

## 日本医療政策機構（HGPI）慢性疼痛対策推進プロジェクト

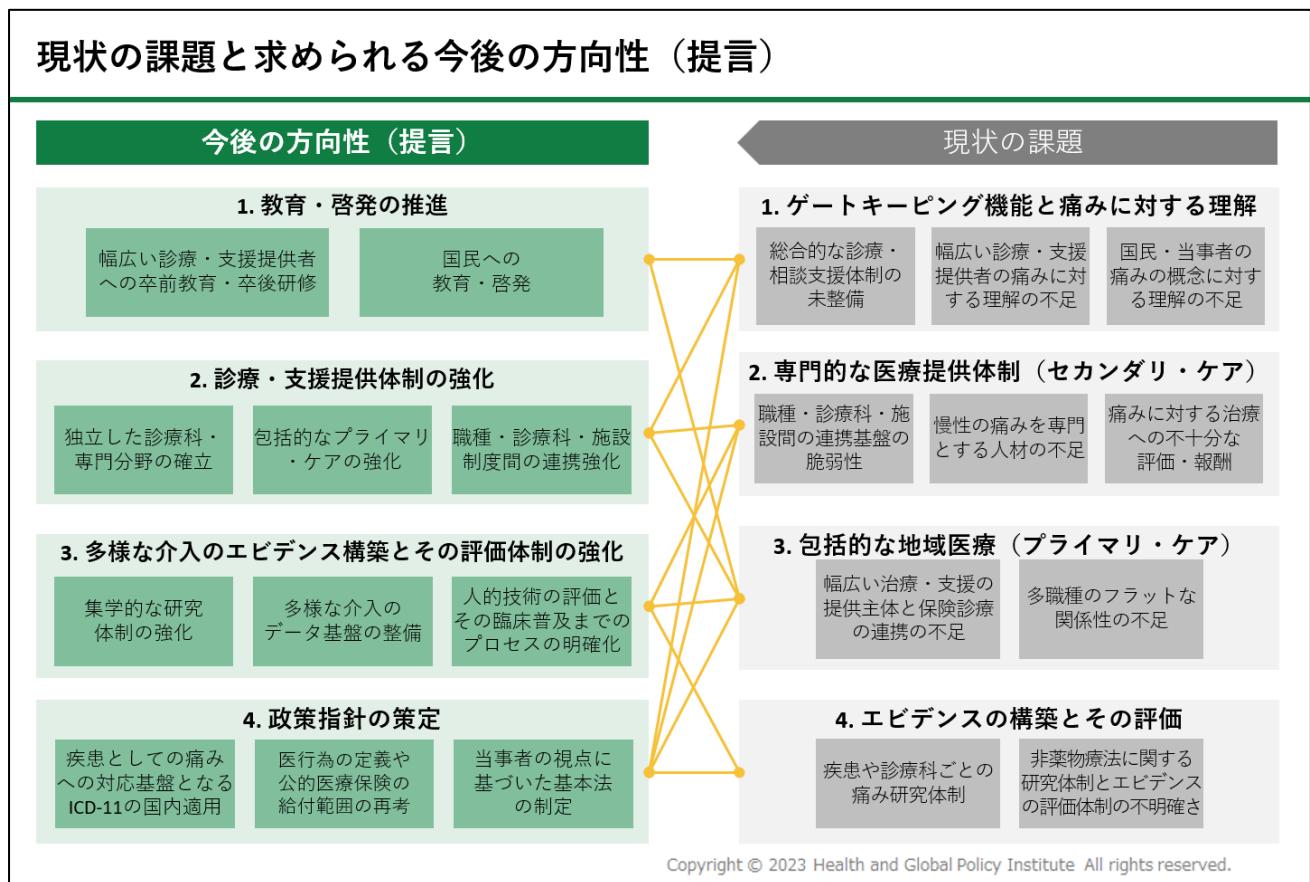
### 政策提言「集学的な痛み診療・支援体制の均てん化に向けて」

#### はじめに

我が国の慢性の痛みの有病率は、成人人口の22.5%と報告されており、推計患者数は約2,315万人に上ると報告されている。痛みが直接的な死因となることはなく大きな注目を浴びづらいものの、労働生産性の低下や要介護・要支援につながることも多く、少子高齢人口減少社会における社会保障制度、あるいは社会全体の持続可能性の観点からも、痛みに対する効果的・効率的な診療・支援体制の構築は、喫緊の課題である。

痛みに関する研究は、近年急速に発展を遂げている。2020年には国際疼痛学会（IASP: International Association for Study of Pain）による痛みの定義が改定された。また2021年には、第3の痛みの機序である nociceptive pain の日本語訳が痛覚変調性疼痛と定められ、構造的・医学的な要因だけでなく、心理社会的な要因が痛みに影響を与えることが強調されている。こうした痛みの機序に基づいた診療・支援においては、従来の生物医学モデルの限界や、生物心理社会モデルの必要性が提供され、その基盤となる制度・政策の迅速な整備が求められる。

本報告書では、痛みの診療・支援に携わる幅広いステークホルダーへのヒアリングやデスク調査等から得られた知見を基に、痛みの診療・支援体制の現状の課題と、その解決に向けた今後の方向性を取りまとめた。まず、現状の課題を整理し、これらの課題解決に向けた打ち手や今後の論点、方向性を、下図の4つの提言に取りまとめた。



痛みはあらゆる疾患で問題となりうるため、その診療・支援には、診療科横断的な連携が必要である。さらに、多職種、施設、医療介護福祉さらには民間のヘルスケアサービス産業を含む制度の垣根を超えた連携も必要とされ、集学的な痛みの診療・支援体制の均てん化は、幅広いステークホルダーが関係する複雑な政策課題である。当機構は、その解決に向けた今後の論点について、当事者の視点に沿った、マルチステークホルダーでの議論を促進し、集学的な診療・支援体制の均てん化に向けた活動を行っていく。

## 痛みに対する診療・支援体制の現状の課題

### 1 個別性の高い痛みを抱える当事者を適切な診療・支援につなぐ体制

#### 1.1 総合的な診療や相談支援を行うことができる体制

痛みは様々な器質的な疾患に由来する。また、慢性化した痛みは、器質的な組織損傷だけでなく、心理社会的ストレスの影響を受けるため、器質的な疾患の有無を判断する総合的な診断技術、また生物心理社会モデルに基づく高度な診療技術が求められる。こうした総合的な診療の提供に向け、2018年から適用された新専門医制度における総合診療医の専門医認定の仕組みや、2022年度の改訂版医学教育モデル・コア・カリキュラムにおいて「総合的に患者、生活者を見る姿勢」が医師の資質として追加されている。一方で、フリーアクセスを原則とした現状の医療制度のもと、患者が受診する診療科を選択し、診療科ごとに医療を提供する体制の中で、多様な原因が複雑に絡み合った慢性の痛みを持つ患者が、自身がかかるべき診療科、あるいはヘルスケアサービスを適切に選択することは容易ではない。実際に、当事者一人ひとりの状態に合った適切な診療・支援を受けられず、自身に合った診療・支援を求めて様々な診療科や民間療法を回る「痛み難民」が存在している。

#### 1.2 医療提供者やヘルスケアサービス事業者の痛みに関する理解

慢性の痛みを抱える人々は、様々な医療施設やヘルスケアサービスを利用する事が報告されている。慢性の痛みを抱える患者が受診あるいは利用した施設・サービスを調査した2011年の調査「日本における慢性疼痛の実態 -Pain Associated Cross-sectional Epidemiological (PACE) survey 2009」では、慢性の痛みを抱える患者のうち、55.9%が何らかのサービスを利用しており、その受療先は、診療所 46.3%、病院 40.9%、接骨院・整骨院 27.3%、その他のヘルスケアサービス・代替医療 35.6%と報告されている。また、病院や診療所を受診した患者のうち、45.2%が治療に不満を持っていると回答している。慢性の痛みを抱える当事者が医療機関のみでなく、接骨院や民間の代替医療を利用していることや、医療機関での治療に対して不満を感じている状況を踏まえると、医療専門職に加え、ヘルスケアサービス事業者に対して、痛みに関する最新の知見に基づいた教育が行われることが望ましいと考えられるが、現状では医師等の一部の医療提供者の卒前教育カリキュラムに追加されるにとどまっている。

#### 1.3 痛みの概念と、痛みに対する医療やその他の支援へのかかり方に関する国民の理解

痛みの捉え方は、文化的な影響を受けることが知られている。日本においては、2017年の慢性の痛みを抱える人へのインターネット調査によると、痛みがあっても我慢すべきという回答が 66.6%、医療機関を受診したことがない人が 32.8%と報告されており、痛みを我慢する傾向が強く、また、痛みが慢性化しても医療機関を受診しない状況がある。また、痛みはある部位の疾患や損傷に由来するという、いわゆる侵害受容性疼痛に対するイメージが強く、昨今解明された、心理社会的な要因の影響を受ける新しい痛みの概念は定着していない。国民が自由に受診する医療機関を選択できる現状の医療制度では、自分がかかるべき適切な医療を国民が判断する必要があるが、痛みやその治療に対する正しい理解が得られていない状態では、痛みに対して適切な治療を早期に提供することが難しい。

### 2 専門的な医療提供体制

#### 2.1 集学的な診療・支援の基盤となる診療科、職種、施設間連携に対するインセンティブの不足

一部の慢性の痛みに対しては、多面的な評価に基づいて多職種のカンファレンスを行い、診断、治療計画を作成することが有効である。また、治療においては、運動療法、心理療法、痛みの管理に関する教育等の非薬物療法の活用が推奨されている。さらに、治療の一環として、就労支援等の福祉的な支援との連携が必要となる場合もある。こうした多面的な評価や多職種カンファレンス、多様な治療の多くは、現行の診療報酬制度では評価されず、無報酬で行われているのが現状である。また、多施設が連携して集学的な診療を提供している取り組みにおいても、その連携にかかる負担への手当では設けられていない。ガイドラインに基づいた効果的な診療・支援を行うこれらの取り組みが評価されていない現状では、集学的な診療・支援を行う医療機関の運営上の持続可能性が危ぶまれる。

## 2.2 慢性の痛みに対する専門的な診療・支援を担う人材の不足

慢性の痛みに対する適切な診療・支援にあたっては、生物心理社会モデルに基づいた、幅広い専門的な知識、技術を有する医療提供者が必要となる。現在、全国30か所以上に設置されている集学的痛みセンターにおいては、必要な知識・技術を身に着けた医療提供者が中心となり、専門的な診療・支援を提供している。こうした慢性の痛みの診療に高い専門性を有する人材を養成する教育は制度化されておらず、個々の医療提供者が、卒後の臨床経験や研究経験の中で必要な知識・技術を獲得している状況であり、専門的な医療提供者の不足が集学的痛みセンターでの持続可能な診療の課題となっている。文部科学省の課題解決型高度医療人材養成プログラムにて、慢性の痛みに関する教育プログラムの構築が進められたが、その制度化には至っておらず、専門的な医療提供者を必要数養成する体制の整備が喫緊の課題である。

こうした教育体制に関する課題は、医学教育のみではなく、歯科領域や看護、心理師を含むセラピスト等にも共通する課題である。例えば、歯科領域の慢性の痛みとして問題となる口腔顔面痛は、歯科医の専門分野として認定されておらず、適切な診療・支援体制の均てん化に向けた課題が多い。諸外国においては、口腔顔面痛が歯科の専門分野の1つに位置づけられ、その専門教育の体系化が進められている。日本では、口腔顔面痛の先進国で教育、認定を受けた数少ない歯科医師が中心となって学会が組成され、口腔顔面痛領域の確立に向けた取り組みが進められているが、専門分野として公的に認定されていない状態では、その教育制度の構築や、口腔顔面痛分野の専門歯科医による診療体制が整備されない。

## 2.3 痛みに対する専門的な医学的治療に対する評価体制

一部の慢性の痛みに対しては、薬物療法やインターベンショナル治療（神経ブロックや低侵襲手術）等の効果的な医学的治療技術が確立されている。一方で、例えば、神経ブロックに用いられる薬物の薬価や、治療に用いられる医療材料費に対する報酬がつかないこともあります。こうした治療に対する診療報酬点数は、諸外国と比べて安価である。また、インターベンショナル治療の一部は、重篤な合併症のリスクや、それに伴う訴訟リスクも大きいため、一定の効果が期待される医学的治療であっても、臨床へ普及しづらい現状がある。

# 3 地域での包括的な診療・支援の提供基盤

## 3.1 保険診療と幅広い治療・支援の提供主体との連携

大学病院に設置されることの多い集学的痛みセンター等で専門的な治療を受けた後、当事者が、地域の中で必要な診療・支援を継続的に受け続けられる体制の構築が必要である。現在の外来医療においては、診療科ごとの対応が中心であり、生物心理社会モデルに基づいた診療科横断的な治療を提供する体制の整備

は不十分である。特に、心理療法、運動療法、統合医療、就労支援等のエビデンスに基づいた幅広い介入を提供する地域資源と、保険診療を行う医療施設との連携体制、および連携を促進する制度が乏しい中では、エビデンスに基づいた多様な介入を地域で提供することは困難である。

### 3.2 生物心理社会モデルの実践の基盤となる多職種のフラットな関係性

生物心理社会モデルに基づく地域での包括的な診療・支援の提供に向けては、多職種連携の一層の推進が必要であり、その推進に向けて多職種のフラットな関係性の構築が求められるが、課題が散見されている。医療専門職の業務範囲は、医事法の中で規定されており、医行為を業とする医業の医師による独占を認め、他の医療専門職にその一部の行為を限定的に解除する形で、十分な教育を受けていない者が行う医行為から国民を守っている。一方で、医師法施行後の医療の発展において、生物心理社会モデルに基づくりハビリテーション等、医行為（医師の医学的判断及び技術をもってするのでなければ人体に危害を及ぼし、又は及ぼす虞のある行為）に該当しないと想定される医療が確立されてきた中、こうした行為も医師が独占する状況も生まれている。このような現状は、医師の過剰な負担や、業務範囲や報酬体系における職種間のヒエラルキー構造にもつながる可能性がある。

## 4 エビデンスの構築と研究開発体制

### 4.1 疾患や診療科ごとに痛みを研究する研究体制

慢性疼痛診療ガイドラインでは、慢性の痛みの診療に関する国内の質の高い研究が少ないことが指摘されている。日本における痛みの研究は、各疾患領域において、疾患に付随する痛みを対象とすることが多く、こうした研究の多くは、各疾患の病理をなす末梢の組織に焦点を当てた研究がほとんどである。一方で、実際に当事者が抱える慢性の痛みは情動的であり、神経学や心理学の視点で、末梢の組織中心ではない研究にも同時に取り組む必要がある。このような、痛みを総合的に捉えた痛みの診療に関する研究には、集学的・学際的な視点が求められる。国内においては、こうした研究体制は一部の研究機関のみで整備されているのが現状であり、こうした研究体制のさらなる拡充が必要である。

### 4.2 非薬物療法に関する研究体制とエビデンスの評価体制

ガイドラインの推奨する非薬物療法の多くは、国内のエビデンスが不足しており、診療報酬に算定されておらず、いわゆる整体をはじめとした非医療的なヘルスケアサービスとして提供されている。こうした現状から、エビデンスに基づく非薬物療法が公的医療保険に収載されるためには、国内のエビデンスの構築と、その評価が必要である。しかし、現在非医療として提供される治療の医学的効果に関する研究を行う体制は一部の研究機関に限られ、また、人的な治療技術のエビデンスに対する科学的評価とその保険収載のプロセスは不明瞭である。実際に、心理療法の例では、国内における科学的エビデンス構築が遅れており、公認心理師の国家資格の創設および医療における公認心理師の活用は、科学的な評価よりも政治的な議論が中心となっている。統合医療の例では、厚生労働省 eJIM（イージム：「統合医療」情報発信サイト）が取りまとめる統合医療のエビデンスは、米国のエビデンスが中心であり、国内におけるエビデンスと、エビデンスに基づいた提供体制構築に向けた政策的な介入は乏しい。こうした状況では、国際的にエビデンスが確立している非薬物療法に関する国内でのエビデンスを構築し、新しい非薬物療法を医療として、あるいは医療と連携して提供することは難しい。

## 集学的な痛み診療・支援体制の均てん化に向けて求められる打ち手と今後の論点

### 1 痛みの概念に対する社会的理解の醸成に向けた、教育・啓発の強化

#### 1.1 保健医療福祉さらには関連するヘルスケアサービス産業に携わる全職種に対する、卒前教育と卒後研修の導入

痛みが様々な疾患領域で問題となりうることや、慢性の痛みを抱える当事者が統合医療を含む医療機関以外のサービスを利用していることを踏まえ、当事者がどのサービスを利用しても、適切な診療・支援を提供あるいは紹介できる体制が必要である。そのためには、保健医療福祉さらには関連する民間のヘルスケア産業に従事するすべての職種が、痛みの概念を正しく理解することが必要であり、痛みに関する教育・研修の迅速な推進が必要である。その実現にあたっては、全職種の卒前教育への導入と、卒後研修の促進を両輪として進めることが望ましい。IASP の提供する医療福祉専門職向けの教育カリキュラムや、日本において既に卒前教育の中でカリキュラム化されている職種の教育カリキュラムや、日本いたみ財団の進め「いたみ財団ベーシック研修会」等を参考に、迅速な教育・啓発の推進が求められる。

#### 1.2 痛みに対する国民の適切な理解を促進する、教育・啓発の強化

日本においては、痛みは我慢するものであるという文化が根強く、痛みを感じた際に医療あるいは他のサービスを利用しない傾向があることや、痛みに悩む人に対する社会的な理解が十分に醸成されていないことが指摘されている。また、痛みは体だけでなく、心理社会的なストレスの影響を受ける心の問題という側面があることについての理解も乏しい。こうした日本の特徴は、適切な早期介入、さらには慢性の痛みの治療時に必要とされる当事者の自発性を阻害している。義務教育における痛み教育や全国的な啓発事業を推進し、痛みやその治療に対する国民の理解を高めることで、適切な診療・支援が効率的に提供されることを促進する必要がある。

### 2 専門的な診療および包括的なケアの提供体制の構築

#### 2.1 痛みの診療を専門とする独立した診療科の整備と、専門的な診療を担う人材養成に向けた専門分野認定による、セカンダリ・ケアの強化

痛みは、様々な疾患を抱える当事者が抱えうる診療科横断的な問題であり、様々な疾患に伴う難治性の痛みに対応するためには、各疾患の治療を行う診療科と連携して、痛みに対する専門的な治療を提供する独立した診療科の確立が必要である。中国では、各診療科での治療による痛みの改善が見られない当事者が、独立した診療科である疼痛科で、紹介元の診療科と連携しながら、専門的な診療・支援を受けられる体制を整備している場合がある。日本においても、1962年の日本初のペインクリニック科創設や、2008年の独立したペインクリニック科の設置等、痛みに対する専門的なセカンダリ・ケアの強化に向けた取り組みが進められている。一方で、痛みの専門的な治療に対する診療報酬上の評価は十分にされておらず、持続的な運営が困難である。痛みに対するセカンダリ・ケアの強化に向け、他科と連携する独立した疼痛科の設置と、痛みに対する専門的な治療を適切に評価する診療報酬の検討が求められる。

また、痛みに対するセカンダリ・ケアには、分野横断的な知識・技術を有する医療提供者が必要である。こうした人材の国内での養成は、その専門領域認定や養成カリキュラムの制度化がなされておらず、いずれの職種においても確立されていない。痛みの診療には、医師においては、麻酔科学、精神医学に加え、整形外科や皮膚科をはじめとした痛みの部位に関する知識、さらには総合診療や産業医学の視点を含む

様々な知識・技能が求められる。また、歯科領域で問題となる口腔顔面痛の適切な診療には、一般的な歯学教育カリキュラムに加え、口腔顔面痛の鑑別診断や、疼痛科学、痛みに対する多様な介入まで、様々な知識・技能が求められる。痛みの診療は、こうした幅広い知識・技術が求められる領域であり、体系化された専門教育およびその認定制度の創設が必要である。

## 2.2 総合的な診療・相談窓口と地域のさまざまな資源が連携し、当事者が必要とする包括的な診療・支援を受けられるプライマリ・ケアの強化

痛みを抱える当事者が、痛みの概念を正確に理解し、自身にとって最適な医療あるいは他のサービスを選択することには限界があるため、痛みの機序に関わらず、総合的で適切な診療・相談が受けられる体制が求められる。総合的なプライマリ・ケアの提供については長年にわたって議論されており、2023年2月に閣議決定された「全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法の改正案」において、かかりつけ医機能の制度化に向けた取りまとめがなされた。今後の政策の動向を踏まえながら、痛みを抱える当事者が適切な診療・支援を迅速に受けられるよう、当事者にとってわかりやすいプライマリ・ケアの体制を構築する必要がある。

また、その実現に向けては、総合的な診療窓口の構築とともに、その機能が発揮できる環境の整備が必要である。特に慢性の痛みに対する地域での診療・支援においては、診療窓口と様々な介入の提供主体となりうる地域資源との連携体制、また、連携する非医療的な地域資源の質の担保が必要である。経済産業省の「予防・健康づくりの社会実装に向けた研究開発基盤整備事業」では、日本医療機能評価機構と協働し、ヘルスケアサービス産業の質の担保に向けて、エビデンスに基づいたガイドラインの作成とその普及に向けた取り組みを進めており、こうした先進的な取り組みを参考に、慢性の痛み診療・支援に携わるヘルスケアサービスの質の担保と医療との連携の強化を進める必要がある。

## 2.3 集学的な診療・支援の基盤となる、職種・診療科・施設・制度間の連携体制の構築

慢性の痛みに対する適切な診療・支援に対しては、多面的な検査、カンファレンスを通した診療・支援計画の作成、治療など、多職種・多診療科によるリエゾンサービスの有効性が明らかになっている。現在、慢性疼痛診療体制モデル事業の下で、集学的痛みセンターにおいてリエゾンサービスを提供する体制が構築されているが、その普及に向けて、リエゾンサービスの保険収載に向けた迅速な検討が必要である。また、集学的な診療を提供する医療機関のない地域においては、多施設が連携して集学的な診療を提供する必要がある。実際に青森県八戸市では、ペインミーティングと呼ばれる地域の多職種によるケースカンファレンスを定期的に開催し、複数の施設の多職種・多診療科の連携を強化し、集学的な診療・支援を提供しており、こうした地域の多施設の連携を促進する枠組みの全国的な横展開が期待される。

さらに、慢性の痛みの治療には、就労支援をはじめとした福祉的な支援や、統合医療等の医療外に位置づけられる多様な介入の有効性も示されており、医療と非医療的な介入の提供主体とが連携する枠組みが求められる。こうした福祉やその他の地域資源と医療の一体的な提供は、包括ケア（Integrated Care）として検討が進んでおり、日本においては、特に高齢者福祉分野で地域包括ケアシステムとして法制化されている。地域包括ケアシステムでは、地域の多職種によるカンファレンスである地域ケア会議を通して、包括ケアの提供体制強化に向けた取り組みがなされている。このような他分野の取り組みを参考にしながら、

慢性の痛みにおいても、当事者が包括的なケアをどこでも受けられる体制の構築に向けて、地域ごとのリソースや需要の特徴を踏まえた、診療・支援体制の構築が必要である。

### 3 多様な介入のエビデンスの構築と、その迅速な普及を行う体制の構築

#### 3.1 痛みに関する専門的な研究を行う集学的な研究体制の強化

各疾患の症状としての痛みではなく、痛みそのものに対する研究には、分野横断的な専門家を集結した集学的な研究体制が必要である。特に、諸外国においては、医学や薬学の専門家に加え、神経学や心理学、リハビリテーション学、社会学、言語学、工学等、様々な分野の人材によって、痛みに関する研究が推進されている。日本においても、医療分野研究開発推進計画にて、慢性疼痛が社会課題となる疾患分野の中に位置づけられ、慢性の痛みに関する研究体制の整備が進んでいるが、痛みに関する様々な分野の専門家を巻き込んだ集学的な研究体制のさらなる拡充が求められる。

#### 3.2 多様な介入の効果検証を促進するデータ基盤の整備

医療と福祉や統合医療等の非医療的な地域資源の連携を効果的・効率的に行うために、非医療的なサービスによる介入効果の検証を推進する必要がある。総合診療（GP: General Practice）の登録制が設けられているイギリスでは、GPによる診療情報のデータベースである Clinical Practice Research Datalink (CPRD) が、さまざまな地域資源への紹介情報を含んでおり、幅広い介入に関する研究の基盤となっている。かかりつけ医機能の制度化が進められている今、エビデンスに基づいたかかりつけ医機能の強化に向け、こうしたデータ基盤を構築し、慢性の痛みに対するプライマリ・ケアに関する研究を推進する必要がある。

#### 3.3 新しい人的な技術の評価とその保険収載プロセス等の明確化

最新の慢性疼痛診療ガイドラインが推奨するいくつかの非薬物療法について、その治療効果に関する国内のエビデンスの不足が課題となっている。非薬物療法の一部が非医療的なヘルスケアサービスとして提供されている現状や、その治療効果を検証する体制が整備されていないことが、国内のエビデンスの不足につながっている。日本医療研究開発機構では、「『統合医療』に係る医療の質向上・科学的根拠収集事業」を実施しており、こうした非医療的なサービスを含む介入効果に関するエビデンスの構築に取り組んでいる。こうした取り組みを参考に、慢性の痛みに関する非医療的なサービスに関する研究を強化とともに、ヘルスケアサービス現場のデータ収集体制とそれに基づく科学的な効果検証体制の構築が必要である。また、エビデンスに基づいた非薬物療法を当事者が受けられる体制の迅速な整備に向けて、人的な技術に対する科学的な評価に基づいて、エビデンスの確立された非薬物療法の担い手の養成や新たな資格の創設、その保険医療機関での活用に向けたプロセスの明確化が求められる。

### 4 エビデンスに基づく多様な介入の均てん化に向けた、当事者の視点に基づいた政策指針の策定

#### 4.1 國際疾病分類第 11 版を迅速に適用し、疾患としての痛みに対する診療・支援体制強化に向けた基盤の構築

1962 年に日本で初めて設置されたペインクリニックや、現在全国で構築が進んでいる集学的痛みセンターにおいて、痛みに対する診療に対する十分な評価、報酬は得られておらず、痛みに対する専門的な診療・支援を安定的に提供することが困難である。痛みに対する専門的な治療に十分な評価がなされてこなかつた背景には、痛みが疾患そのものではなく症状と認識されていたことがある。2022 年に世界保健機構（WHO: World Health Organization）が発効した国際疾病分類第 11 版（ICD-11: International Classification of Diseases 11th Revision）では、IASP が開発した慢性疼痛の分類が初めて採用され、それまで症状として認識

されていた慢性の痛みが、新たに疾患として体系的にコード化された。この新たな分類は、国内の慢性疼痛診療ガイドラインを含む多くのガイドラインで採用されており、エビデンスに基づいた診療体制の基盤となっている。ICD-11を国内適用することは、当事者が最新の科学的知見に基づいた専門的な治療を受けられる体制、さらには研究開発体制の強化の基盤となるものであり、迅速な対応が求められる。

#### 4.2 医行為の定義や公的医療保険の給付範囲を再考し、当事者を支える生物心理社会モデルの実践の基盤となる制度の構築

当事者が必要とする生物心理社会モデルに基づく医療には、医行為に相当しない治療や評価が多く含まれており、生物心理社会モデルの普及に向けて、各治療や評価が医療に相当するかどうかを整理する必要がある。医行為やそれを業とする医業の定義については、現行医師法の立法時に議論され、何が疾病であり何が治療であるかは医学の進歩に合わせた検討が必要であることや、医行為そのものや医療を端的に定義することが困難であるとされた。最新のエビデンスに基づいて、当事者が必要とする多様な治療それが医療に相当するかどうかを吟味し、各職種や法人（営利または非営利）の業務範囲の整理と、職種間、医療・非医療間が円滑に連携できる体制を検討すべきである。現状の体制では、適切な診療・支援の提供に必要な幅広い知識・技術のすべてが医師に求められ、医師の過剰な負担となっている。当事者が必要とする多様な治療の持続可能な提供に向けて、タスクシフト・シェアの更なる推進が不可欠であり、医行為の定義や各職種の業務範囲、医療法人と営利法人との連携のあり方等について、マルチステークホルダーでの議論が求められる。

生物心理社会モデルに基づく必要な診療・支援に、必要とする当事者が平等にアクセスできる体制の構築に向け、公的医療保険の給付範囲の再考が求められる。日本の公的医療保険は、必要にして適切な医療を提供し続け、国民の健康を支えてきた。2018年度医療経済研究機構自主研究事業「公的医療保険の給付範囲等の見直しに関する研究会報告書」では、公的医療保険が給付する行為とその対象者について、医学や科学の発展を踏まえた検討の必要性を指摘している。同報告書は、患者の選択肢拡大と公的医療保険の持続可能性の強化に向けて、特定のサービスの混合診療を認める選定療養制度の拡充を提言している。痛みは主観的な情動であるため、痛みを持つすべての人を対象として公的医療保険内で診療・支援を給付すれば、需要が際限なく増加するという懸念があり、公的医療保険での給付範囲や、当事者の受けられる治療の選択肢拡大に向けた混合診療の一部解禁等について、マルチステークホルダーによる議論が求められる。

#### 4.3 マルチステークホルダーの議論を通じ、当事者のニーズに基づいた「慢性の痛み対策基本法」の制定

日本の医療制度は、1961年の国民皆保険の達成から現在まで、「必要にして適切な医療」を全国民が享受できる制度を維持し続ける、世界に誇る制度である。一方で、現行の保健医療福祉制度の下では、慢性の痛みに対して、医療と福祉の制度間や、診療科間、職種間の狭間で、適切な診療・支援の提供が難しい、あるいは、適切な診療・支援を提供するインセンティブが働きづらい状況がある。こうした課題の解決には、医療や医行為、医業の概念や、公的医療保険の給付範囲、選定療養制度等の混合診療に関する論点、専門医制度や医療機関へのアクセス等、日本の医療制度の根幹をなす様々な特徴を踏まえた中長期的な議論が必要である。中長期的な議論と並行して、慢性の痛みの当事者を支える診療・支援の提供体制の迅速な整備に向けて、現行の医療制度との整合性を慎重に議論しながら、現在制度の恩恵を損なわずに、当事者の視点に基づいた診療・支援提供体制を構築するために、マルチステークホルダーでの包括的な取り組みの基盤となる「慢性の痛み対策基本法（仮称）」の制定が求められる。

## 謝辞

本提言の作成にあたっては、以下の有識者に対するヒアリングを実施しました。貴重なご意見を頂戴いたしました有識者の皆様に深く御礼申し上げます。本提言は、ヒアリングをもとに、独立した医療政策シンクタンクとして日本医療政策機構が取りまとめたものであり、関係者、および関係者が所属する団体の見解を示すものではありません。

## ヒアリング対象者一覧（敬称略・五十音順）

- 浅枝 まり子**（難治性疼痛患者支援協会 ぐっどばいペイン 副代表理事）
- 井川 雅子**（静岡市立清水病院 口腔外科 歯科医師）
- 井関 雅子**（順天堂大学医学部 麻酔科学・ペインクリニック講座 教授）
- 牛田 享宏**（愛知医科大学医学部 学際的痛みセンター 教授・センター長／運動療育センター センター長）
- 加藤 総夫**（東京慈恵会医科大学 先端医学推進拠点・痛み脳科学センター センター長）
- 北原 雅樹**（横浜市立大学附属市民総合医療センター ペインクリニック 診療教授）
- 久我 弘典**（国立精神・神経医療研究センター 認知行動療法センター センター長）
- 里見 紋理子**（国立がん研究センター中央病院 緩和医療科長）
- 白瀬 由美香**（一橋大学 大学院社会学研究科 教授）
- 沼沢 拓也**（八戸市立市民病院 整形外科部長）
- 福井 聖**（滋賀医科大学附属病院 ペインクリニック科 病院教授）
- 松原 貴子**（神戸学院大学 総合リハリハビリテーション学部 教授）
- 森 晃爾**（産業医科大学産業生態科学研究所 産業保健経営学 教授）
- 矢吹 省司**（福島県立医科大学医学部 寄付講座 疼痛医学講座 教授）
- 若園 和朗**（難治性疼痛患者支援協会 ぐっどばいペイン 代表理事）

### 日本医療政策機構について

日本医療政策機構（HGPI: Health and Global Policy Institute）は、2004 年に設立された非営利、独立、超党派の民間の医療政策シンクタンクです。市民主体の医療政策を実現すべく、中立的なシンクタンクとして、幅広いステークホルダーを結集し、社会に政策の選択肢を提供してまいります。特定の政党、団体の立場にとらわれず、独立性を堅持し、フェアで健やかな社会を実現するために、将来を見据えた幅広い観点から、新しいアイデアや価値観を提供します。日本国内はもとより、世界に向けても有効な医療政策の選択肢を提示し、地球規模の健康・医療課題を解決すべく、これからも皆様とともに活動してまいります。当機構の活動は国際的にも評価されており、米国ペンシルベニア大学のローダー・インスティテュート発表の「世界のシンクタンクランキング報告書」における「国内医療政策」部門で世界 2 位、「国際保健政策」部門で世界 3 位に選出されています（2021 年 1 月時点（最新データ））。

### 執筆者：日本医療政策機構認知症政策プロジェクトチーム

坂内 駿祐	日本医療政策機構 シニアアソシエイト
清水 峻希	日本医療政策機構 インターン
乗竹 亮治	日本医療政策機構 理事・事務局長／CEO

本レポートの著作権は、日本医療政策機構が保有します。

特定非営利活動法人 日本医療政策機構  
〒100-0004 東京都千代田区大手町 1-9-2  
大手町フィナンシャルシティ グランキューブ 3 階  
Tel: 03-4243-7156 Fax: 03-4243-7378  
E-mail: [info@hgpi.org](mailto:info@hgpi.org)