医師の回答を Contents Analysis の手法を用いて分類

以下に主な回答を挙げる

ペインコントロールの方法、除痛方法 (22)

- 腎不全患者の痛み治療について
- ペインコントロールの方法
- 長引く痛みへの対応
- 骨転移の痛みはオピオイドが効きにくいいため、他の手段も聞いてみたい

紹介に関する時期・タイミング・専門領域 (17)

- 対症療法以外の方法を系統的に、またコンサルのタイミングを教えて欲しい
- 専門医への紹介時期が分からない
- 鍼灸師や柔道整復師への紹介もありなのか

診断・検査 (12)

- 膝関節症の症状なのか RA の症状なのか
- 整形外科に依頼し、関節痛の鑑別、確定診断
- 診断や治療のアドバイスを受けたい
- 鑑別診断をして欲しい

治療方針・治療の妥当性 (25)

- 変形性膝関節症の理学療法について
- 自宅でできるリハビリなどあるのか
- 整形外科的関節置換術の時期など
- 伏在神経 PRF をやろうとしているが、それに関して相談したい
- 高齢者の痛み、どこまで治療するか

- しびれの対応
- さらに良い治療法があれば相談したい
薬物療法（10）
- 薬物療法の方法
- 薬の増量時期
患者指導・対応（23）
- 変形を受け入れない患者への対応
- 認知症の人をどこまでみるのか（話す症状すべてに検査必要か？）
- NSAIDs外用薬がほぼ効果がないのに、枚数も希望する患者への対処法

■ ピネット調査（想定事例検討）

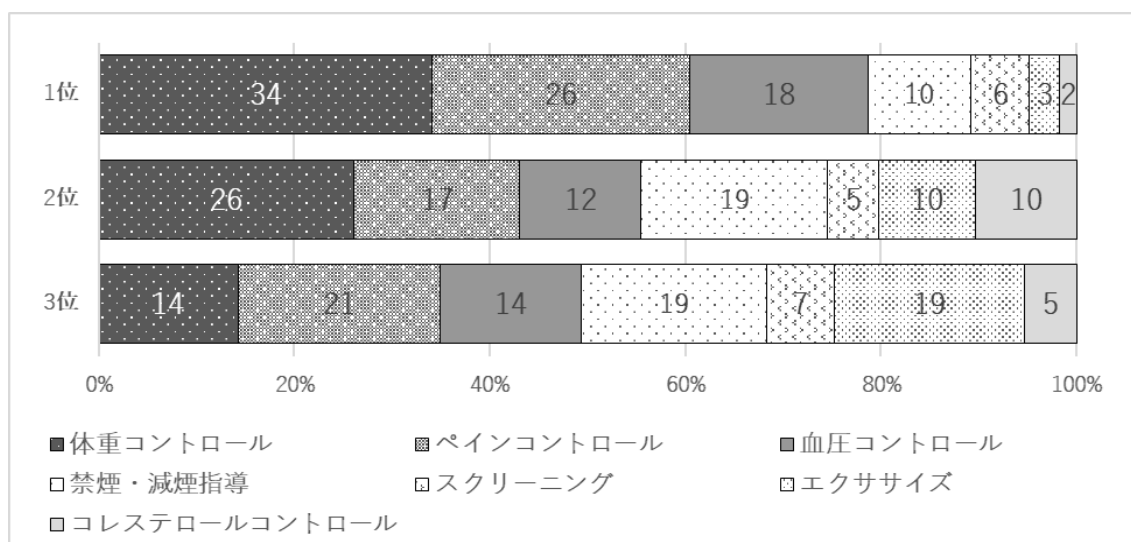
高血圧、うっ血性心不全の65歳の男性。喫煙者。

10年前の外傷による慢性的な腰痛があるが、手術の適応はないと診断されている。過去6ヶ月間に、腰痛は悪化したが、精密検査では痛みを悪化させる新たな原因はなかった。

現在の投薬内容は、リシノプリル、ラシックス、シンバスタチンを最大量、鎮痛目的でイブプロフェン800mgを1日3回、毎日アスピリンを服用している。イブプロフェンの投与量は最近増加したものだが、痛みはほとんど改善していない。

痛みのために1.5マイル（2.4km）以上は歩けないと訴えているが、現在、他の訴えはない。血液データは、クレアチニン1.1mg/dL、空腹時LDL150mg/dLであった。血圧は148/92 mmHg、心拍数は68、体重は98.9Kg、BMIは31、1～10段階で痛みレベルは6。下腿浮腫あり。

- 上記の患者に対して優先すべき治療の上位3つに関し回答を得た



【図73 事例において優先すべき治療3つに関する回答】

- 上記回答の理由（自由記述から主なものを抜粋）

体重コントロールを最優先

- ・ 慢性的な腰痛患者はコンプライアンス不良の方が多く、体重コントロールができていないことが多い。まずは薬物治療の前に治療する意思を確認する意味でも体重コントロールを試してみたい
- ・ 病的肥満があり、これは腰痛を悪化させるのみならず、高血圧、高脂血症にも悪影響を

与えているため、是正されるべきである

- ・ 肥満を軽減しないと腰痛は軽減しない。予後的には禁煙と血圧コントロールは心機能の維持に重要
- ・ 肥満を解消することにより、血圧・コレステロール値の改善が期待できる
- ・ 疼痛増悪の大きな原因の一つは体重にあると考えられるため
- ・ 1.5 マイルも歩けるなら疼痛コントロールは特に必要ない。体重コントロール・禁煙することが優先である。食生活の恐らく乱れ、喫煙の改善により、血圧、コレステロール、血糖も改善されるはずである。まずは体重コントロールから始める
- ・ 比較的年齢が若いにも関わらず疼痛を訴えており、肥満が著名である。太っていて腰に負担が来ている可能性があるから。腎機能などにも影響が出ており、糖尿病などを併発しているかもしれないため、スクリーニングも必須である
- ・ 体重増加に伴う脂肪細胞由来の疼痛増悪が推測され、腰椎への物理的負荷減少効果もあり、まず減量が優先され、続いて痛みのコントロール、そしてある程度の除痛を得ながら運動をする事でさらに運動量減少による疼痛増悪も緩和を図りたいと考えます
- ・ 体重増加による血管損傷の影響は大きく、喫煙もそれに続く、薬物治療はすでに行われており後はエクササイズなどにより全身状態の改善を必要と考える
- ・ 体重減少により高血圧、高コレステロール血症、腰痛のコントロールすべてが好転するから。禁煙もあわせて薦めたいが、食事制限、運動療法と同時に禁煙を開始すると患者さんの気持ちが挫折するかもしれないので次位とする。心不全であり、高血圧のコントロールは 120/70 以下を目標にコレステロール値は 100 以下を目標にすべきと考える。腰痛の鎮痛薬は NSAIDs を増加するより、抗うつ薬、弱オピオイドを考慮する
- ・ 疼痛の程度は、中等度であるが、肥満が腰痛の原因と考えられるので、減量をすすめる。
- ・ 肥満に関連した種々の生活習慣病の改善が患者予後に影響を与えるため
- ・ 疼痛コントロール不良が第一にあるが、過体重が大きく関与していると考えられるため
- ・ 予後と健康寿命に影響の大きいと考えられる要因から優先して選択
- ・ 痛みの原因をしっかりと把握すべきで、体重コントロールを行い、その上で痛みが残っているかどうかで疼痛コントロールを行う必要がある
- ・ 薬物療法よりも生活習慣による改善を目指す方が有効的であると思われる
- ・ 薬剤の効果が見られないため、減量し負荷を減らし、筋力をつけることで疼痛が改善する可能性があると考えたため
- ・ 肥満が、脊髄に悪影響を及ぼしていないはずはない
- ・ 慢性疼痛の原因として肥満は多いに影響があると自験例から感じる
- ・ 体重を落とせば腰痛は軽減し、血圧も低下、鎮痛薬も減量できれば腎機能低下も改善すると予想できる
- ・ 体重による負荷を取り除くのが先決。規則正しい生活と全体のバランスを整え、気分転換することである程度の症状は改善される可能性あり
- ・ 精密検査にて明らかな器質的疾患は認められておらず、痛みの訴えはあるものの 2.4km までは歩行可能と、完全な運動障害にまでは至っていない。HT および HL も認めているが、腰痛の原因となりうると考えられる最大の要因は体重であり、減量のための適度なエクササイズを行うことで心的要因も取り除くことができる可能性がある。
- ・ 精密検査で器質的な要素がない以上、肥満などが影響している可能性を考える
- ・ 腎障害、浮腫などから、腰痛の原因としてまずは体重を減らす事、その後痛みに対してペインコントロールをおこなう
- ・ 腎機能が悪く投薬は極力避けたいので、腰痛の増悪因子として改善が期待できそうな体

重のコントロールから始める

- ・ 血圧絡みの心臓への負担での浮腫は気になるが、腰痛の改善を考えると痛みをコントロールしながら体重を落とすことを優先していきたいかなと。
- ・ 禁煙を一番にしたいが、体重を落としてからやった方がストレスは少ないと思われる。運動もストレス軽減につながるので1位と2位は一緒ぐらい
- ・ BMI31は論外。血圧管理、うっ血性心不全管理にも悪影響なので早急に改善すべき。血圧は体重が減ればいずれ改善すると思うが、下腿浮腫を認めるため早めに降圧したい
ペインコントロールを最優先
- ・ 痛みのストレスで脂質や血圧に悪影響を与えていると思われる。それを解決に導けたら薬の減量ができるのではないかな
- ・ 痛みのコントロールが生活に支障を改善するのに一番大事であると思う。
- ・ 痛みのコントロールが軽減すれば、運動でき、体重が減少、血圧も低下してくるはず
- ・ 体重を減らすことによって、運動しやすくなる可能性は高いが、疼痛をコントロールしないことには疼痛のため運動しにくく、また原因として今まで指摘されていない他の疾患がないか調べる必要はあると考えました
- ・ 体重のコントロール行うにはある程度の運動は必要になる。しかし、痛みが強いと運動どころではないので、まずは一定レベルまで疼痛コントロールを先行し、その後運動や食事療法を行って体重を減らすほうがよいと考えるから
- ・ 腎機能悪化のリスクからこれ以上NSAIDsの投与は、避けるべき。ペインコントロールをうまく実施し、体重コントロールも含めて、適切な運動療法を併用していくべき
- ・ 腎機能が悪く、ADLの低下の原因にもなるためペインコントロールを重視した
- ・ 心不全既往にNSAID投与は避けたいため、他の薬剤でのペインコントロールが必要。肥満は疼痛管理にも影響しておりペインコントロールをしたうえで、減量は重要。心不全再発予防のためペインコントロール・減量で血圧コントロールをより容易にしたいため
- ・ 腰痛の管理を積極的に行う事で、ペインコントロールが可能になると、交感神経系が抑制されて血圧・心不全などに良い影響を与える可能性がある事。疼痛がよくなれば、精神的にもダイエット・禁煙指導についても、理解が得られ易いものと思われる為
- ・ 血圧は疼痛によるものの可能性がある。まず鎮痛を行いつつ原因精査、続いて増悪要因のコントロール
- ・ 血圧に関しては体重を落とせば何とかなりそう。LDLは体質もあると思うので何ともいえないが、急ぎではないかと判断。ペインコントロールしつつ、体重を落としていただくのが一番と考えた。本人に体重を落とすのが重要と認識してもらうため、そこを強調したい
- ・ 患者の困っていることに対して、まず手を打つのがモットーである。評価は必要、体重コントロールは即効性がない
- ・ まず疼痛コントロールを優先して、軽快がみられたら運動を進め体重コントロールに向かう。食事栄養指導は当然だが、血圧や脂質異常は今後ゆっくり対応する
- ・ 疼痛対策をしないと治療コンプライアンスが低下する
- ・ 一番の本人の訴えは腰痛であり、背景として高度obesityが存在する。体重コントロール、食事コントロールが慢性腎不全、高血圧、脂質異常症に対しても有効になりうる症例と考えたため
- ・ まずは痛みコントロールしないと患者の信用がなくなる。体重も痛みに関連しているイブプロフェンの効果がなければ他剤NSAIDやリリカ、サインバルタ等の薬剤に変更すべきでありBMI31では腰に掛かる負荷が大きすぎる

- ・ NSAIDs による血圧上昇、腎機能障害、下腿浮腫が懸念され、疼痛コントロール不十分により、QOL の低下、運動療法の難しいなどの問題がある。
- ・ 肥満を改善していくためにも運動療法が必要だし食事療法も必要である。まず痛みの軽減をはかり食事療法運動療法をすすめていく
- ・ 疼痛を緩和することで、患者との信頼関係を構築してからの方が、方針が立ちやすい
- ・ "疼痛のせいで ADL が低下しており、NSAIDs による腎機能悪化も危惧される。まずは疼痛コントロールから始める
- ・ 疼痛に対する薬物療法が奏功することはラポールの形成に有用、その後の治療導入がスムーズ。禁煙は疼痛にかかわらず必須だが主訴へまずアプローチしたい
- ・ 疼痛により血圧が上昇している可能性があるので、まずは疼痛管理を行う。その後、降圧が不十分であれば 1 を行い、コレステロールも管理を行う
- ・ 疼痛コントロールをしないと、運動もできず、活動性も低下して、悪循環となると考える
- ・ 病態の悪循環に影響する因子の除去が第一
- ・ 慢性疼痛の治療は大変難しく、心因性および器質性の要因が絡んでいる。実際、慢性疼痛は治りませんし、抗鬱薬を使用しても薬理作用で強制的に痛みを感じさせるのを抑えているだけで根本的な治療になっていません。自分がゴルフのやり過ぎで慢性腰痛で恐ろしく苦しんで、腰椎固定術も実施した経験があります。治りませんでしたので、ゴルフはすっぱりあきらめました。腰痛は今でもありますが、"またゴルフがしたい"という強い欲求を捨てたおかげか、気が楽になり、痛み自体に慣れてしまいました。現在はあの時ほどの苦痛はありません。そういう意味では慢性疼痛は精神的なものの占める割合が大きいとは思いますが。しかし、慢性疼痛の苦しみを味わったことも全くない医師たちが偉そうなことを言及しているのには閉口します。とりあえず上記の三点を選んだのは自分の慢性疼痛の経験からよいと感じたからです
- ・ 痛みで血圧が高くなり、心負担になったと思う
- ・ 痛みを取ることが第一優先だと感じる。同時に原因を検索し、リスクが高い場所から取り掛かるのが良いと考えました
- ・ 痛みをコントロールできないと、信頼関係が構築出来ず、体重管理、血圧管理など、本来行わなければならない治療への協力が得られないから
- ・ 痛みをコントロールしないと生活に支障があり、原疾患の治療、療養指導がうまくいかないと考えた
- ・ 痛みの訴えに真摯に答える必要はあると思う

禁煙・減煙指導を最優先

- ・ 心不全ありでの喫煙はもっての外。禁煙してから疼痛コントロールし、運動制限が解除されてから、減量を目指す。このままだと近いうちに透析も必要だろう
- ・ 心不全・腎不全のリスク軽減による予後改善をまず担保する必要がある
- ・ 心不全、体重増加、動脈硬化による血流障害が原因として考えられるから
- ・ 心疾患もあり生活習慣を改めないと治療効果が得られにくいから
- ・ 心血管リスクが致命的になる可能性があるため
- ・ 早急に自身でできることといえば、こうだろうかと思ったから。早期死亡抑制 がまず重要
- ・ 効果が上がれば、生命予後改善の可能性あり
- ・ 原因精査まず必要 ある程度動けているが禁煙は絶対必要
- ・ 禁煙は内服など関係なくされるべき。痛みのコントロールがつかないと、内科疾患のコントロールへ

の介入もむずかしいと思われる

- ・ 禁煙で血行が良くなり、体重を減らして負荷がなくなり、痛みが取れば運動できる
- ・ 禁煙、減塩すれば内科疾患のコントロール改善につながり薬物選択の幅も広がると思われる。体重が減れば腰痛の改善にもつながると思われる。NSAID 鎮痛剤は腎機能悪化にも関係するためなるべく使いたくない
- ・ 急死を予防することが第一である
- ・ 喫煙は百害あって一利なし。まず生活習慣を改めるべき
- ・ 喫煙は除痛の障害因子であると考えた。体重減量により体幹や周囲筋への負担は減ると考えた。それに併用して除痛を行うとよりいいと考えた
- ・ 喫煙は最大のリスクで、肥満もそれに次ぎ、疼痛をコントロールできれば動けるので生活習慣病改善しやすい。外来では何が継続してできるのかを本人に認識させることが重要
- ・ 改善可能な部分からの改善。禁煙については、治療を希望するなら当然のこと
- ・ まず負荷の減少を図るべき。喫煙はもってのほか。治したいのなら禁煙すべき
- ・ まず改善できることから行うべきだと考えたから。まず、禁煙は絶対。その後、痛みが強ければ何もできないので、ある程度の鎮痛は必要。しかし、この症例では2 km歩けるので。まずは減量して体調回復
- ・ タバコは常に悪い。肥満が膝への負担を増強している。次にペインコントロールをして運動を進める
- ・ タバコは血流不良を起こすので疾病のある人は好ましくない。減量は腰への負担を減らす。腰痛体操などエクササイズも有効
- ・ タバコは血管を収縮させるため痛みにはよくないから
- ・ タバコが体に悪いのは大前提（そもそも自分がタバコが大嫌いなので、診察時に臭い人には近づいてほしくない）。次に、体重も大問題だが、痛みが引かないと運動もできない"
- ・ タバコが心不全のみならず疼痛に影響を与えている可能性が高い。その上でペインコントロールをはかって運動療法などの導入をやりやすくすべきであると思った
- ・ うっ血性心不全の基礎疾患がわからないため判断が難しいが、喫煙は論外。クレアチニンが高いため血圧はもう少し下げる必要がある。体重も心臓の負担になっていると思われる減量の必要あり

血圧コントロールを最優先

- ・ 疼痛コントロールも大事だが、高血圧によりさらに病態が複雑になる可能性がある
- ・ 疼痛コントロールするまでもなく AMI で死亡するリスクに対応すべき
- ・ うっ血性心不全があるので、血圧のコントロールは最も大切なのでは
- ・ 内服薬で血圧をコントロールして、体重を少しずつ減らし、喫煙指導（できれば禁煙）をして、狙いは心臓と脳血管負担の軽減です。運動はまず軽く、コレステロールとペインコントロールは付いてくると思います
- ・ 内服の鎮痛剤が多いと消化器や腎機能への影響が心配。アレルギーが起きなければ、湿布やカイロなどで痛みを和らげ、処方薬依存を作らないようにしたい。高血圧や心不全のコントロールにより精神症状が安定しないか検討。治らなければ精神症状を環境調整や心理薬物療法で安定させる。その上で、禁煙に繋げるなど目指す
- ・ 内科的な対応がまだまだ余地が残されているから
- ・ 内科疾患の方が生命予後に関わるため
- ・ 内科疾患のコントロールの上で疼痛の治療を行いたいから

- ・ 痛み以前に、他の疾患の管理が悪すぎる
- ・ 痛みより命が大切。痛みのコントロールはもはや無理。
- ・ 生命予後を改善するのが医者の仕事だから、生命予後につながると思われるものが上位。
- ・ 生命に関わる可能性の高い心機能や脳卒中危険因子の管理を優先すると思います
- ・ 生命にかかわる重篤なデータから治療を優先順位付けした
- ・ 心不全もあるので、生命予後を考慮して血圧コントロールが最優先。次いでしっかり疼痛コントロールをしたうえで運動療法などによる体重コントロールを行うことで心不全、血圧、疼痛を含めた全身管理を行う
- ・ 除痛は、内科的疾患の治療してから行うべきと思うから
- ・ 循環器システムの改善をまず、目標とする。次に、運動による減量により、腰痛は軽快する可能性が高まる
- ・ 循環器系の改善は生命にかかわるので当然優先されるでしょう
- ・ 寿命に影響するものを優先したい
- ・ 血圧は心・血管系に影響を与えるので、まずはコントロールが必須。かなりの肥満のようなので、短銃減少も必要。禁煙はぜひ実行してもらいたい
- ・ やはり生命予後に循環は大切である
- ・ まずは全身疾患を増悪させる要因を除外することが第一。したがって血圧コントロール。次に原量でずいぶん疼痛は軽快する
- ・ NSAIDs を複数使用しており、腎機能障害、浮腫、高血圧もある。まずは血圧コントロール治療を。運動不足からの肥満の可能性もあるので、次に痛みを取って運動療法を勧める
- ・ 先ず NSAIDs の減量が必要である。血圧は NSAIDs を減らすことで改善する見込みはあるが、心不全もあり、最優先で治療したい。体重コントロールも必要であろうが、先ずは信頼関係の構築が必要と思われる
- ・ 生命予後に関わるので血圧コントロールを最優先。体重コントロールと運動コントロールは、薬剤の増加を防ぐうえで有用

スクリーニングを最優先

- ・ 疼痛増悪の因子が内臓疾患にないか、NSAIDs 内服に伴う消化器疾患なども含め、スクリーニングが優先と感じたため
- ・ スクリーニングを行い、疼痛へ影響していると考えられるもののうち、アプローチ可能なものからアプローチしていく
- ・ 疼痛に対しての専門的な薬物療法よりも、他の要因を標準範囲にコントロールするほうが経験上は疼痛の緩和や全体的な体調の改善につながる。まずはスクリーニングを実施
- ・ 連日鎮痛薬内服しているが、疼痛続いている。まずは痛みの原因のスクリーニング。肥満に伴う腰痛の可能性と動脈硬化の可能性あり。次いで禁煙・減塩指導とエクササイズ
- ・ 歩行不能が主訴。検査診察が不十分であるので、まずはスクリーニングを行い、神経性、血管性、炎症性の跛行を考慮して治療進める
- ・ 痛みの原因特定ができていないので、まずはスクリーニングを実施し、ペインコントロールは最後
- ・ 体重コントロールのためにも運動をすすめたいが、痛みを理由に運動ができないと主張されてしまうと思うので。まずはスクリーニングして、器質的な疾患が隠れていないかは最低限行う必要があると思う
- ・ 診断をつけて、精神的な関与がどの程度か評価し、痛みをある程度とってから運動療法をすすめていくのがいいのではないかなと思うから

- ・ 心理社会的要因の検索は必須
- ・ 腫瘍性病変の転移などは否定しておきたいから
- ・ 現在の投薬で患者との信頼関係ができているとは思えない。改めてスクリーニングを通して病識をもってもらふところから始める必要がある。体重コントロールや禁煙や運動の必要性は信頼関係を築いてからでないと通じそうにないが、コレステロール値を下げる意義は通じるかもしれない。痛みに関しては、薬剤副作用の可能性をスクリーニングしながら、訴えと生活障害を確認する必要がある
- ・ 原因は不明、鎮痛剤不応であり、心因性の要因もあるかもしれない。念のためスクリーニングはしておきたいところ
- ・ 原因のスクリーニングをしないと方向性が定まらない。運動と肥満の患者の減量は当然
- ・ 間欠性跛行の原因として ASO か脊柱管狭窄症を考え、神経ブロックやプロスタグランディン製剤等の内服薬の見直しをまず施行し、並行して痛みが悪化する原因となる喫煙や体重のコントロールを施行する
- ・ 鑑別診断スクリーニングをし、ペインコントロールとともに減量して痛みの要因を軽減することが必要と考えるため
- ・ 改めてスクリーニングした後、無理のない範囲でエクササイズから開始し、ペインコントロールをまずは図りたい
- ・ 下腿浮腫があり、まず内科疾患の検索と治療が優先される。まずはスクリーニング。
- ・ 下肢浮腫の原因検索と心不全の程度の把握は必要と考える。したがって最優先はスクリーニング。また、基礎疾患が指摘されていないため体重コントロールは腰痛に効果的かも
- ・ まずは原因がなにか、リフレッシュするようなことで改善するものではないかという点においてもスクリーニングは欠かせない。心疾患もあり、他の薬物療法も行うが生活指導は優先する
- ・ まずはスクリーニングにて腰痛を起こす原因が腰以外にないかチェックする。物理的に腰痛を悪化させる体重のコントロールは必要。そのうえでペインコントロールもおこなう
- ・ すべて、必要な治療と考えますが、アナムネから、物理的原因よりも心因性要素大きいようなので、まずはよく把握する目的でスクリーニングを
- ・ 高齢者の長期間に増悪する疼痛で、精査後に癌の見逃しをしょっちゅう経験するので、自分であればまずは疼痛の原因となるような悪性疾患の否定をまず再検討する。したがって、最優先はスクリーニングをする。それが否定された時にはじめて、症状改善を目指して減量をお勧めするがかなりの BMI や合併症ですぐのエクササイズは逆に危険。栄養指導から開始する。同時に疼痛管理に関しても再度専門家に相談する。
- ・ クレアチニンに上昇があるが、背景に糖尿病がないか、また、下腿浮腫があり、心不全もありそうなので、総合的に治療していかないと、短期間での治療は難しいと考える。腎不全の原因が大量の NSAID であれば、減量していくべき。一旦、全身のスクリーニングを行いたい
- ・ おそらく、過去の腰痛が原因だと思われるが、浮腫がある。うっ血性心不全のため、全身に浮腫があると考えられる。神経を圧迫している可能性がある。また、別の要因(腫瘍など)による疼痛の可能性も否定できない為、まずはスクリーニングをして体重コントロールをしたいが、動けない為、心不全治療と痛みの治療をして、体重減少に向かうべきだと考える
- ・ 慢性腰痛の原因検索が第一。文章ではどの程度の精密検査をしたのか分からない。見つ

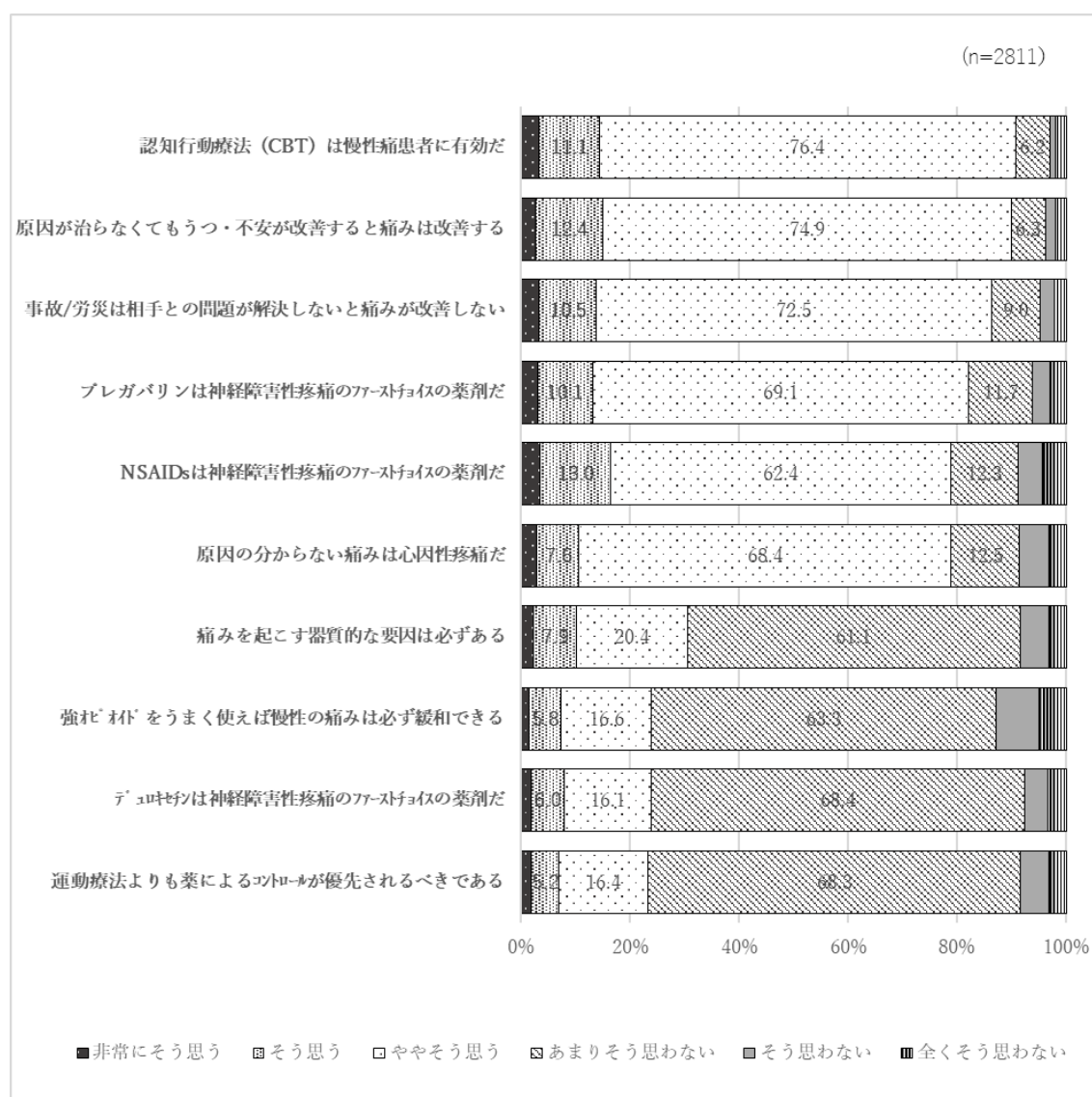
かった疾患によって治療は変わる。明らかな器質的疾患がないとなれば、痛みのコントロールに努めつつ、痛みが増悪した時期前後のライフイベント、生活環境の変化などをききつつ、生活習慣病の改善に向けて、減量をメインに対応を考える

コレステロールコントロールを最優先

- ・ 疼痛に動脈硬化が関連していると思ったから
- ・ 有効性、安全性が高く、副作用が少ない。経済的で高齢者でも飲みやすい。他剤との併用も問題ない
- ・ コレステール高値のままでは健康に悪いから

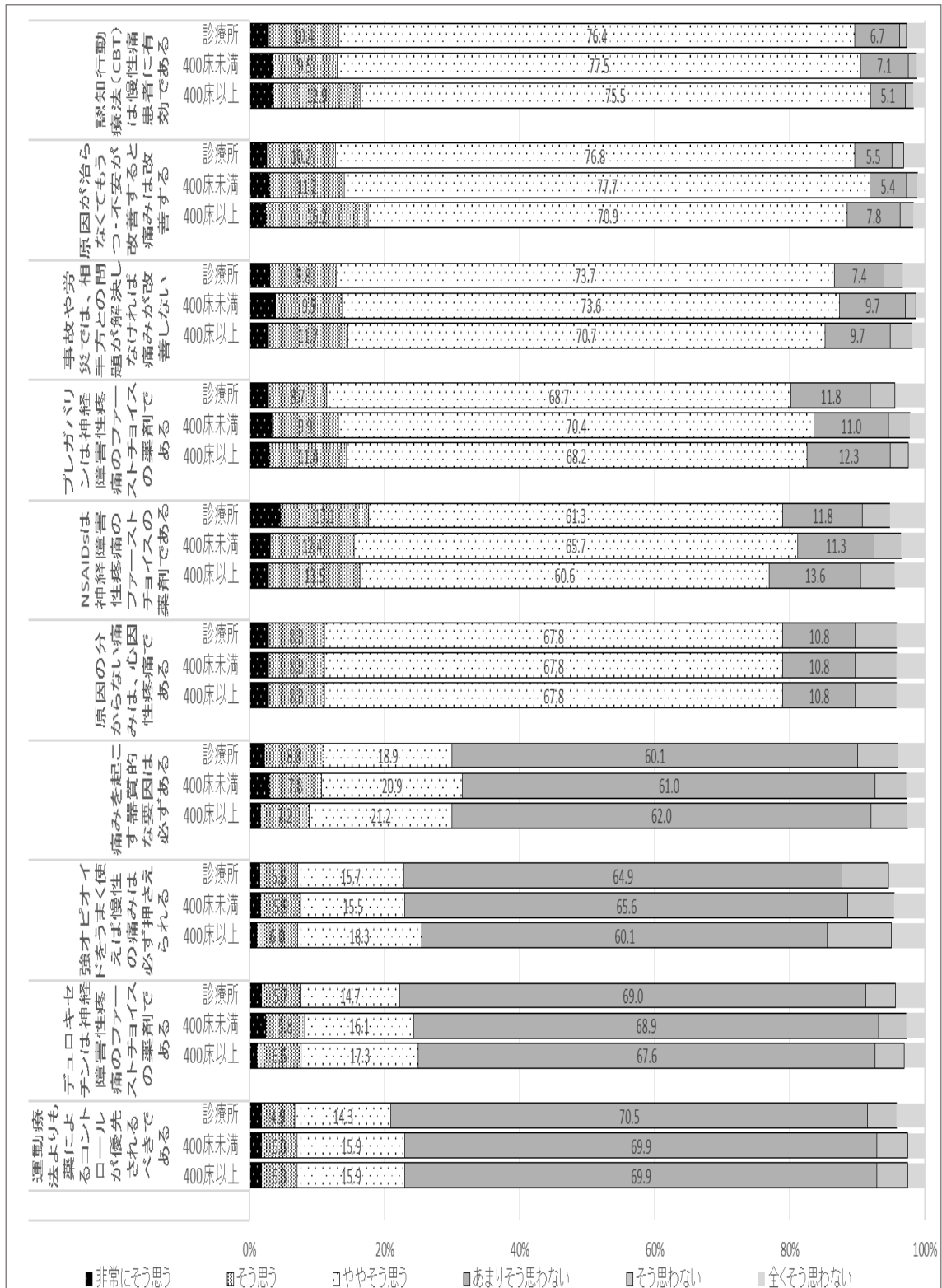
■ 慢性痛治療に対する認識

- 慢性痛治療に関する認識を尋ねた（図 74）。



【図 74 慢性痛治療に関する認識】

- 慢性痛治療に関する認識を医療機関規模により比較したところ、統計的に有意な差があったのは、「認知行動療法は慢性痛患者に有効である」「プレガバリンは神経障害性疼痛のファーストチョイスの薬剤である」の2つであった（図75）。



【図75 医療機関規模による慢性痛治療に関する認識】

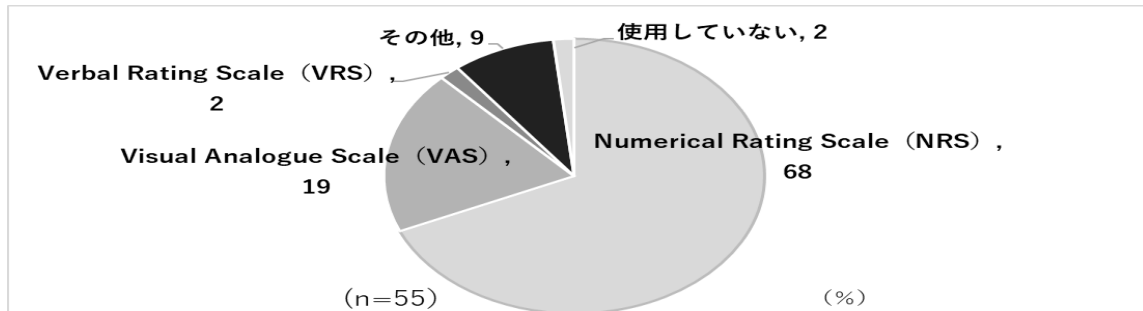
慢性痛患者の診療に係る実態調査
調査 2：結果の詳細

■ 回答者属性

痛みセンター勤務の多職種 57 名より回答を得た。医師 75%、理学療法士 12%、看護師 11%、臨床心理士 2%であった。

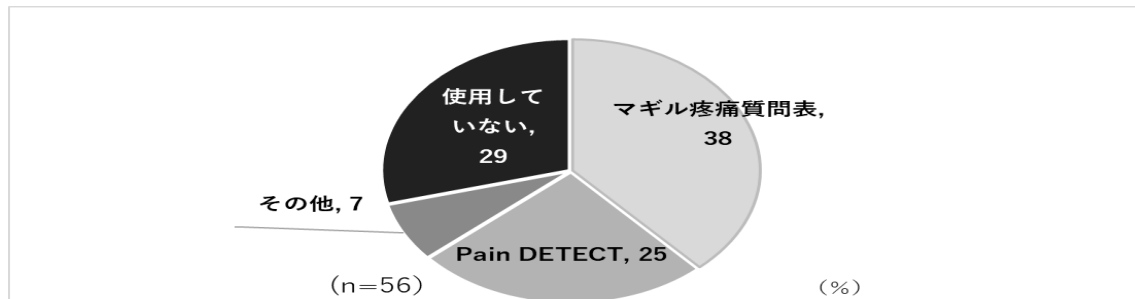
■ 慢性痛診療で使用している評価ツール・指標

- 痛みの強さの評価に関しては、NRS を使用しているという回答が約 7 割であった(図 78)。



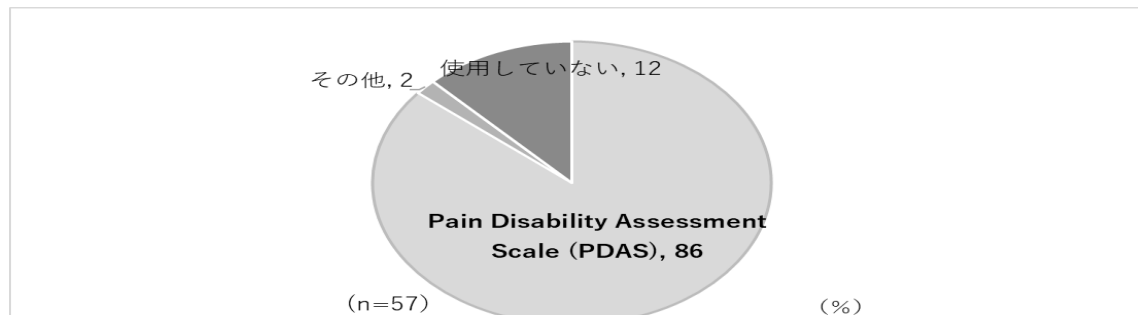
【図 78 使用している評価ツール・指標（痛みの強さ）】

- 痛みの性質の評価については、マギル疼痛質問表が約 4 割、Pain DETECT を使用しているという回答が約 3 割であった。一方、使用していないと回答も約 3 割あった(図 79)。



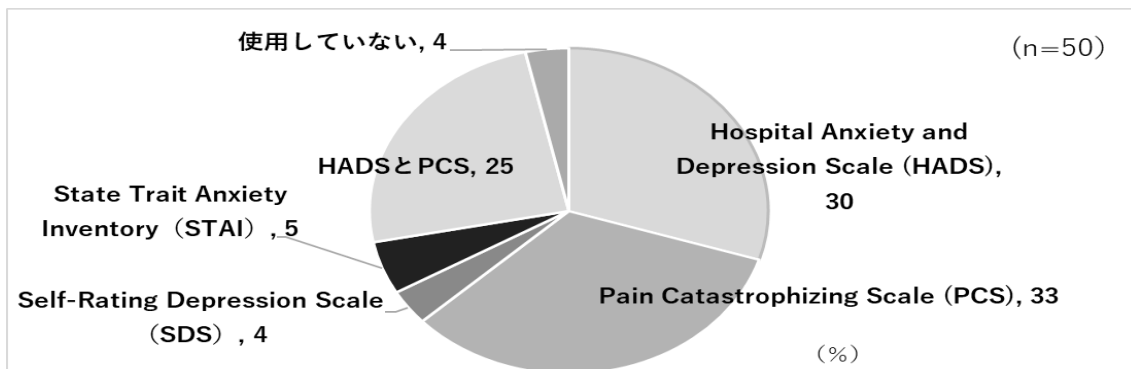
【図 79 使用している評価ツール・指標（痛みの性質）】

- 日常生活支援度の評価については、PDAS が 8 割を超えた。一方、使用していないという回答は約 1 割であった(図 80)。



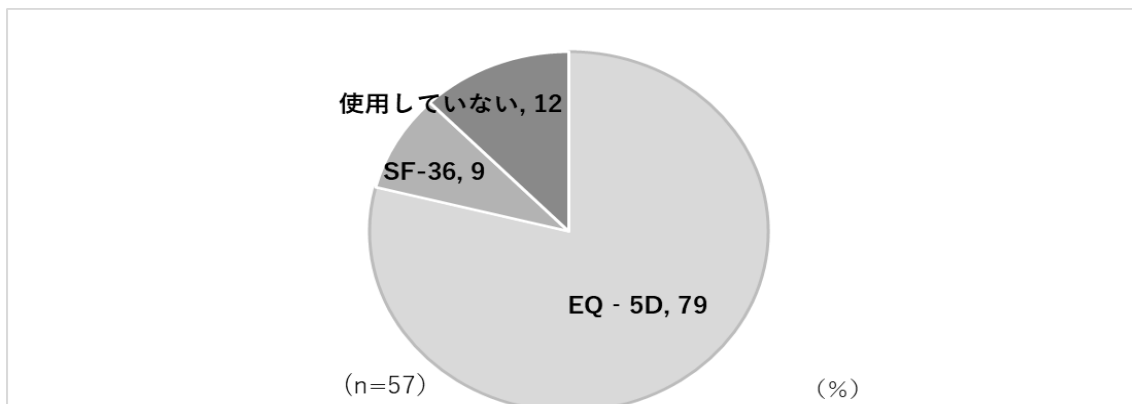
【図 80 使用している評価ツール・指標（日常生活支援度）】

- 心理・精神面に関する評価については、HADS および PCS が各 3 割、また、HADS と PCS の二種という回答が 25%あった（図 81）。



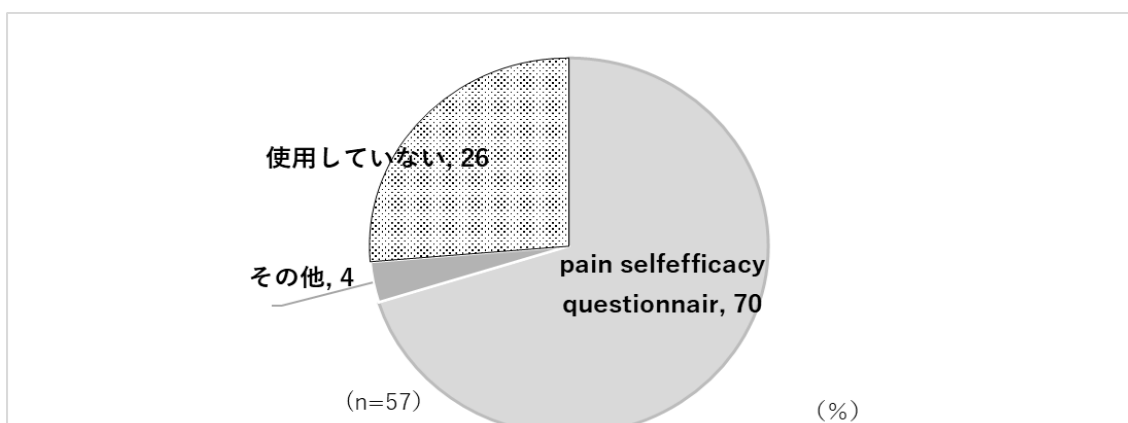
【図 81 使用している評価ツール・指標（心理・精神面）】

- 生活の質に関する評価については、EQ-5D が約 8 割であった。一方、使用していないという回答が約 1 割あった（図 82）。



【図 82 使用している評価ツール・指標（生活の質）】

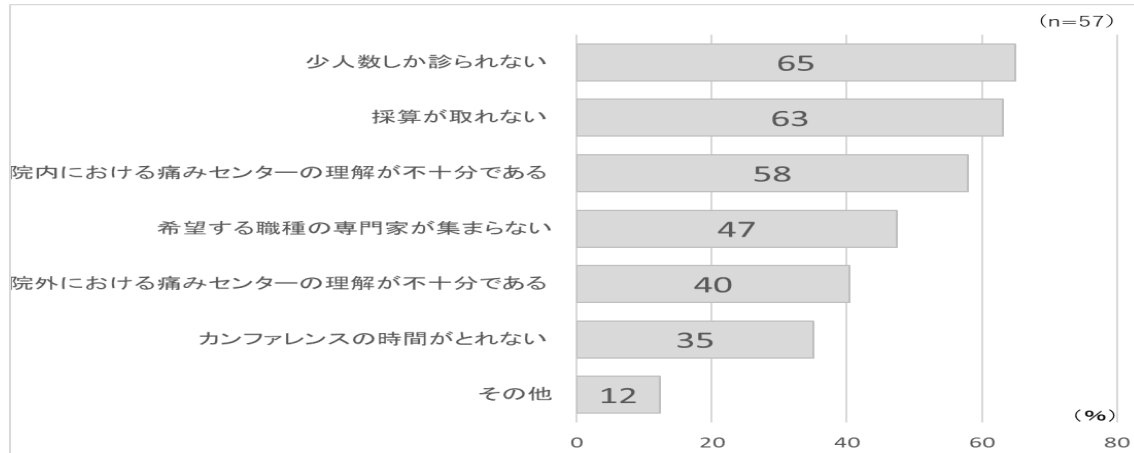
- 自己効力感に関する評価については、Pain self - efficacy questioner が 7 割であった。一方、使用していないという回答が約 3 割あった（図 82）。



【図 82 使用している評価ツール・指標（生活の質）】

■ 臨床上的課題

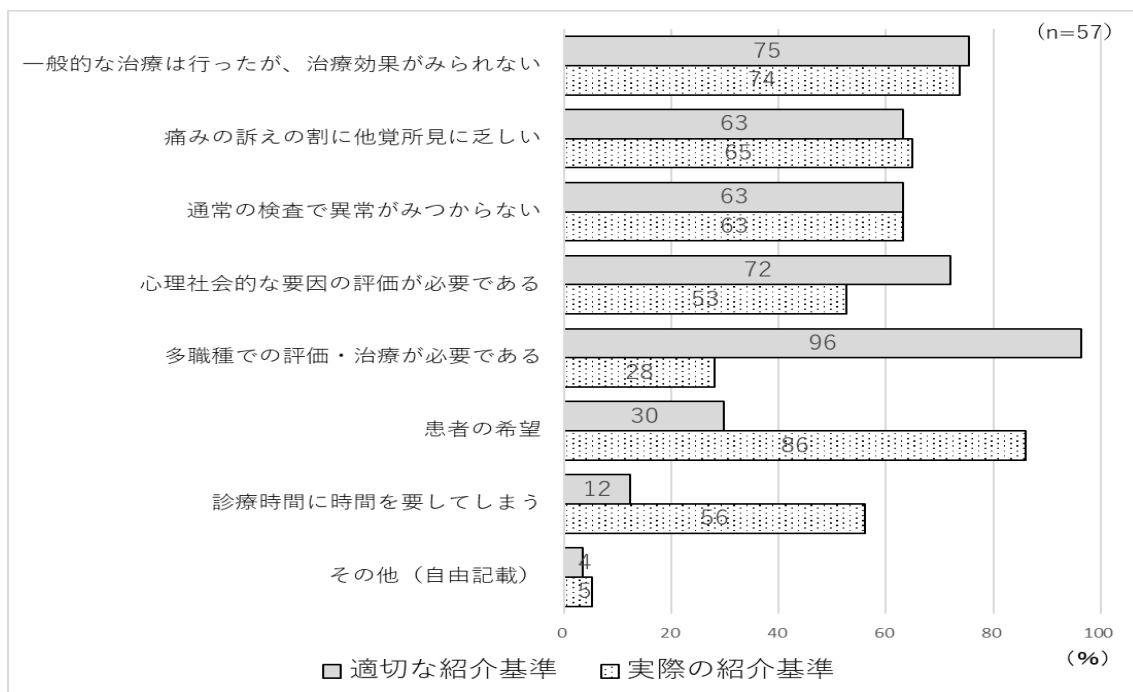
- 慢性痛診療における課題として、5割を超えたものは「小人数しか診られない（一人当たりの診療に時間を要するため）」、「採算が取れない」、「院内における遺体センターの理解が不十分である」であった（図83）。



【図83 慢性痛診療における課題】

■ 痛みセンターへの紹介基準

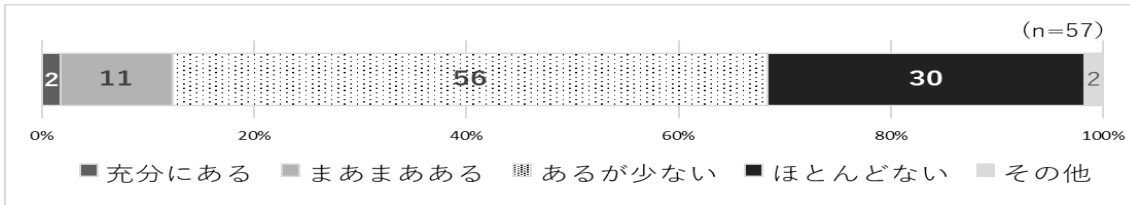
- 痛みセンターへの紹介基準（referral criteria）として「適切だと思われる基準」と「実際」について尋ねたところ、乖離が大きかった項目が3項目あった。実際に紹介基準となっていない項目は「多職種での評価・治療が必要である」であり、適切と考える医療者は少ないものの実際の基準となっている項目が「患者の希望」、「診療に時間を要す」であった（図84）。



【図84 適切な紹介基準と実際との乖離】

■ 診療やケアをフォローアップするために紹介可能な別の機関

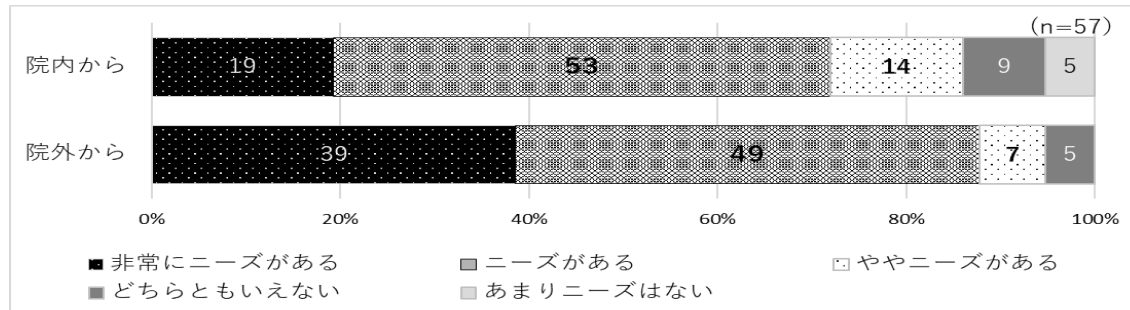
- 診療やケアをフォローアップするために紹介可能な別の機関が「充分にある」という回答は2%であり、「あるが少ない」が約6割、「ほとんどない」が3割であった（図85）



【図85 紹介可能な別の機関】

■ 痛みセンターのコンサルテーションニーズ

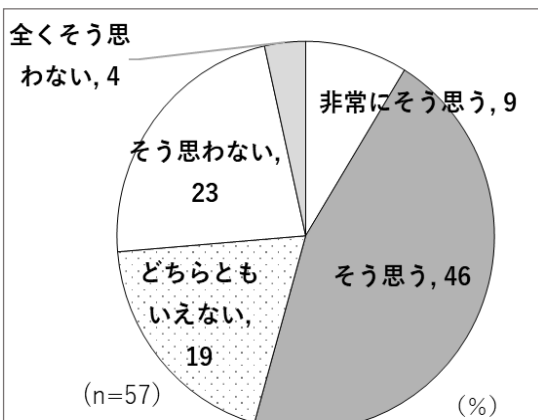
- 院内及び院外からのコンサルテーションのニーズの度合として、「非常にニーズがある」という回答は、院内から約20%、院外から約40%であった（図86）



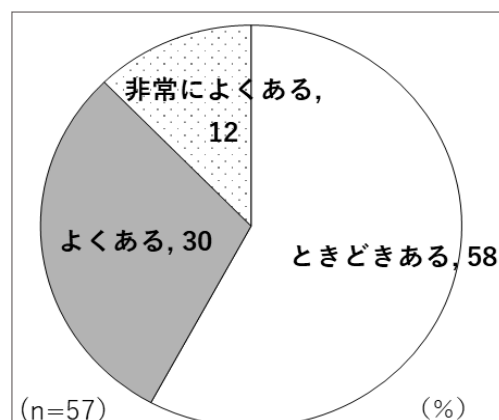
【図86 痛みセンターのコンサルテーションニーズ】

■ 慢性痛患者への対応についてのトレーニング

- 慢性痛患者への対応のトレーニングが十分ではないという問いに対し、「非常にそう思う」と回答が約1割、「そう思う」という回答が約5割であった（図87）。また、回答者全員が実践およびトレーニングや経験の範囲を超える慢性痛患者の診療を求められることがあると回答し、「非常によくある」「よくある」という回答は4割を超えた（図88）。



【図87 慢性痛患者への対応のトレーニング】

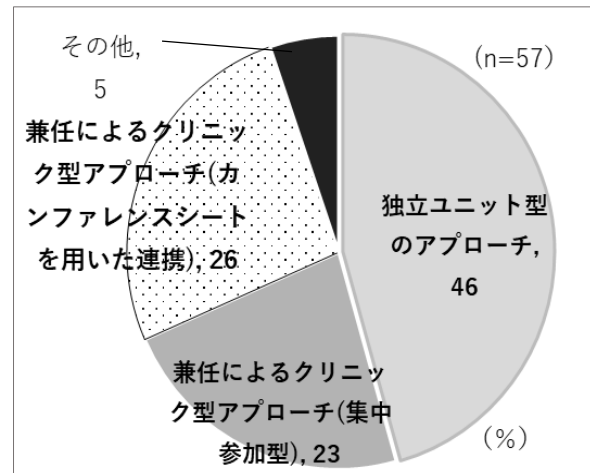


【図88 トレーニングや経験を超える慢性痛患者の診療の頻度】

■ 診療アプローチ

- 慢性痛患者に対する診察へ実施されている アプローチについては、独立ユニット型のアプローチが約5割を占めた（図89）。

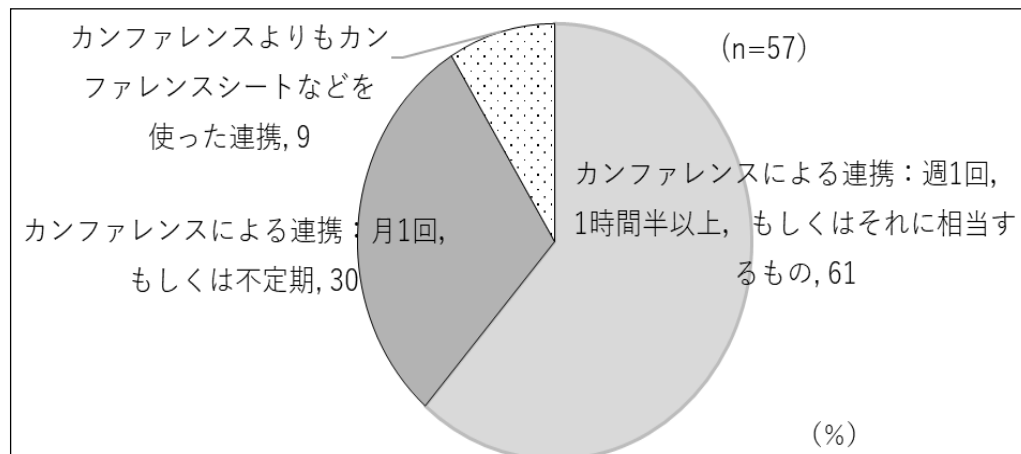
その他として、「診療科単位によるアプローチ」、「兼任による他職種連携（カンファレンス）」、「リハビリセンターの一部外来に慢性痛患者を専門に診療を行うシステム」などが挙げられた。また、入院型アプローチをしている機関は、約5割であった。



【図89 診療アプローチ】

■ 運営：慢性痛患者への診療に関する連携方法

- 週1回1時間半以上、もしくはそれに相当する形で多職種が連携しながら運営にあたっている痛みセンターが6割を超えた（図90）。



【図90 慢性痛患者への診療に関する連携方法】

■ 地域の慢性痛医療の拠点として担っている役割・求められている役割

- 慢性痛医療の拠点として担っている機能として、「難治性の慢性疼痛症例の評価および診療」「多職種による集学的治療」「高度な外来機能」「地域中核病院や周辺クリニックとの連携」「現在はできていない」に集約された。
- 慢性痛医療の拠点として今後求められる機能として、「上記役割の更なる充実」に加え、「教育機能」「医療者・患者への慢性痛に対しての正しい知識や治療啓発」「連携拠点」「正しい診断や有効な治療、ケアに関する研究」などが挙げられた。

■ 慢性痛医療の教育拠点として担っている役割・求められている役割

- 慢性痛診療の教育拠点として現在担っている教育機能は、「地域の医療関係者への適切な慢性痛治療の啓発」「診療体制のモデル構築」「卒然教育」「市民公開講座の実施・住民啓発」等が挙げられた。
- 慢性痛診療の教育拠点として今後求められる教育機能は、「地域を包括する単位でのベースアップの研修会の開催」「慢性痛に精通したスタッフの指導・育成」「患者・住民への慢性痛に関する正しい知識の提供」「地域の診療連携モデルの確立と実証」「慢性痛診療のリーダー育成」「慢性痛診療に関する教育の拠点」「適切な慢性痛診療に関する情報発信とアップデート」「研究」が挙げられた。

■ 臨床上で困難な点

- 慢性痛診療において臨床上困難な点として、「複合した要因を持っている患者が多く、多面的な介入が求められる」「集学的アプローチをしても報酬と連動しない」「精神的・心理的な要因が強い場合でも患者が納得せず、他科（特に精神神経科）との連携・紹介が難しい」「診療や診断、治療に時間を要す」「慢性痛診療・ケアに関わる人材の不足」「痛みセンターに対する患者の過度な期待」が挙げられた。

■ 望ましい体制

- 慢性痛医療の拠点として望ましい体制として、「疼痛に特化した診療科もしくはチームの設立」「コンサルテーション・連携が可能な多職種診療・ケア体制の構築(標準・均てん化)」「慢性痛患者への集学的アプローチに対する診療報酬化」「医療者教育と報酬化の連動」「痛みセンターでフォローすべき患者の基準設定、対象者は重点的な診療・ケアを提供する体制の構築」が挙げられた。

■ 慢性痛医療の拠点としての役割：現在

- 地域の慢性痛医療の拠点として担っている役割に関する主な自由記述
 - 難治性の慢性痛の診療
 - 当該地区にペインクリニック外来が極端に少ないため患者紹介数は多い
 - 通常の1次および2次医療機関で対応できなかった慢性疼痛難治例の紹介を受け、評価および診療を行っている
 - 痛みを有する患者の診察と治療
 - 地域中核病院や周辺クリニックからも難治性慢性疼痛患者を受け入れている
 - 地域開業医との連携
 - 地域医療機関、開業医で対応できない慢性痛患者の診療を行う
 - 地域の慢性痛診療の中核となる病院だと考えます。クリニックなどの個人病院からの紹介などで慢性痛の方が来られる
 - 地域での慢性疼痛難治例の紹介先として、十分な評価と診断技術、治療法を備える
 - 地域での痛み対応が難しい患者さんの痛みの評価、適切な痛みの対応法を提案する役割。治療先は、患者の意向に沿って当院の診療科での加療、あるいは紹介元での加療、あるいはその両者の連携という選択肢がある。
 - 地域から集学的な治療も可能ということで、患者紹介がある。また、患者がHPから集学的治療を期待して受診する
 - 慢性疼痛で医療機関を複数受診しても原因が判明せず、痛みだけが慢性化、悪化している方が多くいること、地域の医療機関へも慢性疼痛の特徴を理解して頂き、集学的多

- 職種診察の有用性を理解してもらいいただけるよう啓発すること
- 他職種間でのカンファレンスを通して、患者の治療を地域で継続して行うのか、大学病院で精査や治療を行うのか今後の治療拠点をどこに持っていくのか等見極める役割
 - 神奈川県にある 11 二次医療圏のうち、横浜北部（160 万人）、西部（110 万人）、南部（100 万人）、横須賀三浦（70 万人）、湘南東部（70 万人）の 5 医療圏（510 万人）の唯一の集学的痛みセンターとして、臨床、P/R 啓発活動の中心として稼働している
 - 集学的診療の提供、紹介元へ集学的診察の結果をフィードバックする。外来や入院にて集学的診療を行う
 - 手術適応がない、あるいは手術でも改善し得なかった症状に対しての患者教育と A D L 維持のための治療。
 - 歯科領域慢性疼痛を呈する red flag のチェック（悪性腫瘍、脳腫瘍など）、心身医学的因子が強い患者へのアプローチとスムーズな連携、歯科領域への慢性疼痛への啓発
 - 多職種による多面的な治療を行っている。
 - 生物医学モデルで対応できない患者に対し、生物心理社会モデルでの対応を行っている。そのことにより、医療費を削減しつつ、患者の社会復帰を目指すことができる。
 - 現在はできていない。
 - 外来疼痛専門診療（薬物療法、簡易精神療法、神経ブロック療法）
 - 関連他科との連携（紹介、コンサルテーション）

■ 慢性痛医療の拠点としての役割：今後

- 地域の慢性痛医療の拠点として、今後求められる役割に関する主な自由記述
 - 痛みを有する患者を診察する医師の教育
 - 医師以外の医療者への研修
 - 地域の連携病院の医師およびメディカルスタッフに対する慢性痛の教育
 - 痛みに対する新たな検査や治療に関する事
 - 地域のクリニックで対応可能な患者さんを見極め、地域医療連携を確立すること
 - 地域医療機関とのさらなる連携
 - 地域の医学教育施設との連携
 - 地域医療機関、開業医で対応できない慢性痛患者の診療を行う
 - 地域の連携病院への引き継ぎ
 - 地域の難治性患者の受け入れ
 - 慢性痛に対する知識を医療者や市民に普及すること
 - 多くの人に慢性痛に対しての正しい知識や治療など、普及啓発していくこと
 - 正しい診断や有効な治療、ケアに関する研究
 - 心理的側面の評価および治療
 - 地域の慢性疼痛の医療拠点として、地域の多職種の慢性疼痛医療者の連携をはかる場を設定し、教育・研修の機会をつくっていく。
 - 紹介患者の病状が安定した際の逆紹介
 - 紹介医との連携
 - 集学的アプローチのさらなる充実
 - 治療に取り組む患者のサポート、患者教育などの継続的な看護
 - 最先端の治療
 - 最後の砦
 - 今後は研修会やカンファレンスの開催等の推進

- 一般病院における地域の慢性痛医療の指導的立場であり、治療の中心的役割
- より一層、慢性痛の方を受け入れるためのネットワーク作り
- 接骨院や個人病院など、また、信頼できる整体院などとの連携もあって良い
- ペインクリニック専門治療の深化
- 慢性疼痛医療に関する情報発信
- チームスタッフへの心理的コンサルティング
- 身体的要因と心理、社会的要因のバランスやベクトルを明らかにして、患者毎に一番適切な疼痛緩和法を選択または組み合わせること
- 疼痛の原因となる疾患を究明すること
- 医師が苦手とする口腔顔面部の疼痛（舌痛症や非定型歯痛）の診断と治療
- 医科、歯科慢性疼痛医療の連携の窓口

■ 教育拠点機能：現在

- 慢性痛診療の教育拠点として担っている機能に関する主な自由記述
 - 慢性疼痛診療に必要な情報を医療従事者に発信・提供すること
 - 慢性疼痛患者を扱うスタッフを増やすこと、また知識の啓蒙
 - 慢性痛診療に係わる医療従事者の教育と指導
 - 慢性痛の病態理解のための院内医療者への啓蒙
 - 麻酔科専門医取得後の若手医師などに対する痛みの専門教育を行っている。また、医学生に対して、年間6コマの痛みに関連する授業をもっている。
 - 認知行動療法
 - アサーション・トレーニング
 - 心理教育
 - 現在は、特になし、できていない
 - 地域医療機関、開業医、医療者、学生に対して慢性痛の卒前、卒後教育を行う
 - 地域の医療関係者への適切な慢性痛治療の啓発
 - 多職種によるアプローチに基づいたリハビリテーションなど
 - 多職種スタッフの合同研会の開催、診断・症例検討会開催、医療スタッフ卒後教育、医師会への働きかけ
 - 卒前卒後を通じて慢性痛についての教育・啓蒙を行う
 - 診療体制のモデル構築
 - 初診患者の問診をとるスキルを新たに来る看護師に教えることや、医師の治療の介助
 - 周辺大学病院等からの研修生の受け入れ
 - 歯科医療界への慢性疼痛の啓発
 - 視察受け入れ、勉強会の開催
 - 市民公開講座の実施
 - 研究会の実施
 - 診療フロー・クリニカルパス等の診療用教育コンテンツ作成
 - 医師・歯科医師・看護師・療法士・心理士の連携治療について、教育の場がある
 - ペインクリニック専門医育成
 - 院内職員：院内向けに疼痛管理ポリシー、疼痛管理ガイドライン（1.がん、2.非がん疼痛：急性～慢性、3.術後痛）を作成し、院内で標準化した治療を施行し、慢性疼痛に対する理解を深める。すでに、臨床現場ではポリシーとガイドラインに準じている。ただし、現状では、治療困難な患者をペインクリニックで治療するフローチャートであり、

- 他部署において慢性疼痛患者に対する心理療法や運動療法などに関する知識は不十分
- 慢性疼痛診療体制構築モデル事業「慢性疼痛患者に対する痛みセンターと地域医療機関連携体制構築に向けた研修会」を開催

■ 教育拠点機能：今後

- 慢性疼痛診療の教育拠点として今後求められる機能に関する主な自由記述
 - 慢性疼痛診療の教育指導・普及
 - 慢性疼痛診療に関する地域全体を包括する研修会の開催等
 - 慢性疼痛に精通したスタッフの指導や育成
 - 慢性疼痛診療に係わる医療従事者の研究指導
 - 慢性疼痛治療に関する情報提供とアップデート
 - 慢性疼痛の病態理解のための地域医療者・住民への啓蒙
 - 慢性疼痛の診察ができるよう教育システムの確立と後任への教育システムの構築
 - 難治性疼痛患者への対応に関するモデル構築と発信
 - 適切な慢性疼痛診療に関する情報発信
 - 地域住民に対する疼痛医学教育
 - 地域医療機関・医療者へ向けた研修，情報発信
 - 地域医療機関、開業医、医療者、学生に対して慢性疼痛の卒前、卒後教育を行う
 - 多職種診療の必要性和集学的アプローチの必要性に関する教育・普及啓発
 - 他科スタッフへの慢性疼痛アプローチ指導
 - 視察受け入れ、勉強会の開催
 - 公認心理師教育
 - 研究
 - 教育・普及のための拠点病院
 - 学生および初期研修医に対する講義や実習機会の提供
 - 院内、地域における心理療法や運動療法、多職種治療に関する教育
 - 地域の訪問看護師、ケアマネージャー、薬剤師などへのアプローチ
 - 医学生に対して慢性疼痛診療を正しく教育する
 - リーダーの育成

■ 臨床上で困難な点

- 慢性疼痛診療に関し臨床上困難な点についての主な自由記述
 - 慢性疼痛は、痛みの訴えに借りた人生の苦しみ、辛さの吐露という側面もあると思う
 - そんな患者さんに寄り添い、対応するにはいろんな知識と経験が必要。それに見合う保険 点数もないのが実情
 - 歯科だと尚更ですが、かといって口の痛みの患者さんにすぐに心療内科を勧めても応じない
 - それを少ないマンパワーの中で行うことの困難さを実感している
 - もっと時間をかけたいけど、できないことも困難な点
 - 慢性疼痛疾患のそのものの理解が不十分であり、これまでは連携をとれる医療機関が明確でなかった
 - 慢性疼痛の理解がなされず、受動的治療を強く望む患者が多いこと
 - 評価、治療に時間がかかる
 - 認知症患者の診療

- 痛みがすぐに良くなると考えてこられる患者や、何かやってもらえると安易に思ってこられる方が多い事
- 大学病院での入院リハビリなどは、採算が全く取れない
- 精神的な疾患が症状を修飾している患者への対応
- 精神症状が強く認められている場合、なかなかうまくいかないこと
- 精神科的診療（精神療法や心理療法）が継続的に必要と思われる患者さんへの治療
- 精神科やかかりつけに繋がっていきたいが、患者さんの抵抗が強い場合、慢性疼痛外来における治療をどこまで担うか
- 治療目標の明確化が必要だが、漠然としていることが多い
- 精神科医の協力が得られない、心療内科医がいない、精神面での評価、多様な心理療法ができない。診療報酬がなく、不採算である
- 生活保護患者が多く（痛みのためにそうなった人が多数）、治療費無料のためと思うが症状改善がはかばかしくなくてもオピオイドを要求してくること
- 診療報酬未収載により弊害（時間をかけられない、理学検査だけで点数を取れない、CBTなど併用しようとする治療が算定されないなど）
- 痛みセンターに来れば魔法のように痛みがゼロになる過剰期待で来院される（紹介元の説明を受けているのか、聞いていないのか）
- 患者教育を含めた治療が必要な場合が多いので、期間もある程度かかる。
- 診療に時間を要する。相談する医師が少ない。明確なガイドライン等が存在しない
- 理学療法士やリハビリ科医師がスタッフにいないため、本格的な運動療法が導入できない。
- 診断病名上、リハの継続が必要にもかかわらず、終了せざるをえない、
- 心理面の関与がある患者に関して、精神科医や臨床心理士の診察を受けることを拒否されないように進めること
- 精神的・心理的な要因が強い場合でも患者さんを十分納得させる事が困難で、他科（特に精神神経科）との連携（または精神科への紹介）が難しい
- 心理的要素がある患者でも麻薬製剤やインターベンションが有効な例も存在する一方で、精神的不安定性が強くコミュニケーションそのものに問題がある患者も存在する。それらの見分けが治療開始初期に困難であると感じている。
- 心理的アプローチ
- 心理教育の時間が足りない、臨床心理士の人数が少ない、リハビリ介入が困難
- 重症例が増えており、解離や自傷などの症例に対する院内の連携
- 縦割り診療のため集学的アプローチの実践が困難である。慢性疼痛診療に関わることができるスタッフが少なく、時間的な制限がある
- 十分な時間の確保や精神支持療法などを行い診療する必要性があることや慢性痛は生活習慣やセルフケアの必要性があることを理解してもらうための説明をする必要があるため診療時間が長時間にわたることや医師のみの診察では限界がある
- 修飾因子が複雑に絡み合っているとアプローチが見えにくい
- 歯の切削や抜歯といった不可逆的な診療行為がすでに行われている場合があるが、訴えとの関連性が判別困難な場合があり、治療方法の選択が困難となることが多い
- 使用したい薬（非承認薬）が使えない
- 採算が全く取れないため、院内での活動に限界がある
- 口腔領域の慢性痛診療で最も困難な問題は、医科と歯科で保険制度が異なる点で、患者は医科と歯科において同じカルテで受診することができない点にある。このことは、初

- 診、再診を内科の医療機関と歯科の医療機関に分けて受診する必要があることを意味しており、一人の患者を集学的、全人的に見ていくうえで大きな困難となっている
- 経過が長く、生活や人生のエピソードを聞いていると、時間がながくかかってしまうし、聞ききれない部分もある。(外来の限界)
 - 機材が不十分で、十分な専門的検査を実施できない
 - 患者さんの疾患だけに焦点を当てた評価分析だけでは問題点の解決はできない点。成育歴、教育歴、家族内の人間関係、学校や職場での抱える問題、価値観など1人の患者さんの痛みの訴えや痛み行動に影響を与えうるこれらの修飾因子についての情報収集に多くの時間が必要で、かつ多面的な情報収集のためには多職種が必要になる点
 - 患者さんのタイプ(発達障害・不安症・強迫性障害など)対応が難しい。タイプを見極めるまでの時間もかかるので、治療介入のマニュアル化が難しく、診察時間が長くなってしまう
 - 確定診断
 - 外来診察の時間的制約
 - 遠方の患者の場合、通院の回数が減ってしまい、定期的な通院を必要とする運動療法などの提供が困難ことがある。地域で同様のプログラムで行える医療機関の連携システムの構築が必要と考えている
 - チーム加算や拠点病院加算がなく診察や治療に時間を要するため、病院的には歓迎されない
 - 医師が各科からの派遣という形までは、独立したポジションもなく、至らない
 - すぐに効果の出る強い薬剤の要求や神経ブロックなどの治療を期待して受診する。長期治療、受診が必要になることをお伝えしても定期的な通院ができずに他院を受診してしまう
 - カンファランスの定期開催は時間外になってしまう
 - 1人の診療に時間がかかるために診療人数が限られる。

■ 望ましい体制

- 慢性痛医療の拠点として望ましい体制に関する主な自由記述
 - 疼痛に特化した診療科()を設立し、他の診療科や院外の医療機関において痛みに興味を持っている医師()や医療従事者との連携を図れる医療連携体制を院内外で構築すること
 - 診療報酬においても、集学的診療を行った場合や、間の紹介の際には加算をとれる体制が望ましい
 - 理学療法士、臨床心理士などの診療がしっかりと保険で行えること
 - 様々な形態での慢性疼痛診療のスタイルが存在してよいと考えるが、多職種で関わっている場合に、診療報酬がチーム医療や拠点病院指定、などの形となること。
 - または、臨床心理士や理学療法士の慢性疼痛指導料の加算が可能となり、雇用体性が、各施設で充実していくこと。
 - 予約制による診察
 - 慢性疼痛治療に関する研修制度の確立の後に、基準を満たした施設へのインセンティブをつけることで、病院での慢性疼痛診療の拡充(外来および入院診療についても)が得られ、かつ治療者のmotivationもアップし、継続性が担保できる
 - 慢性疼痛の原因鑑別を他科と連携して行うことが大切であると感じている。内科的、整形外科的、精神科的な介入が可能な場合は各科間で連携して治療を継続できれば望まし

- い。
- 慢性疼痛に理解のある医師、医療スタッフを増やす。
 - 慢性痛患者の生活や心理社会的な側面を理解し関われる看護師の育成、慢性痛に興味がある医師の育成、薬剤師、理学療法士、精神科医との協働が望ましい。
 - 不必要な検査の制限
 - 日常生活活動の促進につながる侵襲・非侵襲的介入とそのあとの教育管理徹底
 - 痛みをゼロにする試みを並行
 - 痛みセンターを構築できなくても、栄養サポートチーム（NST）のような形で、慢性疼痛診療に精通した医師・看護師・リハ職種・臨床心理士等からなるチームを構築し、院内および院外からの紹介を受けれる体制があると良い
 - 痛みセンターでフォローすべき患者の選定を行い対象者は重点的に診察、そうでない症例は紹介元に素早く逆紹介するシステムを構築することが重要と考えます。
 - 地域との連携
 - 担当者（担当医）が負担を感じないようなチームによる診療。他科とのスムーズな連携
 - 患者の訴えをきちんと聴取できるような医療者側の体制
 - 単施設だけでなく、痛み治療に携わる関連施設が共通認識を持って診療にあたること。自分が楽な治療を選択せずに正しい道へ導くこと
 - 大規模なセンター
 - 多面的な評価を基にした診断
 - 多職種での治療（器質的な因子の治療と共に心理的な因子に対する治療も両方行える体制）
 - 多面的な評価ができるために多職種がじっくりと時間をかけた患者さんとの関わりを持つことができる場所を院内のコンセンサス得た上で設置すること
 - 多職種連携による慢性痛患者を生物心理社会的モデルと捉えた集学的痛み治療
 - 他職種への相談が簡単にできること
 - 専用外来
 - 精神科医が協力し、神経内科医も診断に協力、少なくとも連携する。理学療法士、麻酔科ペインクリニック医、リハビリテーション医、臨床心理士、看護師の協力のもと、学際的に評価、診断し、必要に応じて、チーム医療、学際的医療を行っていく。必要性がなければ、各医師が診療を行う。多数のニーズがあるので、地域医療機関、開業医（かかりつけ医）が治療を地域で行い、必要に応じて各地域の痛みセンターに紹介する
 - 精神科との連携
 - 身体科医師と精神神経担当者が同時に診察をしていけるようにする
 - 診療体制としては各専門医（コメディカル含む）が専任することが理想である
 - 個人的には、自身が歯科医師のため、法律に縛られる診療の制限が多すぎるのが現状です。一方で、万が一歯科医師に対する権限が認められた場合にも、それにより生じる必要な知識やスキルが、歯科教育の中で圧倒的に足りていない事実があるため、教育や条件付き利用などの措置が必要と考えます
 - 診察に時間を要する患者が多く、多くの施設で診療できる体制があればよいと思う。そのためにはある程度の治療の標準化が必要と感じる
 - 心理士の増員
 - 紹介される医療機関が痛みセンターの受診の紹介をする際は、安易な紹介はしない
 - 初回～数回は、整形外科医が丁寧に診療・評価を行い、患者との信頼関係を築く
 - 身体所見をしっかりと否定し、患者の理解を得た上で慢性疼痛治療に移行、各専門職の

- 評価を行う
- 治療開始までの関係作りがきちんとしてできていると、患者理解が得られやすく、以降の評価・治療への導入がスムーズであり、ドロップアウトも少ない印象があります
 - 十分な診療時間の確保。地域の病院との連携でのフォロー
 - 集学的痛みセンターの重要性について、院内や院外および市民・社会の理解を得て、システムに携わるスタッフの数や経験を増やしていくこと
 - 集学的治療体制
 - 歯科、外科、整形外科、などの臓器分担別の割り方ではない、やはり疼痛科という診療科の設置と疼痛学という学問体系の整備が必要だと思います
 - 試行錯誤中、まだ分かりません
 - 現在の看護師・薬剤師・精神科医・ペイン医の多職種診察がかなり有効だと考えております。また、カンファレンスには、理学療法士、整形外科医、脳外科医、臨床心理士などさらに多職種になるので、4職種以外の見解もいただける状況です。また診察にあたっている看護師が慢性疾患看護専門看護師と、がん看護専門看護師という看護師のなかでも患者を捉える上で多彩な視点をもつ者が担当しており、患者の思いや語りを引き出したり、多職種への刺激となっていると考えられる。今後次の人材としてジェネラリストの看護師への教育も必要だと考える。地域の医療機関、医療者とさらに密に関わり、症例検討などできるといいと思います。
 - 患者の症状や疾患の意味づけを理解し、話をよく訊く仕組み
 - 患者タイプの分別を最初からできる方法があるとよいと思うが、難しいことはわかっている
 - 患者ごとにオーダーメイドなアプローチが提供できる仕組みが望ましい
 - 患者さんの立場からは、1か所を受診すれば、あらゆる角度から個々の問題を検討してもらえる集学的なペインセンターが各地域にあり、それぞれの地域のペインセンターが連携を取って、お互いにカバーしあっている、患者中心さらにはコミュニティ中心の医療制度が確立されていることであろうと思われる。各地域の核となるペインセンターには、十分に教育を受けた各領域の専門家が常勤（専従が望ましいが、兼任でもよい）していることが必要と考える。
 - 開業医としては、信頼できる連携先に
 - 相談できる体制を構築することが必要である
 - 運動療法による身体面の改善、心理療法による精神面のサポート、これらを補うための薬物療法などをバランスよく行うために、それぞれの専門スタッフが協力しできる体制があること。また、それに見合った診療施設も必要。
 - 運動器疾患と精神疾患に精通している医師が中心となり、それぞれの治療に全員がチームとして協力できる仕組み
 - 院内外での慢性疼痛患者への診療内容を理解してもらい、診療に対する評価を正しくしてもらう
 - 一人に対して十分な時間をかけれる。また、地域の病院とのネットワーク構築。
 - 医師、看護師など職種に関わらず、全てのスタッフが治療に介入できること
 - 医師（ペイン、整形、精神科）理学療法士、臨床心理士がすぐに意見交換でき、協力して診療できる体制
 - なによりも、家庭医制度の確立が必要
 - 地域における病身連携を行い、一次予防・二次予防をしっかりと行う
 - 集学的診療ができる、痛みセンターが都道府県か地方に1か所程度あって、痛みの慢性

化予防と長期フォローは各診療所、病院である程度できるのが好ましい。痛みセンターには、頭痛、口腔内の痛みも含めた 専門職と診断環境が必要