慶應義塾大学学術情報リポジトリ
Keio Associated Repository of Academic resouces

Title	社会的な慢性痛対策に関する提言書：日本のWell-being強化のために
Sub Title	
Author	若泉, 謙太(Wakaizumi, Kenta) 村瀬, 賢芳( )
Publisher	慶應義塾大学 博士課程教育リーディングプログラム オールラウンド型「超成熟社会発展のサイエンス」事務局
Publication year	2016
Jtitle	超成熟社会発展のための10の政策提言書。 (2016.) ,p.[1]- [24]
JaLC DOI	
Abstract	近い将来の日本では少子高齢化に伴う社会保障費の拡大と生産年齢人口の減少が同時に起こることで社会に大きな変化がもたらされる。この問題に取り組むにあたって、私は日常的に多くの人がかかえている慢性的な痛みの問題に着目した。慢性痛には腰痛・肩こり・頚部痛・頭痛・関節痛などが含まれ、日本全国で約2000万人以上という多くの人が慢性の痛みにより生活が制限されている。これは、高血圧（約1011万人）、認知症（約462万人）、糖尿病（約317万人）、悪性新生物（約101万人）と比較しても、高い有症者数である。特に腰痛は80%以上の人が一生に一度は体験するという、極めて一般的な症状である。さらに、こうした慢性痛の有症率は年齢に伴って増加することが知られており、高齢者の医療費・介護費の負担増および健康寿命の短縮に関与している。痛みにより歩行や活動量に支障をきたし、引きこもりがちになる高齢者が増える。また、ロコモティブシンドロームとの関連から、痛みは肥満および虚弱（フレイル）のリスク因子でもある。一方で、痛みを患っていると仕事の能率が下がったり、欠勤が増えたりすることが知られており、慢性痛は生産年齢人口世代の生産性の低下に寄与している。慢性痛の有症率は女性で有意に高く、女性の社会進出において足かせとなることが予想される。しかしながら、現代の医療システムや社会システムは、慢性痛の問題に対して有効に機能しておらず、将来、ますますの少子高齢化にともなって慢性痛の社会的悪影響がより強く顕在化してくることが懸念される。 近年、痛み医学の進歩により、適切に身体を動かすことにより慢性の痛みを克服すべきであるという、痛みケアに関する新しいパラダイム・シフトが起こりつつある。痛みが改善しない背景に、痛みケアに対する我々の「間違った認識」があり、そのせいで過度な安静の持続による痛みの悪循環が起こり、結果として慢性痛から逃れられなくなる。最新の研究により「痛みの恐怖回避思考（fear-avoidance beliefs: FABs）」という病的な信念が痛みの慢性化・難治化の原因であることが判明し、その病的な思考を解消させることで慢性痛が改善することが期待されている。ところが、現在の日本には痛みの恐怖回避思考（FABs）を解消できる有効なシステムがなく、このままでは慢性痛による社会経済的損失がますます増えるばかりである。そこで、この提言では恐怖回避思考（FABs）の解消を中核とした慢性痛対策における医学的および社会的なアプローチを提案する。提言内容には医療的介入手段だけでなく、ヘルスケア領域における慢性痛対策も含まれる。この提言により慢性痛有症者が減り、人々が活動の意欲を取り戻すことで正の経済効果と健康寿命の延伸がもたらされることを期待する。
Notes	政策提言書8
Genre	Research Paper
URL	https://koara.lib.keio.ac.jp/xoonips/modules/xoonips/detail.php?koara_id=KO12005001-00002016-0134

慶應義塾大学学術情報リポジトリ(KOARA)に掲載されているコンテンツの著作権は、それぞれの著作者、学会または出版社/発行者に帰属し、その権利は著作権法によって保護されています。引用にあたっては、著作権法を遵守してご利用ください。

The copyrights of content available on the KeiO Associated Repository of Academic resources (KOARA) belong to the respective authors, academic societies, or publishers/issuers, and these rights are protected by the Japanese Copyright Act. When quoting the content, please follow the Japanese copyright act.

社会的な慢性痛対策に関する提言書

～日本のWell-being強化のために～

慶應義塾大学 医学研究科 博士課程
博士課程教育リーディングプログラム オールラウンド型2期生
若泉 謙太

メンター
新日鐵住金株式会社
村瀬 賢芳

目次

0. 概要
1. ビジョン – 痛みの改善に伴う生活の活性化 –
2. 今、提言する必要性
  2.1. 慢性痛の有症率
  2.2. 慢性痛の与えるさまざまな負の影響
    2.2.1. 米国における経済的損失
    2.2.2. 日本における経済的損失
    2.2.3. 高齢者の自立阻害
  2.3. 慢性痛の疫学的特徴
    2.3.1. 生物心理社会モデル
    2.3.2. 恐怖回避モデル
  2.4. 慢性痛対策における臨床医療の限界
3. 提言の具体的内容と推進方法
  3.1. 痛み専門トレーナー認定による社会的予防システムの構築
  3.2 民間スポーツ施設の利用による予防プログラムの開発
  3.3 安全性の担保のための施設基準
  3.4 医師や医療機関へのインセンティブ
  3.5. 学際的高度疼痛医療専門センター（ペインセンター）の擁立
  3.6. 層別化治療アルゴリズムの開発
  3.7. 医療従事者への慢性痛医療教育の拡充
4. 実現性
5. まとめ
6. 参考文献
7. 提言先へのヒアリングの結果

0. 概要

近い将来の日本では少子高齢化に伴う社会保障費の拡大と生産年齢人口の減少が同時に起こることで社会に大きな変化がもたらされる。この問題に取り組むにあたって、私は日常的に多くの人がかかえている慢性的な痛みの問題に着目した。慢性痛には腰痛・肩こり・頚部痛・頭痛・関節痛などが含まれ、日本全国で約 2000 万人以上という多くの人が慢性の痛みにより生活が制限されている。これは、高血圧（約 1011 万人）[1]、認知症（約 462 万人）[2]、糖尿病（約 317 万人）[1]、悪性新生物（約 101 万人）[3]と比較しても、高い有症者数である。特に腰痛は 80%以上の人が一生に一度は体験するという、極めて一般的な症状である。さらに、こうした慢性痛の有症率は年齢に伴って増加することが知られており、高齢者の医療費・介護費の負担増および健康寿命の短縮に関与している。痛みにより歩行や活動量に支障をきたし、引きこもりがちになる高齢者が増える。また、ロコモティブシンドロームとの関連から、痛みは肥満および虚弱（フレイル）のリスク因子でもある。一方で、痛みを患っていると仕事の能率が下がったり、欠勤が増えたりすることが知られており、慢性痛は生産年齢人口世代の生産性の低下に寄与している。慢性痛の有症率は女性で有意に高く、女性の社会進出において足かせとなることが予想される。しかしながら、現代の医療システムや社会システムは、慢性痛の問題に対して有効に機能しておらず、将来、ますますの少子高齢化にともなって慢性痛の社会的悪影響がより強く顕在化してくることが懸念される。

近年、痛み医学の進歩により、適切に身体を動かすことにより慢性の痛みを克服すべきであるという、痛みケアに関する新しいパラダイム・シフトが起こりつつある。痛みが改善しない背景に、痛みケアに対する我々の「間違った認識」があり、そのせいで過度な安静の持続による痛みの悪循環が起こり、結果として慢性痛から逃れられなくなる。最新の研究により「痛みの恐怖回避思考（fear-avoidance beliefs: FABs）」という病的な信念が痛みの慢性化・難治化の原因であることが判明し、その病的な思考を解消させることで慢性痛が改善することが期待されている。ところが、現在の日本には痛みの恐怖回避思考（FABs）を解消できる有効なシステムがなく、このままでは慢性痛による社会経済的損失がますます増えるばかりである。そこで、この提言では恐怖回避思考（FABs）の解消を中核とした慢性痛対策における医学的および社会的なアプローチを提案する。提言内容には医療的介入手段だけでなく、ヘルスケア領域における慢性痛対策も含まれる。この提言により慢性痛有症者が減り、人々が活動の意欲を取り戻すことで正の経済効果と健康寿命の延伸がもたらされることを期待する。

1. ビジョン – 痛みの改善に伴う生活の活性化 –

この提言が掲げるビジョンは、効果的な痛みのケアを通じて、だれもが安心して活動的に生活することができる社会を築くことである。別の言い方をすれば、痛みの軽減あるいは克服による意欲増進と健康寿命の延伸である。腰痛であれ頭痛であれ、痛みがあると誰もが何事にも意欲を失い、活動的な生活ができなくなる。また、慢性の痛みは「痛みがいつまで続くかわからない」、あるいは「このまま何もできなくなってしまうのではないか」といった不安を生む。生産年齢人口世代にとっては、痛みは仕事における能率低下につながり、個人的な問題以上に社会全体にとって深刻な生産性の低下をまねく。痛みを効果的に良くするシステムがあれば、より生き生きと仕事や趣味に熱中できる。また、そのようなシステムがあるだけで、痛みへの不安感を払拭でき、安心のある社会の提供につながる。一方、退職後の高齢者にとって痛みは、日常生活活動度（activity of daily living: ADL）を損なう主な原因の一つである。多くの高齢者が腰痛や完成痛のために家に引きこもりがちになる中で、そのような痛みを良くすることができれば、進んで外出して意欲的な生活をおくることができるようになる。意欲的な活動は認知症の予防になることも知られており、総じて健康寿命の延伸ができる。このように私の痛みケアのための政策提言により、安心して生き生きとした健康生活をおくることのできる社会をデザインできると確信している。

2. 今、提言する必要性

痛みは世界中の人に共通する健康上の問題であり[4, 5]、世界保健機関（WHO）は 2010 年のモントリオール宣言で「適切な痛み医療をうけられることは基本的人権である」と発表した[6]。一般に痛みは何らかの身体的障害が我々の身体に生じていることを警告するシグナルとして重要であるが、慢性痛では急性痛と異なり、警告シグナルは病的なシグナルとして捉えられるべきである。何らかの理由で痛みのシグナルが慢性化し、本来の警告を示す意味を失った状態で我々の生活を混乱させている病態が慢性痛であり、社会的に大きな損失となっていることがわかってきた[7]。

慢性痛と急性痛の区別は、当然のことながら痛みの有症期間でなされる。発症 1 か月以内の痛みは急性痛と呼ばれ、自然治癒する率が高い。一方で、生物学的に本来なら治癒するべき期間である発症してから 3 か月という期間を超えて続く痛みは慢性痛と呼ばれ、そのほとんどは自然治癒を期待できない。医療

従事者を含めて多くの人が、慢性痛と急性痛が根本的に異なることを理解しておらず、結果として慢性痛が改善されずに蔓延する社会構造となってしまっている。表 1 は慢性痛と急性期の痛みについて大まかな違いを示してある。慢性痛は放置しても消失することがほとんど無く、一般的な対応としては安静を保つよりも日常的な活動を維持したほうが改善しやすい。それにも関わらず、ほとんどの痛みの有症者が急性期の痛みと混同し、早く痛みが引くことを期待して過度な安静をしてしまう。実際に、こうした認識の違いを改善させることが効果的な慢性痛ケアになることが医学的なエビデンスとしてわかっている。このように、痛みを抱えながらも日常生活活動度を保つことが痛みを良くするのに不可欠であるという慢性痛のパラダイム・シフトが、私の政策提言の最重要骨子である。慢性痛に関して正しい認識をもつことは、痛みの慢性化を予防し、慢性痛の改善を促す。慢性痛は年齢とともに増加することがわかっているので、より一層の高齢化にみまわれる日本社会において、慢性痛対策は急務であると考えている。

表 1. 慢性痛と急性期の痛みの違い

	慢性痛	急性痛
自然経過	消失しにくい	自然に消失する
一般対応	活動性を維持する	安静にする
一般的ケア	温める	冷やす

2.1. 慢性痛の有症率

慢性痛は国際疼痛学会により 3 か月以上続く痛みと定義されている。日本におけるこれまでの大規模研究の結果では、慢性痛の有症率は約 20〜25%である[4, 5]。 諸外国の慢性痛の有症率は日本より高い傾向がある（ブラジル：42% [8], ポルトガル：36.7% [9], フランス：31.7% [10], ノルウェイ：31% [11], アメリカ：30.7% [12], カナダ 29% [13]）が、慢性痛の訴えには各コミュニティの文化や宗教、社会倫理的な因子が関与するため、正確な比較はできない [14]。

2.2. 慢性痛が与えるさまざまな負の影響

2.2.1. 米国における経済的損失

慢性痛は労働者の欠勤、休職、パフォーマンスの低下といった負の影響を与えている。米国で行われた Medical Expenditure Panel Survey (MEPS) は慢性痛の経済的損失を次にように試算した。[7]:

- ●年間の経済的損失の総額は 5600 億ドルから 6350 億ドルであった。
- ●中等度の痛みを持つ人は痛みがない人に比べて、ヘルスケアにかかる支払いが年間に 4516 ドル多く、重度の痛みを持つ人はそれよりもさらに 3210 ドル多く支払っていた。
- ●痛みによる欠勤日数の平均は年間に 2.14 日であった。
- ●給与支払額の低下は年間で 1910 億ドルから 2260 億ドルであった。
- ●失われた労働時間に対するコストは 950 億ドルから 960 億ドルであった。

慢性痛に伴う経済的損失の特徴は、医療費への直接費用だけでなく、機会的損失として計算される間接費用も高額になることである。今までは痛み自体は直接的に命にかかわらないので、積極的な医療が必ずしも必要ないと考えられてきた。しかしながら、米国の National Institutes of Health (NIH)のデータによると、慢性痛のコストは経済的損失の大きな 6 つの主な疾患群（心血管疾患：3090 億ドル、悪性新生物：2430 億ドル、外傷と中毒：2050 億ドル、内分泌・栄養・代謝疾患：1270 億ドル、消化器系疾患：1120 億ドル、呼吸器系疾患：1120 億ドル）を超えるほど大きかった[15]。

2.2.2. 日本における経済的損失

我々は正規雇用職員を対象にした研究で、慢性痛が有意に職場での欠勤や生産性の低下に関連することを明らかにした[16]。慢性痛および仕事の能率低下の交絡因子である心理的ストレスおよび抑うつの程度を同時に計測し、調整因子に加えたのは本研究が初めてである。一方で田倉らは、休職した日数および仕事の能率の低下に基づいて一人あたりの間接費用を計算し、慢性痛の人は痛みのない人に比べて年間で 68.4 万円コストが高くなると報告した[17]。また、在日米国商工会議所(ACCJ)によると、日本における慢性痛の年間の経済的損失は約 3700 億円に上ると試算され、精神疾患の次に大きいとされている[18]。このように、慢性痛は日本においても労働生産性に影響を与え、多額の損失の原因

になっていることが明らかとなった。

2.2.3. 高齢者の自立阻害

我々が行った日本の後期高齢者を対象とした研究、慶應川崎 Aging Study (K2 study)の結果では、慢性痛と高齢者の要介護状態に有意な関連があった[19]。高齢者の介護の問題は、社会保障費の抑制および健康寿命延伸の観点から超高齢化に向かう日本社会の課題のひとつである。この研究では要介護および要支援認定を「自立の障害」と定義した。一般に、要介護認定に最も影響を与える要因は、身体機能障害と認知機能障害であり、本研究では身体機能を activity of daily living (ADL)で評価し、認知機能を mini-mental state examination (MMSE)で評価した。多変量ロジスティック回帰分析の結果、自立高齢者に対する要介護者のオッズ比は、痛みのない人に比べて慢性痛有症者で有意に高いことが示された（OR = 3.08, $p < 0.01$）。加えて、ADL と MMSE のスコアで調整したオッズ比も有意に高かった（OR = 3.11, $p < 0.05$）ことから、慢性痛が独立して要介護認定に影響していることがわかった[19]。慢性痛は現状の疾患カテゴリーに無く、診断されずにいたため、これまではその実態と影響を調べることができずにいた。本研究の意義は、慢性痛を定義し、後期高齢者の要介護認定と関連があることを初めて明確に示したことにある。これにより、慢性痛の治療が要介護度の低下および介護予防に寄与する可能性が示唆された。

2.3. 慢性痛の疫学的特徴

疫学研究は、慢性痛のような依然として適切な治療法が確立していない疾患の原因を探るためには、とても強力なツールである。通常の打撲や怪我といった身体的傷害であれば、数ヶ月以内に修復されるはずであるが、慢性痛患者では一般に回復に必要と見込まれる期間（国際疼痛学会の定義によると 3 か月以内）を超えて痛みに苦しめられ続けている。腰痛などの痛みの原因として骨や靭帯などの身体的な傷害を考えるのは一般的であるが、一方で 80%の腰痛で原因を特定できない非特異的腰痛であるといった事実がある。したがって、慢性痛の原因として身体的理由以外を考慮することは重要であり、本章では慢性痛の病態を説明する代表的な 2 つのモデルである生物心理社会モデルと恐怖回避モデルを紹介する。いずれのモデルも慢性痛を説明するうえで科学的な根拠があり、そのモデルに基づいた治療の有効性が示されている。

2.3.1. 生物心理社会モデル

身体上の原因を特定できない非特異的な痛みが起こる理由として、生物学的な原因だけでなく、心理的および社会的な要素を含む複雑な患者背景の存在が考えられている。これまでの疫学研究の結果、高齢、女性、body mass index (BMI) 高値、短時間睡眠、低教育、低収入、運動習慣の無さなどが慢性痛のリスク因子として知られている[4, 5, 11, 12, 20-23]。また、いくつもの欧米の研究で職場におけるストレスが強いと慢性痛の有症率が高くなることが報告されており[24-26]、日本でも、仕事の満足度と慢性痛の有症率が有意に関連することが報告されている[27-29]。さらに、抑うつ状態は慢性痛に悪影響をおよぼす独立した因子であり[30]、職場のストレスは抑うつの指標になるといった報告もある[31]。このように、ストレスや抑うつのような心理社会的要素は慢性痛の原因として重要である。

2.3.2. 恐怖回避モデル

生物心理社会モデルが健康全般に影響するリスク因子を説明するモデルであるのに対して、恐怖回避モデルは痛みに特徴的なリスク因子を説明するモデルである。「痛みへの過度の恐怖心」や「過度に体を動かすことを拒否する」といった痛みに対する偏った信念は痛みの難治化・慢性化に重要な役割を果たしている[32, 33]。図 1 のように、痛みの体験に伴って痛みの破局化という状態に陥る。これは、「何かをしたくても痛くてできない」「もうこの痛みは良くならない」「とにかく痛い」といったように、日常生活や日常の考え方が痛みに囚われ、過度に痛みに注意が向いた状態である。痛みの破局化が起こった状態は「痛みへの恐怖」あるいは「動くことへの恐怖」を誘発し、過度の安静を求め、活動することを拒否するようになる。いわゆる、運動恐怖症 (Kinesiophobia) の状態である。そうなると、それまでできていたことができなくなったり（機能障害）、身体能力が衰えたり（廃用）、抑うつ的になったりするため、さらに身体を痛めやすい状態になり、痛みをより強く感じるようになってしまう。その痛みがますます破局化や恐怖心を強固にするという悪循環が形成され、慢性的な痛みから逃れられなくなってしまう[34]。このような恐怖回避思考（Fear-avoidance beliefs: FAB）を抱いてしまうことが、恐怖回避モデルにおいて慢性痛の中核的病態である。一方で、痛みの破局化および痛みへの恐怖が起こ

らない場合、あるいは克服できた場合は、日常生活で痛みと対峙することができ、結果として痛みが軽減していく。いままでの研究で、恐怖回避思考（FAB）が痛みを増悪させ、難治化させること、さらに仕事への障害も引き起こすことが示されている [35,36]。しかしながら、先行研究の結果はそのまま日本に代用できるわけではない。なぜなら、慢性痛の有症率が世界各国で大きく異なるように、慢性痛は人種や周囲の環境、文化的背景などに大きく影響されてしまうからだ[37]。そこで、われわれは日本の労働者を対象に恐怖回避思考（FAB）と慢性痛の関連を調べ、FAB が強いほど、慢性痛の有症率が高くなることを明らかにした[38]。また、FAB が強い人ほど、有意に仕事での障害および能率の低下をきたしていた[16]。

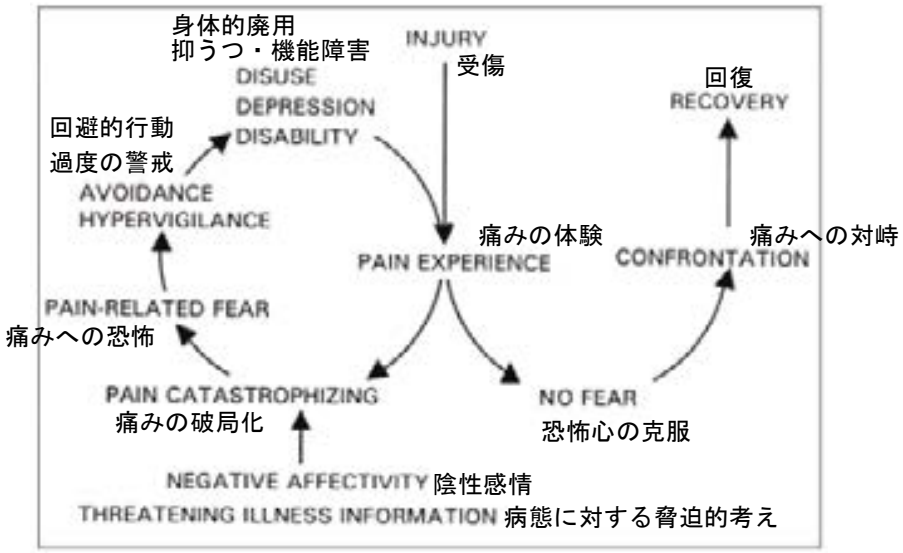

図 1．恐怖回避モデル（文献 39 を改変）

痛みを受傷した初期に恐怖回避思考 (FAB) があると、痛みが遷延し、治療抵抗性となることが知られている[40, 41]。よって、FAB 対策を行うことは、痛みの慢性化を抑制し、慢性痛有症者を少なくする上で重要なアプローチである。欧米で採用されている心理社会的フラッグシステムは慢性痛の原因に応じて慢性痛有症者をカテゴリー別に層別化し、適切な対処法を割り当てる治療システムである。そのフラッグシステムの中では、FAB が強いとイエローフラッグとして認知され、医療現場だけでなく職場環境においても病院または医院の医師と協力した治療体制が求められる[42]。このように、慢性痛の問題を効率よく解決するには、労働衛生における慢性痛の複雑な病態を理解し、できるだけ早期に対策を行うことが求められる。

2.4. 慢性痛対策における臨床医療の限界

現在の慢性痛医療は上記で述べた慢性痛の問題を解決する上で、とても大きな課題がある。我々の行った慢性痛に対する治療の満足度調査の結果では、72.4%もの人が治療に満足していないと回答した。また、強い慢性痛を抱えている人の中で、医療機関を受診していたのはわずか 37.5%であり、41.7%の人が民間療法も含めてどこにも受診をしていなかった。この結果は、日本でこれまで行われた慢性痛に関する大規模ステディと概ね同様の結果である[2, 43, 44]。このことは、慢性痛医療がうまく機能していないことを示しており、慢性痛の多くの有症者が医療機関を受診してもあまり痛みが良くならないと感じていると推察できる。

痛みに対するほとんどの治療は骨の変形や椎間板の変性、脊柱管狭窄などの形態学的異常に基づいて行われる。しかしながら、こうした形態学的異常のほとんどは痛みよりもむしろ年齢に関連した要素であり、実際に、痛みのない 60 歳以上の 90%以上に同様の変化が起こっている[45]。このような身体的特徴はいわば白髪やしわのような加齢性変化にすぎないのである。したがって、我々は慢性痛の治療を行うにあたって、形態学的異常（身体的特徴）にとらわれずに恐怖回避思考（FAB）のような本質的な慢性痛の因子に焦点を当てるべきなのである。しかしながら、我々はそのようなリスク因子を改善する医療システムを持っていない。FAB を治療する手段として認知行動療法と運動療法が国際的に知られているが、日本ではそれらの治療手段を行う環境が整っていないのである。よって、多くの慢性痛有症者が痛みの再発と慢性化の悪循環から抜け出せない状況が続いている。このように、日本の慢性痛医療は多くの限界を抱えている。その限界を打破するために、第 3 章の具体的提言内容では、いくつかの有効な手段を提案する。

一方で、医療に限界があるのであれば、予防に努めるべきだという考え方がある。重篤な感染症に対する予防接種のように、疾患の重症化や疾患自体を未然に防ぐ事ができれば、医療の限界は問題にならない。第 3 章では、慢性痛を社会的に予防するシステムについても言及する。

3. 提言の具体的内容と推進方法

慢性痛の改善に恐怖回避思考（FAB）を取り去ることが大切なことは先に述べたとおりである。国際的に恐怖回避思考（FAB）の治療手段として確立して

いるのは、患者に慢性痛ケアに関する正しい対処法を教育し、患者にとって良くない行動習慣を変える目的で行われる認知行動療法と、実際に痛みを増悪させない運動療法を指導するリハビリテーション・プログラムの 2 つである。日本で慢性痛の医療がうまく機能しない理由として、恐怖回避思考（FAB）を意識した痛み医療が確立していないということと、慢性痛患者が適切な医療機関へ受診できていないという２つの現状がある。そうした現状を改善し、慢性痛に悩む人および慢性痛による経済的損失を減らし、よりよい社会を創造するため、次のような具体的提言がある。

3.1. 痛み専門トレーナー認定による社会的予防システムの構築

予防医療は慢性痛のような有症率の高い病態に対して最も費用対効果のすぐれた介入手段である。予防医療の構造は 1 次予防、2 次予防および 3 次予防に分類される。1 次予防とは急性期および亜急性期の痛みを有する人を対象とし、痛みを慢性化（慢性痛を発症）させないようにするための手段である。2 次予防は慢性痛を発症した人を対象に、早期の医療的介入によって慢性痛を長引かせずに回復させることを指す。3 次予防は、治療後の慢性痛患者に対して社会復帰と再発予防を促すことを意味する。残念ながら、慢性痛に関してはそのすべてが機能していない。慢性痛の問題を解決するには、痛み医療の発展だけでなく、適切な予防医療を展開する社会システムを構築する必要がある。

痛みの慢性化の 1 次予防として必要なことは、適切な慢性痛ケアに関する正しい情報の提供と、痛みがあっても活動度を下げないようにすることである。第 2.3 章で説明したように、多くの人は痛みがある時に安静にしようとするが、慢性痛の場合はそれが逆効果になってしまう。急性腰痛（ぎっくり腰など）では「安静」を指示されると腰痛の再発率が高くなり、腰痛が慢性化しやすくなることがわかっている[46]。慢性腰痛を予防するためには、国内外のガイドラインで示されている通り、痛みがあっても動ける範囲内で活動を維持することが重要である[47,48]。

肺がんの例で言えば、禁煙が 1 次予防となる。2 次予防が胸部 X 線写真などの検診による早期診断および早期治療にあたる。3 次予防は手術後の痛み対策やリハビリテーションである。肺がんの 1 次予防を実践するにあたって必要なことは、禁煙が肺がん予防に有効であることを「知ること」と、実際に禁煙を「実行すること」である。それに対して、慢性痛対策に関しては痛みがあっても安静にすべきではないということを「知ること」と、日常生活において「活動度をできる限り維持すること」が対応する。「知る」ことについては、地方自治体

や地域の医師会を中心とした市民公開講座や健康キャンペーンを利用する。「活動度を維持すること」に関しては、既存のスポーツ施設を利用する。ここで重要なことは、運動と言っても懸命に走ったり過度な負荷をかけるトレーニングをしたりする必要はなく、むしろ日常生活を不自由なく生活するのに必要な身体トレーニングで十分というところである。しかしながら、慢性痛を患っている人は、正しい身体の使い方が自分では矯正できない場合が多く。その場合、身体の動かし方に精通したトレーナーが客観的にサポートすると改善しやすい。最も典型的な例は「歩いていると痛くなる」、「立っていると痛くなる」、「座った状態から立つ時に痛くなる」、などの運動に伴う痛みの有症者だ。そのような人の場合、身体の動かし方を覚えるだけで、痛みを自分でコントロールできる可能性がある。一方で、常時痛みがある場合は１）動いても痛みが変わらない場合、２）動くことにより悪化する場合、さらに、３）痛くて動かせない場合の３つにわけられる。３）の場合は運動療法に最初から拒否的なので、中等度以上の痛みの症状があるとして、専門医療機関を紹介する。一方、少しでも運動療法に協力的な場合は、より良い体の動かし方を探り、うまくいけば痛みが改善してくる。逆に、痛みが変わらない場合や運動により悪化してしまう場合は、重症例として専門医療機関の受診を勧める。実は、この運動療法に対する受け入れ度合いの分類こそが恐怖回避思考（FAB）の強さに依存している。図３のように恐怖回避思考（FAB）が強い場合は運動療法に拒否的になるので、重症者と判断して医療機関を受診するのが望ましい。

この社会的予防システムの導入には、トレーナー側にも慢性痛に関する適切な知識が要求される。さもなければ、やみくもに運動療法を行い、痛みの増悪だけでなく恐怖回避思考（FAB）の増悪も引き起こし、慢性痛を重篤化させてしまう。したがって、慢性痛の運動療法ができるトレーナーには第３者機関によるライセンス制度を適用するのが妥当である。例えば、NPO 法人いたみ医学研究情報センターは「からだ・運動器の痛み専門医療者制度」を持っており、適切な痛み医療教育を提供している。しかしながら、その認定を受けた者にどのような活躍の場が与えられるかについては明確な方向性が示されていない。そこで、その認定医療者の資格を得られれば、痛みを抱える人に一般スポーツ施設で運動指導ができるようにするという方法が考えられる。「からだ・運動器の痛み専門医療者」の認定制度は５年毎の更新システムを持っており、常に最新の情報を持っている人だけが、資格を維持することが出来る。

この民間スポーツ施設における慢性痛に対する１次予防の取り組みは、２次予防および３次予防に関しても効果がある。なぜなら、有資格者である痛み専門トレーナーは痛みの重症度に関して適切な知識を持っているため、医療機関における治療的介入の必要性を迅速に疑うことができるからだ。いままで、十

分な知識を持たない痛みの有症者自身が、自分の痛みについて判断していたため、痛みが重症化してしまい、その後に専門医療機関を受診しても十分な痛みの改善が得られなかったケースが少なからず存在する。それに対して、市民へ向けた適切な痛み教育の普及と痛み専門トレーナー制度が普及すれば、痛みが重症化して恐怖回避思考（FAB）が強固になる前に適切な医療が受けられる可能性が高くなる。これはまさに、２次予防の概念である。また、民間に痛みの運動療法を行える施設が存在することで、その施設が専門医療機関で治療後の患者の受け皿になることができる。医療的介入が首尾よく行えたとしても、すぐさま患者が社会復帰できるとは限らず、多くの慢性痛患者で痛みの再発または再燃が起こることが知られている。痛みを抱える人にとって十分な社会復帰は高いハードルなので、それをサポートする社会システムが必要である。この民間スポーツ施設における痛み専門トレーナー制度は、そのような患者にとって社会復帰をサポートし、かつ、健康状態の維持と痛みの再発予防を可能にする３次予防のシステムでもある。

3.2 民間スポーツ施設の利用による予防プログラムの開発

慢性痛予備群に一次予防を促すためにはそれなりのインセンティブを与える必要があり、補助金でスポーツ施設利用料を割り引く制度が妥当である。自治体による定期的な補助券の配布により、一次予防のインセンティブを作る。もちろん、補助券の利用先は痛み専門トレーナーのいるスポーツ施設に限定される。したがって、次の章で述べるようなスポーツ施設の認定基準も必要である。補助券の配布は生活の安定する５月や１０月、または痛みが慢性化しやすい冬の時期（１月や２月など）が適している。このように民間の施設に専門的なケアの一部を委ねることにより、市場原理により、より良い予防プログラムが開発される事が期待できる。

また、３次予防として民間スポーツ施設を利用する場合は、医師の診断書を根拠に、初回入会金や最初の３カ月間の利用を割り引く制度を考えている。このようなインセンティブにより、社会復帰の促進と再発予防ができるのであれば、医療費などの社会コストの削減につながり、かつ、医療産業の増進という経済的利点がある。

3.3 安全性の担保のための施設基準

急性の痛みは身体の危機を知らせる警告信号であるので、上記システムを適用した場合、すべての痛みが慢性痛と判断され、急性期に正しい医療を受けられない可能性が危惧される。そのような状況を避けるためにも、痛み専門トレーナーと近隣の一般医療機関との提携は、慢性痛予防プログラムを実施する民間スポーツ施設が満たすべき条件である。痛み専門トレーナーは迅速な医療的介入が必要な病態を疑う知識が必要で、疑った場合はすぐに提携先の医療機関へ患者を受診させなければならない。提携医療機関の医師は患者の病態を診察・検査し、慢性痛予防プログラムを適応しても良いかどうか判断する。必要に応じて医療的介入や専門医療機関へ紹介する。したがって、提携医療機関の医師も「からだ・運動器の痛み専門医療者」の資格を有するべきである。このような医療機関と民間スポーツ施設との連携により、ヘルスケアとメディカルケアの垣根のない連続性が提供され、より社会還元性が高まると期待される。

施設基準として、以下の項目を提案する。

- からだ・運動器の痛み専門医療者の資格を有する１人以上の専従トレーナーを有する。
- からだ・運動器の痛み専門医療者の資格を有する医師がいる医療機関との提携がある。
- 月１回程度、提携医療機関との合同カンファレンスを開催する。
- 慢性痛予防プログラムを作成し、利用者が自由に参加できるようにする。
- 慢性痛予防プログラムの作成および実施は慢性痛専門トレーナーだけが行うことができる。

3.4 医師や医療機関へのインセンティブ

上記システムを機能させるには、提携する医師に、慢性痛患者に正しい痛み医療の指導をする保険診療上のインセンティブが必要である。現在導入済みの慢性疼痛疾患管理料は整形外科医向けの診療点数であり、マッサージ又は器具等による療法を行った場合のみ算定することができる。しかしながら、自発的に運動療法を行うことを指導することには付与されない。これでは、最も高いエビデンスを持っている運動療法を指導するインセンティブが働かないため、慢性疼痛疾患管理料Ⅱとして運動療法の指導加算システムを作るべきである。その際に加算できる医師は、過剰な保険請求を避けるため、ペインクリニック専門医、整形外科専門医、および、からだ・運動器の痛み専門医療者の資格を

有する医師に限るべきである。

3.5. 学際的高度疼痛医療専門センター（ペインセンター）の擁立

日本の医療システムは臓器ごとの縦割り構造で診療科が分かれており、痛みを包括的に治療できる医療体制が育ってこなかった。したがって、日本の痛み医療は欧米先進諸国に比較して 10 年以上遅れており、本来なら治療対象の主軸となるべき恐怖回避思考（FAB）に関する検討も我々が調査するまでは行われてこなかった。中等症以上の慢性痛患者は強い恐怖回避思考（FAB）と痛みを慢性化させるような歪んだ生活習慣があると想定され、そのような患者の場合は従来の痛み治療に加え、生活習慣や恐怖回避思考（FAB）のような間違った信念を正すための患者教育ができる専門医療機関で治療されることが望ましい。特に複数の疼痛箇所と複雑な病態が想定される重症患者においては診療科や職種の枠を越えて有機的な複合医療が提供可能な学際的高度疼痛医療専門センター（ペインセンター）の存在が不可欠であると考えている。

ペインセンターの設立を戦略的に推進する手段として、ペインセンターとしての認定基準を定め、保険点数付加によるインセンティブにより基準を満たしたペインセンターを擁立していく方法が考えられる。ペインセンターの認定基準として、以下の項目を提案する。

イ) ペインセンターには以下の医療従事者を要する。

- 疼痛治療専門の常勤医師 2 名（整形外科医および麻酔科・ペインクリニック科医）
- 認知行動療法が実施可能な常勤医師（精神科医）
- 運動療法に疼痛治の経験がある常勤の理学療法士
- 疼痛治療の経験のある常勤看護師
- 疼痛治療の経験のある薬剤師
- ペインセンターには以下の職種も在籍することが望ましい。
  神経内科医、脳神経外科医、リウマチ内科医、リハビリテーション科医、漢方医、臨床心理士、鍼灸師など

ロ) 認知行動療法あるいは運動療法、またはその両方を含んだ治療プログラムを作成し、患者に説明し、同意を得る。プログラムは入院用と外来用をそれぞれ作成することができ、入院用の場合は長くても 3 週間のプログラム、外来用の場合は 3〜6 か月程度のプログラムを目安にする。

ハ) 週１回程度の入院患者用カンファレンスおよび月１回程度の外来患者用カンファレンスが行われる。

重症の慢性痛患者に対応するペインセンターは、痛みの原因となる生物病態学的な検索や治療だけでなく、痛みの原因となる心理的治療介入や生活習慣の改善に対して、多面的に治療効果を判定する仕組みをもつべきである。また、先進的な診断評価法や治療法などの検討ができるように、ペインセンターの設置医療機関としては、倫理委員会を有した研究機関が望ましい。

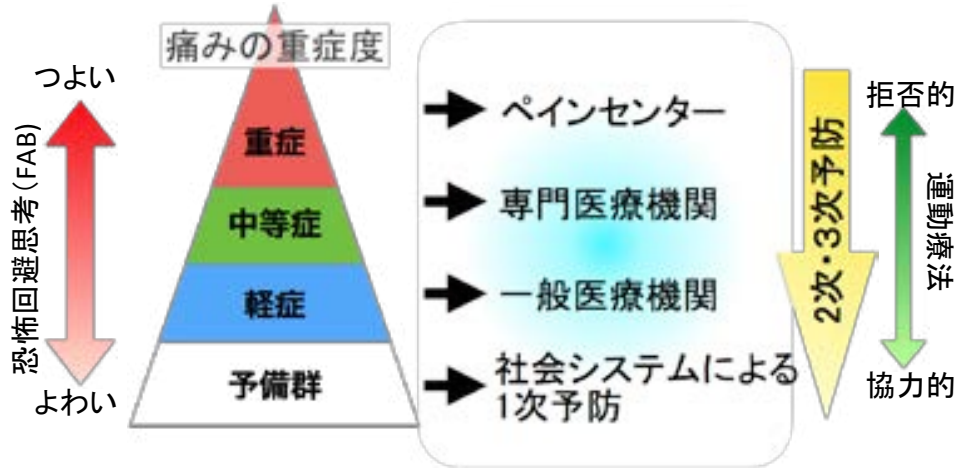

図 2. 慢性痛の層別化治療の模式図

3.6. 層別化治療アルゴリズムの開発

ペインセンターにおける疼痛治療は有効である一方で、医療スタッフの数の限界からすべての痛み有症者に対応できるほどの規模にすることは難しい。そこで重症度別に層別化された治療アルゴリズムを開発し、ペインセンターでの治療は重症者に限定することが望ましい。ペインセンターは従来の痛み医療と認知行動療法および運動療法の 3 つの介入手段を同時に統合的に行えることを特徴とするが、それぞれ別個の医療手段を行うのであれば、ペインセンター以外の専門医療機関でも可能である。そこで、慢性痛の中等症者においては、そのような専門医療機関でそれぞれ適した医療的介入を行うことで、効率よく医療資源を配分できると考えている。

さらに、第 3.3 章および第 3.4 章で述べるように、軽症の慢性痛患者では一般医療機関で診療可能な体制を強化することも必要である。慢性痛は痛みの強さおよび有症期間に応じて恐怖回避思考（FAB）が強くなり、慢性化・難治化

することが知られている。逆に言えば、早期に適切な対応ができれば、慢性痛の専門医療機関で治療する必要がなくなるのだ。そのためのシステムとして、セルフケアを中心とした社会的予防システムを軽症者と予備群に適用し、医学的介入が最小限で済むような社会構造を提案する。

3.7. 医療従事者への基本的痛みケアの普及

前述のとおり、軽症の慢性痛患者については一般医療機関およびクリニックで対応すべきであるが、軽症かどうかの医学的判断と中等症以上の患者を上位機関へ紹介できる程度の痛み医療の知識は必要不可欠である。非常に残念なことに、今の医学教育において慢性痛医療に関する教育は全く行われておらず、ほとんどの医療従事者が慢性痛に対して適切な医療的判断ができていない。そのような現状を是正し、適切な慢性痛の層別化治療アルゴリズムを実現するためにも、慢性痛医療の医学教育は不可欠である。

痛みは最も一般的な症状の一つであり、看護師や薬剤師が初期対応を求められるケースも多く、医療従事者全般に渡って基本的な慢性痛医療は常識となるべきである。したがって、以下に示す教育手段を提案する。

- 医学部、歯学部、薬学部および看護学部における慢性痛医療に関するカリキュラムの導入および国家試験問題への採用
- 医師会を通じた慢性痛医療に関する生涯教育

4. 実現性

本提言は既存のインフラを活用し、最も費用対効果が高いと想定される手段で構成されている。民間スポーツ施設や「からだ・運動器の痛み専門医療者制度」は既に存在しており、それに新たな機能を付加するだけで、上記の提言案を実行できる。インセンティブとなる補助金制度や保険点数の付与の程度は議論の余地が残されているが、既存の地方自治体ごとの福利厚生サービスや慢性疼痛疾患管理料を参考に妥当な割合を設定し、その後のインセンティブとしての効果を観察することにより、適宜改正していく姿勢が求められる。ペインセンター擁立のインセンティブには、既存の緩和ケアチームのシステムが参考になると考えている。

本提言実現において最も足りない部分は国家として慢性痛対策の方向性を

示す姿勢をみせることである。その有力な手段として、慢性痛対策基本法の作成を提案する。かつて、がん対策基本法により緩和ケアの概念が普及したのと同様に、慢性痛対策基本法により慢性痛の社会的問題と対策の必要性が認知され、上記提言案が実現されることを期待する。

5. まとめ

本提言では慢性痛の医療だけでなく、適度な運動に関連したヘルスケア・システムの構築にも主眼をおいている。なぜなら、上記パラダイム・シフトを医療の側面から導くには、限界があるからだ。適切な運動と日常生活による慢性痛のセルフ・マネージメントこそがパラダイム・シフトの先にある望むべき行動であり、日常生活の改善は医療の範疇を超えている。そのため、ヘルスケアレベルの改革なくして、慢性痛対策は実現し得ないことなのである。本提言で紹介する具体的なヘルスケア・システムは、痛みを取り巻く誤った信念と行動を効果的に改善させるために必要である。

私の提言の効果は、慢性痛有症者の減少、および仕事のパフォーマンスの向上、それに伴う機会費用の回復である。2 次的効果として、人々のコミュニケーションや人間関係の改善などの社会的利益とヘルスケア産業やサービスの向上といった経済的利益が挙げられる。加えて、波及効果として将来的に期待できることは、生活の質（QOL）や日常生活活動度（ADL）の改善、それに伴う寝たきり、認知機能低下、メタボリック・シンドロームの予防などである。結果として、本提言は将来の日本の社会的支出を大きく削減することが期待できる。

6. 参考文献

[1] 患者調査（平成 26 年），厚生労働省.

[2] 厚生労働省研究班推計（平成 24 年）.

[3] がん情報サービス，国立がん研究センター．2016.

[4] Matsudaira K, Kunoki J, Yamazaki R, Yamada K, Takagi A. Pain Associated Cross-sectional Epidemiological (PACE) survey 2009 (in Japanese). Pain Clin. 2011;32:1345–56.

[5] Yabuki S, Ushida T, Takeshita K, Saura R, Ogawa S, Katsumata A, Hatanaka S. A nationwide survey of chronic pain sufferers in Japan (in Japanese). Clin Orthop. 2012;47:127–34.

[6] Cousins MJ, Lynch ME. The Declaration Montreal: access to pain management is a fundamental human right. Pain. 2011;152:2673-4.

[7] Gaskin DJ, Richard P. The economic costs of pain in the United States. J Pain. 2012;13: 715–24.

[8] de Moraes Vieira EB, Garcia JB, da Silva AA, Mualem Araújo RL, Jansen RC. Prevalence, characteristics, and factors associated with chronic pain with and without neuropathic characteristics in São Luís, Brazil. J Pain Symptom Manage. 2012 Aug;44:239-51.

[9] Azevedo LF, Costa-Pereira A, Mendonça L, Dias CC, Castro-Lopes JM. Epidemiology of chronic pain: a population-based nationwide study on its prevalence, characteristics and associated disability in Portugal. J Pain. 2012 Aug;13:773–83.

[10] Bouhassira D, Lantéri-Minet M, Attal N, Laurent B, Touboul C. Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population. Pain. 2008 Jun;136:380-7.

[11] Landmark T, Romundstad PR, Borchgrevink PC, Kaasa S, Dale O. Longitudinal associations between exercise and pain in the general population--the HUNT pain study. PLoS One. 2013 Jun 12;8:e65279.

[12] Johannes CB, Le TK, Zhou X, Johnston JA, Dworkin RH. The prevalence of chronic pain in United States adults: results of an Internet-based survey. J Pain. 2010 Nov;11:1230–9.

[13] Moulin DE, Clark AJ, Speechley M, Morley-Forster PK. Chronic pain in Canada--prevalence, treatment, impact and the role of opioid analgesia. Pain Res Manag. 2002 Winter;7:179–84.

[14] Portenoy RK, Ugarte C, Fuller I, Haas G. Population-based survey of pain in the United States: differences among white, African American, and Hispanic subjects.

J Pain. 2004;5:317–28.
[15] National Heart, Lung, and Blood Institute: Fact Book Fiscal Year 2010. Bethesda, MD: U.S. Dept. of Health and Human Services, National Heart, Lung, and Blood Institute, 2011.
[16] Wakaizumi K, Yamada K, Shibata M, and Matsudaira K. Disabitilies on work and fear avoidance beliefs in Japanese workers with chronic pain. International Society of Behavioral Medicine (ISBM), 14th International Congress of Behavioral Medicine (Presentation). Dec 2016. Melbourne, Australia.
[17] Takura T, Ushida T, Kanchiku T, Ebata N, Fujii K, DiBonaventura Md, Taguchi T. The societal burden of chronic pain in Japan: an internet survey. J Orthop Sci. 2015 Jul;20(4):750-60.
[18] The American Chamber of Commerce in Japan (ACCJ): 競争力強化策としての健康への投資−予防医療、早期発見を通じた疾病の経済的負担軽減のための政策提言, 2011.
[19] Wakaizumi K, Ishioka Y, Takayama M. Chronic pain and functional dependence among the old-old adults in Japan; from Keio-Kawasaki Aging Study. Presented in the World Congress of Anesthesiologists. 2016 (in Hong Kong).
[20] Heuch I, Heuch I, Hagen K, Zwart JA. Body mass index as a risk factor for developing chronic low back pain: a follow-up in the Nord-Trøndelag Health Study. Spine. 2013;15;38:133–9.
[21] Smith MT, Haythornthwaite JA. How do sleep disturbance and chronic pain inter-relate? Insights from the longitudinal and cognitive-behavioral clinical trials literature. Sleep Med Rev. 2004;8:119–32.
[22] Pilowsky I, Crettenden I, Townley M. Sleep disturbance in pain clinic patients. Pain. 1985;23:27–33.
[23] Mackenback JP, Stirbu I, Roskam A-JR, Schaap MM, Menvielle G, Leinsalu M, Kunst AE. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. N Engl J Med. 2008 Jun 5;358:2468–81.
[24] Linton SJ. Occupational psychological factors increase the risk for back pain: a systematic review. J Occup Rehabil. 2001;11:53–66.
[25] Hoogendoorn WE, van Poppel MN, Bongers PM, Koes BW, Bouter LM. Systematic review of psychosocial factors at work and private life as risk factors for back pain. Spine. 2000;25:2114–25.
[26] Kopec JA, Sayre EC. Work-related psychosocial factors and chronic pain: a prospective cohort study in Canadian workers. J Occup Environ Med. 2004;46:1263–71.

[27] Matsudaira K, Shimazu A, Fujii T, Kubota K, Sawada T, Kikuchi N, Takahashi M. Workaholism as a risk factor for depressive mood, disabling back pain, and sickness absence. PLoS One. 2013 Sep 25;8:e75140. doi: 10.1371/journal.pone.0075140.

[28] Fujii T, Matsudaira K, Yoshimura N, Hirai M, Tanaka S. Associations between neck and shoulder discomfort (Katakori) and job demand, job control, and worksite support. Mod Rheumatol. 2013 Nov;23:1198–204.

[29] Yamada K, Matsudaira K, Imano H, Kitamura A, Iso H. Influence of work-related psychosocial factors on the prevalence of chronic pain and quality of life in patients with chronic pain. BMJ Open. 2016 Apr 25;6:e010356. doi: 10.1136/bmjopen-2015-010356.

[30] Boakye PA, Olechowski C, Rashiq S, Verrier MJ, Kerr B, Witmans M, Baker G, Joyce A, Dick BD. A critical review of neurobiological factors involved in the interactions between chronic pain, depression, and sleep disruption. Clin J Pain. 2016 Apr;32:327–36.

[31] Bijl D, van Marwijk HWJ, de Haan M, van Tilburg W, Beekman AJTF: Effectiveness of disease management programmes for recognition, diagnosis and treatment of depression in primary care. a review. Eur J Gen Pract. 2004, 10: 6–12.

[32] Asmundson GJG, Vlaeyen JWS, Crombez G. Understanding and treating fear of pain. New York: Oxford University Press; 2004.

[33] Leeuw M, Goossens ME, Linton SJ, Crombez G, Boersma K, Vlaeyen JW. The fear-avoidance model of musculoskeletal pain: current state of scientific evidence. J Behav Med. 2007;30:77–94.

[34] Vowles KE, Gross RT. Work-related beliefs about injury and physical capability for work in individuals with chronic pain. Pain. 2003;101:291–8.

[35] Fritz JM, George SZ, Delitto A. The role of fear-avoidance beliefs in acute low back pain: relationships with current and future disability and work status. Pain. 2001;94:7–15.

[36] Chou R, Shekelle P. Will this patient develop persistent disabling low back pain? JAMA. 2010;303:1295–302.

[37] Portenoy RK, Ugarte C, Fuller I, Haas G. Population-based survey of pain in the United States: differences among white, African American, and Hispanic subjects. J Pain. 2004;5:317–28.

[38] Wakaizumi K, Yamada K, Oka H, Kosugi S, Morisaki H, Shibata M, and Matsudaira K. Fear-avoidance beliefs are independently associated with the prevalence of chronic pain in Japanese workers. J Aneth (in Press).

[39] Vlaeyen WJ, Linton SJ. Fear-avoidance model of chronic musculoskeletal pain: 12 years on. Pain. 2012;153:1144–7.
[40] Wertli MM, Rasmussen-Barr E, Weiser S, Bachmann LM, Brunner F. The role of fear avoidance beliefs as a prognostic factor for outcome in patients with nonspecific low back pain: a systematic review. Spine J. 2014 May 1;14:816–36.e4. doi: 10.1016/j.spinee.2013.09.036.
[41] Wertli MM, Rasmussen-Barr E, Held U, Weiser S, Bachmann LM, Brunner F. Fear-avoidance beliefs-a moderator of treatment efficacy in patients with low back pain: a systematic review. Spine J. 2014 Nov 1;14:2658–78.
[42] Kendall N, Burton K, Main C, Watson P. Tackling musculoskeletal problems: A guide for clinic and workplace. Identifying obstacles using the psychosocial flags framework. The Stationery Office; 2009.
[43] 服部政治, 竹島直純, 木村信康, 山本一嗣, 水谷明男, 野口隆之. 日本における慢性疼痛を保有する患者に関する大規模調査. ペインクリニック. 2004;25:1541–51.
[44] Nakamura M, Nishiwaki Y, Ushida T, Toyama Y. Prevalence and characteristics of chronic musculoskeletal pain in Japan. J Orthop Sci. 2011;16:424–32.
[45] Brinjikji W, Luetmer PH, Comstock B, Bresnahan BW, Chen LE, Deyo RA, Halabi S, Turner JA, Avins AL, James K, Wald JT, Kallmes DF, Jarvik JG. Systematic literature review of imaging features of spinal degeneration in asymptomatic populations. Am J Neuroradiol. 2015;36:811-6.
[46] Matsudaira K, Hara N, Arisaka M, et al: Comparison of physician's advice for non-specific acute low back pain in Japanese workers: Advice to rest versus advice to stay active. Ind Health 49: 203-208, 2011.
[47] Koes BW, van Tulder M, Lin CW, et al: An updated overview of clinical guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care. Eur Spine J 19: 2075-2094, 2010
[48] 日本整形外科学会/日本腰痛学会・監: 腰痛診療ガイドライン 2012. 東京, 南江堂, 2012.

7. 提言先へのヒアリングの結果

提言先：厚生労働省健康局　難病対策課

政策提言書を上記提言先へ送付し、意見を聞くために電話連絡でヒアリングを申し込んだ。残念ながら、ヒアリングは実現しなかったが、以下のことが明らかになった。

1) ペインセンターの擁立を中心とした慢性痛に関する政策提言は愛知医科大学の牛田亨宏先生を中心にまとめる、と厚生労働省内で取り決められている印象があり、それ以外の個人または組織からの政策提言は受け入れていただけないようであった。

2) 厚生労働省の科学研究費による事業で慢性の痛み対策ホームページ（http://www.paincenter.jp/businessguide.html）があり、そこには 19 のペインセンターが、名を連ねている。しかしながら、それらの機能は各病院および研究者に依存しており、本提言書内で示されたような明確な指標は存在しない。したがって、その効果も各施設により大きく異なると推定される。

3) 本提言１と２に該当する痛みの慢性化の予防政策は牛田先生らも行っていない取り組みであり、新規性がある。また、ペインセンターの擁立や層別化治療アルゴリズム、医学教育の普及などの政策と同時進行することにより、一層の効率的な慢性痛対策の強化になる。

4) 層別化治療アルゴリズムはペインセンターの適応患者を見極めるためにも、牛田先生らが考案中のようだ。しかしながら、あくまでペインセンターの適応に関するものであり、ペインセンターの適応にならない患者および予備群を対象にした対応策は考えられていない。その点で、本政策提言は予備群を含めると慢性痛の有無にかかわらず全国民を包括的に対象とするため、革新的である。

5) 痛みがあることにより社会保障を受け取れるといった社会的な疾病利得の強い患者など、ペインセンターでも有効な治療ができない慢性痛有症者が存在する。そのような患者を将来的に少なくするためにも、痛みの重症化や疾病利得の獲得が生じる前に介入する予防手段が重要である。したがって、本政策提言における痛みの慢性化を予防する仕組みは、慢性痛有症者

を減らすだけでなく、ペインセンターで治療可能な患者を増やすことにもなると考えられる。このような意味で、牛田先生らと協力体制を敷いて慢性痛医療の発展および社会的予防システムの開発を同時進行で行っていくことが有意義である。

6) 慢性痛の医学教育の普及に関しては文部科学省が研究費を出して事業化が始まることが新たに明らかになった。おそらく、具体的な教育コンテンツや教育の対象についてはまだ議論中であると思われるため、本提言を活用して具体的な医療改革および予防政策との連携をとることにより、実際と整合性のある教育コンテンツが作成できる。それにより、包括的な慢性痛対策が可能になると考えられる。