

病名から出ているのが結構あると思います。ところが、慢性疼痛の人は、先ほど柴田先生がおっしゃったような薬を使っていると、医療保険上の病気としてはほとんどの方がうつ病に入っているか、てんかんに入っていますので、日本の保険制度では痛みというところでは挙がってこないのです。

日本の医療保険制度のレセプトは、本当の病名を問うているわけではなくて、治療とか検査の適用病名を書かせる保険制度ですから。これは、日本の国民皆保険の矛盾というのがこういうところに出ているわけです。使えないというだけではなくて、本当の病気と保険病名が全く別だという問題も一緒に出てくるわけです。そこまで手を付けるかどうかは別としても、いま戸山先生がおっしゃったように、いまの保険病名から拾う病気では、頻度はもちろんわからないでしょうし、どういう治療がいちばんいいかということも、結局表には出てこない形になっているので、それを一度調べる。

例えば、痛みセンターなどを持っている所で、焦げ付いたような患者さんを診ていただくと、大体何科を経由して来られるかなどというのも比較的良好にわかるかもしれないです。10カ所ぐらいを転々と回っている方はたくさんいると思います。私どもの所では大体3回目か4回目ぐらいで、整形外科とか、あるいはペインクリニックから回ってくるのも結構ありますけれども、そういうのも含めて、これは調査研究の課題ということでメモしておいていただいて、後でまたどうするかを少し掘り下げてみたいと思います。

○戸山委員 痛みセンターのお話が出ましたが、私たち整形外科が入口としますと、患者さんが来ていろいろな治療法、場合によっては手術になることもあります、なかなか治らない。先ほどの話のように、それではということであれば、例えばペインクリニックとか痛みセンターへ行って、そのフィードバックで、それを入口の所の診療科に幅広く伝えるという形が非常に大事で、我々もそれがどうだというものを全部は理解していないと思うのです。それも、何かで形ができるとすごくいいなと思います。

そうすると入口のほうで、これはそこまでなくて、1回痛みセンターのほうへ行って、またフィードバックして返ってきてくださいみたいな形ができれば、また少し救われる人もたくさんいると思います。その辺のところはまだ足りないのではないかという感じがします。これは、1番の医療と体制のところちょっと踏み込んでしまいますけれども、それも何か構築できればと思います。

○葛原座長 いまは、1番目も2番目も一緒に話していることになっているので、一緒に関連づけられると思うのです。内田先生、例えば家庭医では、痛みというのはいちばん多い自覚症状の1つだと思うのです。先生は保険審査にも関係していらっしゃると思いますが、患者さんが医師を選ぶときに、こういうのはどういう形の治療を、あるいはどういう診療

科にかかっている方が、いちばん多いのか。その辺は医師会のほうである程度把握はしているでしょうか。

○内田委員 日本医師会もそうですが、各地域の医師会でも把握できていないと思います。現状では情報もほとんど入っていないと考えます。痛みを専門的にやっていた医師は、まず開業医の中ではペインクリニックを標榜している医師ぐらいしかいません。要するに、自分の経験の中での痛みに対する治療法しか取り扱っていないというのがほとんどだと思います。

○葛原座長 やはり、治療も NSAIDs が中心という形になるのですか、あるいは湿布という形になるでしょうか。

○内田委員 はい。

○葛原座長 そうすると、効かない薬を使っているということになってしまうのでしょうか。

○内田委員 まったく効かないということではありませんが、他の対処、たとえば向精神薬を使ったりというようなことはほとんどないのではないかと思います。

○葛原座長 そういう点で言うと、2 番目のテーマの患者さんと一般医、一般医と専門医との間のギャップも相当あるということになりますね。確かに現在の EBM という形から見ても、まだまだ日本の痛みの治療というのは、アメリカなどと比べると入口にも足元にも達していないということにもなりかねないですね。そういう点では、こうすることで討議するのもやりがいがあるかもしれません。認知行動療法に関して、ほかの委員の方々からご意見はありませんか。

○竹内委員 私はリウマチと膠原病が専門なのですが、痛みと一言で言ってしまったときに、特に器質的疾患がある病気と、そうでないものを最初の入口のところで分けておかないと、痛いということで痛みだけをケアしていて、後で器質的な関節リウマチがわかって骨が壊れてしまったということになってはまずいので、その辺りの、いちばん最初の取っかかりのところで、その疾患が器質的な障害から来ている痛みなのかそうでないのかをまず区別した上で、器質的疾患がなければ、それは精神的なケア、あるいは認知行動療法等が必要であるというふうに入っていくないと本質を間違えてしまう可能性があるのかなというのが危惧した点です。

○葛原座長 4 枚目に一覧表で出していただきましたけれども、比較的是っきり原因としてわかっているものはこういうものがあるわけです。これ以外にも特に骨関節、あるいは結

合織の病気というのは、ほとんどが痛みのないものはないわけです。ですから、そういうところが入口で、これは割合わかりやすいガイドラインとか、あるいはフローチャートなどで、痛みがある人はまずその辺を分けて、リウマチ系の病気か、本当の整形学的な病気か、あるいは末梢神経の病気か、筋肉痛か、あるいは精神的、うつのか、その辺をはっきり分けるということですね。

○竹内委員 そうです。そこが分けられないと、トータルとして痛みということ、すべて痛みセンターでケアというのはなかなか難しいのではないかと。

○牛田委員 結局のところ慢性痛という、本検討会での議題になってくる痛みになると、もともとあった痛みの病態とは異なるものと言うことになります。例えば、椎間板ヘルニアがあって痛くても、痛くて何回も手術をしているうちに、痛みの病態それ自体が別のものになってしまうようなことであります。そうすると、骨などの変形による痛みには本人は固執しているわけですが、実際には“痛みの存在”に困っていて、それによって二次的に生活が困っているような格好に変わってしまっているわけです。

我々は器質的なものを主に最初に見ていきますので、器質的なものがこのぐらいはあるというのはある程度判断しています、しかし慢性痛では必ず精神・心理的因子がオーバーラップしてきていますので、そのウエイトがどう変わっていくのか。最初のところでどちらかということ、フローチャートの的にやっていくとしても、後に再度評価するようなシステムや、先ほど戸山先生がおっしゃったようなフィードバックを他科にしながらやるようなことをしないといけないと思っています。特に認知行動療法を行うケースということになってくると保険の問題、交通事故の問題、訴訟が関与していたり、あの先生にこんなことを言われたというようなことを引くくめて、患者さんを困らせているようなことが問題になってきます。例えば、膝のこの部分だけ治したらそれで済むというようにはなっていないことが多いということです。

○竹内委員 それは白黒付けるわけではなくて、当然 100%割り切れない部分がありますから、お互い協調していかなければいけない部分だと思えます。痛みということで、痛みだけにいってしまうと、その時点で痛みのケアはできていても、5年先に生命予後にかかわるようなイベントが起こることが十分あるので、その辺りを考えておかないとまずいかなという気がしました。

○牛田委員 そうということだろうと思います。

○葛原座長 ここで検討するのは、いま竹内先生がおっしゃったような病気をきちんと鑑別して、その治療をちゃんとして、こんなに痛むはずはないのに、なんでこんなに続く

のだろうというようなものをどう対応するのかということが、たぶんいちばんの課題で、例えば原因がはっきりしていて、そこにアプローチしたら、それなりの効果があるものというのは、これはこれでいちばん良い結末だと思うのです。

○竹内委員 そのこのところが区別できないので、困っているのではないかと思います。

○牛田委員 そういう点もあるかもしれません。

○竹内委員 ですから、それをトータルとして考えていかないと、これだけで慢性疼痛で器質性疾患がないものという括りだけではいけないのではないかと。

○葛原座長 ここにいろいろ挙がっているのも、原因がはっきりしていてもなかなか治らないものもあるわけです。

○竹内委員 原因がわかっても、治らないものはあります。

○葛原座長 どこを調べても原因はわからないけれども、すごく痛むというものもある。渡辺さん、ここでは両方やらないといけないのですか。

○渡辺課長補佐 そうですね、この分類案のそれぞれに対してどういうものが要るかというのは変わってくると思います。

○柴田委員 ですから、病気で括るとどうしても無理がある。病気という軸と痛みという軸と両軸で見るという方向性が重要だと思います。

○竹内委員 そうです。

○葛原座長 竹内先生、あるいは戸山先生がおっしゃったこととも関係するのですが、これは慢性疼痛を考えるときには、痛みの患者さんが来たら、まずどういうことから、最近はやりの仕分けをやっていかなければいけないのかという、それなりにわかりやすいチャートのようなものも必要かもしれません。特に内田先生が先ほどおっしゃったことで、痛みというのはまずかかりつけ医の所へ行くと思うのです。

そこへ行ったときに、そこではどういう治療をやっていただければいいとか、この辺は専門医に紹介したほうが良いという判断もある程度していただく。要するに焦げ付く前にどうするかということだと思います。そういうことをどう作るかということが必要だろうということです。これは4つの括りでいくとどこになるでしょうか、むしろ1番目に入るかもしれませんか、1番目でもないですか。

痛みへの対策ということでもないですから、要するに痛みの患者さんをそういう症状から捉えたときに、どういう医学的な対応をしていくかという、最初の入口についてそれなりのちゃんとした、わかりやすいフローチャートを作る。それは、患者さんの教育ということも含めてやっていくということで、まずは治療の前の診断ないしは振り分けだと思うのですが、それが必要だというのが、まず痛みの入口だというのはそれでよろしいですか。これは、まだまだちゃんとできていないことになります。これを 1 つの課題としてやっていくということです。

次の課題としては、割合結論を付けやすいところで、ある程度現場でいま使える薬、あるいは治療法を今後どういう形で取り上げていくかということに関しては、先ほど戸山先生がおっしゃったように、現在、日本で慢性の痛みの患者さんがどのぐらいいて、どういう治療を受けていて、しかもどういうのが比較的効果があるのか。これは、とてもエビデンスというレベルではないでしょうけれども、経験的なものであれ、それがどのぐらいになっているかということとはきちんと調査する必要があるだろう。

先ほど申し上げましたように、一般的には NSAIDs というのでしょうか、非ステロイド系の消炎鎮痛薬がすぐ処方されやすいと思うのです。むしろそこで治らない人がこういう形で、慢性疼痛ということになっているのでしょうか。こういうのは先ほど柴田先生がおっしゃったように、欧米では消炎鎮痛薬ではなくて、抗うつ薬とか抗てんかん系統の薬が主流になっているわけですから、そういうものが現にどういふ所で使われているかということも含めて、その実態を調べていく。

その中で経験的にも効果がありそうなものがあつたら、それが医療経済学的に収支が合うような医療に持っていかなければいけないということもあるわけです。先ほどからお聞きしていても、これは適用外医薬品、あるいは赤字の出る手術、保険適用になっていない認知行動療法という、要するに一切赤字を出すことが黙認される病院でしかできないというのがいまの医療の現状だと思います。患者さんのニーズがあつても、経済を考えたらこんなのはやるべきではないということになってしまいます。その辺をどう解決していくかということは、ある程度そういう調査に基づいて厚生労働省にお願いしていく。

柴田先生がおっしゃっていましたが、需要がありそうだとということになると製薬会社が治験してくれるかもしれませんが、もう認可されて使われているものに関してはおそらく色気を示さないというときに、それを実際の治療の中にどのように組み込んでいくかということ。これは行政的な話になるかもしれませんが、そういう形になるのではないかと思います。戸山先生、もしまとめていくとすると先ほどの話はそういう形のことでよろしいですか。

○戸山委員 私も同じように考えていて、入口は内科にしる整形にしる、痛みというものに関して第一線の入口の方々に、よりいまの痛みの日本で使える現状はこうだあだというのを、よりもう少し教育というか、知ってもらうようなものを1つ作るのが大事だと思います。そこを踏まえて、患者さん側にも痛みというものはどうだという啓発・啓蒙が大事だと思うのです。

そこでなかなか難しいものを、その次のステップに送るのが、ここに書いてある痛みセンターかもしれないし何かというものがある。そうすると、そういう人たちは全部そこに行っているのかということもあります。いまの入口の議論は、それがいちばんいい方法だと思います。

○葛原座長 いくつかのものは調査チームなり、研究班なりをつくらないと解決しないものがあるだろうということですね。辻本委員は、どちらかという消費者とか利用者のほうから出ている委員でしょうか。もう皆さんにご発言いただいたので、この話はここで一応終わりにしたいと思うのですが、そういう立場からご意見がありましたらお願いいたします。

○辻本委員 20年間電話相談を続けてきた現在はNPOです。痛みの方の相談というのは非常に多く届くことと、特徴としては長い電話になることです。正直担当者も「またあの方ね」というようなリピーターという層が一定数これまでも続いておりました。ただ、その方たちにはその方たちの言い分があります。例えば、医療の限界とか不確実性が理解できていない。やはりインフォームド・コンセント不足があります。

先ほどどなたかが、痛むはずはないのにとおっしゃいましたが、医療側の視点が、向き合ったときから患者さんの心理的などところにも影響を及ぼしていて、扱いにくい患者さんというふうに分類されていて、向き合ってもくれないという主治医の愚痴などが延々と続きます。ただ、ドクター1人が対応する問題では決してない。やはり、チームアプローチということで、言ってみれば患者さんのヒストリーまでじっと耳を傾けてくれる役割など。それがカウンセリングなのか、上から目線ではない、本当に必要なときに背中に回り、適切なひとことをかけて支えるようなシステムをきちんと構築してほしいということが、こういう患者さんの声の中には非常に多いです。

大学病院などで、文部科学省からの研究費で臨床試験や創薬に患者さんの協力を仰ぐことで患者の教育・啓発にもつながっていくということ。もう1つは、小さな社会貢献という役割認識が患者さんの気持をサポートすることにもなります。先ほどの入口の一般開業医の所へ行って、痛みセンターに紹介されてそういう役割を務め、その上でまた一般開業医の所へ戻るといような図式の中に、何か「あなたしかできないこと」という仕掛けと

いのでしょうか、仕組みというのでしょうか、患者の医療参加が医学の発展にも寄与することだと思いますので、組み込んでいただきたいと思います。

○葛原座長 治験のボランティアと言ったら変ですけども、そういうことにも積極的にそういう方に関与していただくということですか。

○辻本委員 はい、そうです。そのためにはCRCなどドクターだけではなくという、その人材育成ということと、システムの構築が必要になると思います。

○葛原座長 前に柴田先生のレクチャーでおっしゃっていましたが、痛みというのは主観的なものであって、客観的には測れないということです。痛いはずがなくても、とても痛いんだというのが慢性疼痛だと思うのです。どちらかという検査の異常、所見の異常、器質的な異常というので組み立っている医療の中で、どういう形でそういう患者さんたちを受け止めていくか。たぶん話を聞いてあげるだけでも。家でももう聞きたくないと、職場でもそう言われているような方たちの話を聞くだけでも良くなる方はいるのではないかと、NPOなどでは体験していると思うのです。そういうことも含めて、いちばん下の問題は、先ほどのような形でまとめて終わりたいと思います。

○宮岡委員 直接いままでの流れではないのですけれども、私は歯科・口腔外科領域の先生と一緒に仕事をする機会が多かったのですが、『患者さんが歯が痛いと言っているときに、根の治療をして、それでも痛みが取れないから抜いて、とにかく徹底的にやるだけやって、それでも痛みが残るときまでメンタルなことは考えてはいけない』と大学で教えられた」と若い先生に言われたことがあります。実際はそこまで診断的治療をやり尽くしてこられると、なかなかメンタルな面の治療に進めないという面はあると思います。

2番目に、一般医と専門医の認識のギャップと書いてありますけれども、実は専門医と専門医の認識のギャップというのかなりあるような気がします。その辺りは、きっと議論をしていると怪しい部分や厳しい部分が出てくるでしょう。

○葛原座長 自信が強い分だけ、専門医と専門医のギャップのほうが結構埋めにくいかもしれないですね。いま私が申しましたのは、いちばん下の問題は先ほどのような形で括って、あとは1番目、2番目、3番目のことをやっていきたいと思います。

比較的、4番目の問題からすっと移りやすいのが2番目の『痛み』に関する正しい情報の提供」ということで、先ほどから宮岡先生あるいは内田先生辺りからも出ていました患者さんと一般医、辻本委員もそうですね、それから、一般医と専門医のこのギャップをどう埋めるか、あるいはこのところをどうやっていくかと、これは教育のことも含めて大事なことだと思うのですが。これはたぶん患者さん自身の啓発ということもある程度大

事なことだと思っております。

これを今後どうやっていったらいいか、あるいは、その前に現在どういう問題点があるかと。内田先生から先ほど、いままで、痛みということに関しては大学医学部の講義でも、あるいは一般的な話でも、どちらかと言うと非ステロイド系の消炎鎮痛剤とか、いわゆるあの痛み止め、消炎解熱剤のような治療あるいは湿布のような物が中心で、これは我々もそうだと思うのですが、やられてきたらろうということで、特に慢性疼痛には少し新しい視点が必要であろうということと、いま薬だけでは治らない痛みがかなり増えているということ、あるいは、ちょこちょこ話題になりますが、線維筋痛症のような、昔はこういう病名とか症状というのはほとんど見たことがなくて、最近、かなり激しい全身痛ということで結構若い患者さんを拝見することがあります。

そのようなことも含めて患者さんの啓発、あるいは専門医ではない医師とか医療従事者の啓発、それから、さっきの専門医同士もやはり隣のことはまずわからないと、しかも、専門医であると自分のことだけはとにかく徹底的にやるというようなことにもなりかねませんので、その辺をどうやったらいいかということで、まず問題点、大体出ていたと思うのですが、いままで言っていた以外に、先生方の目で見ているという問題があるのではないかとすることは何かございましょうか。

○牛田委員 病名を付けてしまったために起こる問題点というのがあるのではないかと思います。例えば「鞭打ち症と言われました」と。そうすると、「あなた、首が痛いでしょう」とか医師からいわれて、その結果として毎日首を触っているような人はずっと痛みを抱え込むようになっていく可能性が高くなると考えられます。おまけに、訴訟だとかが絡んできたりするとほとんどなかなか治りにくくなります。これは鞭打ち症という病名を最初に付けたことにも問題があることを考えさせられる事柄です。どのような病名を付けるかというのはすごく大事なことかなと思ったりするのです。

あるいは、「神経に傷が付いていますよ」などと医師から告げられたような人はずっとそのことを言い続ける傾向があります。少なくとも痛みセンターに来るような方にはそういう方が多いです。「そのような病態ではありません」と1つずつ長い時間をかけて説明しても、次に来たらまた同じことを言っていることになったりします。同じようなことは、線維筋痛症などにもおそらくあるのではないかと思います。

ですから、適切な診断名を付けてくれと患者さんは言うてくるわけですが、付けたことによって起こる問題点を考えながらお話をしていかないと、最初いきなりすごい病名を付けてしまうと問題になることがあります。例えば後縦靭帯骨化症であっても、今はインターネットなどで情報がものすごく氾濫しているので、「私、こんなになるのでしょうか」



というような感じで、「違う、違う」と言ってもなかなか理解してもらえないことがあります。インターネットのほうが私たちよりも信用されるということが多いため、情報のコントロールを考えないといけないと思います。ただ、今のインターネット時代、情報が色々出てくることをコントロールするのはすごく難しいので、もっと強力に発信するようなどころがないといけないと思ったりします。

○葛原座長 牛田先生がおっしゃったのは、たぶん病名の弊害と、もう1つは検査所見の弊害だと思うのです。いまおっしゃった後縦靱帯骨化症はたぶん日本の健康人の10%近くにあるのではないですかね、ある年齢以上では。それから、変形性頸椎症は50歳以上ですと50%以上。ですからこれは、検査の異常であっても、ほとんどが症状とは関係ないわけです。しかし、手にしびれがあると、これは後縦靱帯骨化症のせいだとか信じて疑わない。目に見えるものは強いですから。

ですから、その思い込みを解くのはとても大変だということを私などもよく感ずることで。結局、日本はMRやCTなどの検査が安いということもあって、バンバン撮ると、大体5割の人は異常が出る、こういう痛みが出る人にはみんな出てくるわけです。ですから、検査の異常は病気ではないと言っても、私が言うことよりはインターネット、私が言うことよりもMR画像のほうがよほど信頼度が高いということになる。ですから、家庭の医学書とインターネットにはまった人はどうやっても治らないというのが私の考えなのです。

そういう時代ですから、やはり検査所見などの説明の仕方と、もう1つは病名。これも、いま牛田先生がおっしゃいましたが、私もいつも困っているのは、症状名でレセプトに書いておいても、必ず返ってきて病名を書いてくれと言うのです、そうでないと保険が通らないと。病名を書くと、いい加減な病名では使えませんからかなりのものを書かないと駄目で、今度は患者さんがその病名を見て自分はその病気だと信じ込んでしまうと。保険病名は本当の医学的病名を反映していないと言っては変ですが、検査や薬に対応した保険適用病名を付けないと保険が下りないというのは、これは、患者さんにはいくら説明してもわからないことですよね。厚労省の前でこんなことを言うのは何ですが、現実はそのような問題が起こっているわけです。牛田先生がおっしゃったのも、たぶん病名にとらわれるというのはそういうことだと思うのです。難波課長などにもこういう現実を聞いていただきたいと思うのですが。

ですから、そういうことも含めてやはり患者さんへの説明、あるいは病名の説明の仕方、あるいは、これは学校などでやってほしいと思うのは、日本の医療保険制度がどういう形でお金が支払われるか。要するに、とにかく検査とか薬の、この病名なら保険が下りますという形の病名でないとお金が支払われないと、それ以外のことはいくら本当のことを書いても払われない制度だということを国民によく教育していただかないと、こういう医療

は成り立たないだろうという気がするのです。あとは、患者さんが要求していらっしゃる通りの治療をすると、保険適用でなければ、一切、これは病院からの持出しになっているということです。その辺のことも含めて、教育というのはいろいろ大きいですが、患者と一般医、一般医と専門医は、とにかく今のところは理解は低いと、コミュニケーションは乏しいと、やることはいっぱいあるということになりましようかね。

○戸山委員 2番目の「正しい情報提供」というのは、医療側にも患者さん側にもものすごく大事なことだと思うのですが、特にその「痛み」、慢性疼痛でどこでもなかなか取れないというのは、先ほど話しましたように、民間も含めて、自分がプロだと言って、ものすごい数あると思うのです。本当はその正しい情報が出せればいちばんだと思うのですが、非常に難しいテーマにはなると思いますし、すごくあると思うのです。そのところ、先ほど話しましたように、我が国で手持ちで使える治療がどうで、それがエビデンスがどうだというようなものが、正しい情報としてはいちばんよろしいかなという感じはいたします、非常に難しいと思えます。

○辻本委員 確かにエビデンスも大事ですし、ガイドラインも必要だと思うのですが、それがすべてではないと思うのです。先ほどカウンセリングの中でのフローチャートというお話もありましたが、こういうところに出ていらっしゃるお医者さんたちは意識高く、それだけではないよとご認識くださるのですが、やはりいろいろな方々の中には、それさえやっておけばいいのしょうというような、既成の枠にはまってしまうような医療になると、今度は患者さんがはじき出されてしまう危険性。例えばそのフローチャートどおりに語れない患者の気持ちだったりとか、フローチャートどおりに痛みが進んできたわけではない患者さんとか、外れる人はいっぱいいると思うのです。

ですから、エビデンスやガイドラインにも実は限界があるのだという上で作っていただかないと、引出しに納められてしまう患者は非常に切ない気持ちを抱きますので、その辺も加えてご議論を進めていただきたいと思います。

○宮岡委員 今の問題に関係して、ガイドラインも含めた、一般医・専門医も含めた医師の啓発というか、そういう面と、実際に痛みを持っておられる方に対する情報提供という面で、私の個人的な考えなのですが、むしろ患者さんに対する情報開示や情報提供に力を入れたほうがよいような気がしています。できるだけ情報がディスクローズされて、「患者さんが医師を選びやすいように、あるいは選べるように」というところに持っていったほうが何か戦略としていいのではないかと思えるのですが・・・。

我々の領域でも、最近、軽いうつとかで、本当に薬が必要でない人にもどんどん薬を出すような先生がいたりして問題になっています。自覚症状に対する治療に関する医師の啓

発というのはかなり難しいことだと思うのです。むしろ患者さんに選べるような情報をきちんと与える。医者がこんなことを言うとはよくないのですが、何かそのほうがむしろお金の使い方や力の入れ方としては正しいような印象を最近持っているので、一言申し上げました。

○柴田委員 教育に関連してですが、前回の検討会のときにアメリカで行われた痛みの10年という問題がありまして、これがどういう内容だったのかということ調べました。どなたに聞けばいいかなと迷いましたが、私も訪問したことがあるアメリカ、ワシントン州にありますペインセンターの元責任者のロージャー先生、この方がアメリカの痛みの10年の重要な役割を果たした方で、国際疼痛学会の会長でもあったということで適任だろうと思ひ、厚労省の渡辺さんを通して聞いていただきました。それがこの資料です。

質問の内容は、1頁にありますように、痛みの10年、アメリカ議会がどのような活動をなされましたか、どのような分野の方が参画されましたか、何か変化がありましたか、当初の計画はどのようなものでしたか等々とお尋ねしました。ロージャーさんからのメッセージは非常に驚くほど丁寧に書かれておりまして、私も感動いたしました。p 英文が最後の資料に載っていると思いますが、このA4の用紙でぎっしり4枚書かれてきています。この内容は、政府として何か具体的なアクションというわけではないのですが、アメリカというのはある宣言をして、プロモートするというやりかたがよくとられます。オバマ大統領の“**Yes, We Can.**”ではないですが、そのような呼掛けだったかと思われまます。こういうことに啓発されて痛みに関する臨床医あるいは基礎医学者、学会レベルでいろいろな活動が行われたということが書かれています。

日本でこういう検討会が始まって、これに対してのメッセージを寄せてきていただいています。がんでない慢性の痛みの問題は、やはりそれぞれの国の文化と関連しています。アメリカは公的な保険がないという特殊な状況にあつて、どうしてもお金の動くところに人が動くという問題があります。しかし、ヨーロッパや日本は行政がもう少しレギュレートできるシステムで、そういう意味で、痛みの治療に行政の果たす役割は大きく期待している、というような励ましのメッセージだったかと思ひます。訳も付いていますので、是非、ご覧いただければと思ひます。このようなことが痛みの専門医あるいは研究者だけではなくて、そこから通して一般の患者さんにもそういう痛みというものがどういうものであるか、どのようにしていくのがご本人にとって、長い目で見ていちばんハッピーかというように書かれています。

○葛原座長 アメリカの医療制度の議論を見ていると、オバマさんのあの医療改革に関して、自分で払わない人に税金を投入することに対して、良識ある国民の相当数が反対する国なのだなと思ひてびっくりしているのです、日本とは考え方が随分違うのだなと思ひて

います。そういう点で言うと、ここの渡辺さんの 5 頁の訳の所などには、アメリカには医療システムが政府としては欠如しているということですが、日本ではきちんとあるわけで、こういうことを政府がやっているわけですから、それをうまく活用するというのは非常に大事なこともかもしれません。

○辻本委員 もう1つよろしいですか。

○葛原座長 はい。

○辻本委員 20 年間電話相談をお聞きしていて、いま、これはデータも何もない、根拠に乏しいお話かもしれませんが、患者さんの世代によってその納得の基準が違っていたりとか、要求というものが微妙に違うということを学んでまいりました。私自身もそうなのですが、団塊の世代の患者さんがやはり電話の相談の層にも非常に厚いものがありまして、1つ、この世代特有の心理という側面があると思うのです。

例えば、先般も団塊の世代特有の医療ニーズについてリハビリ学会でお話したら、ある方が、この世代の人は1つおへそを曲げるとモンスターになり得るけれど、そうだよねと納得ができると、例えばリハビリについても、ものすごく積極的に一生懸命自分の問題として引き受けてやっていくと。その辺りが扱いにくい世代ではありますが、この団塊の世代辺りが、これから患者の層としてもこの領域にもどんどん増えてくる現実があると思いますので、そうしたものもどこか研究ということでご興味をいただける方を巻き込んで、少なくとも80代の高齢の方へのアプローチとは違う支援策などもお考えいただきたいと思っています。

○葛原座長 年齢と性によっても訴える内容がかなり違うということですかね、あるいは納得の仕方とかも含めて。

○辻本委員 そうですね、社会的な参加ということを一応持っている人とそうでない人とか、いろいろな分類はできていくかとは思いますが、大まかな見方として私たちは、やはり高齢者と団塊の世代とセンター試験・共通一次試験世代とマニュアル世代というような4分割。ただ枠にはめて患者さんをみてはいけないのですが、逆に、ああ、やっぱりねというようなことをこの20年学んでまいりました。いよいよ700万人のこの団塊の世代が医療現場の患者としての主役を位置する時代に流れてきますので、その辺りもどなたか、興味、関心を持っていただけたらありがたいと思います。

○葛原座長 団塊の世代というのは、昭和20年代の前半ぐらいに生まれて、いま60歳前後になっている人たちですね。