

国家疼痛管理プログラム

ポルトガル厚生局

www.dgs.pt

内容

1. はじめに	3
2. 背景	4
3. 基本原則	6
4. 全般的な目的	6
5. 具体的な目的	6
6. 対象集団	6
7. スケジュール	6
8. 介入方針	6
9. 医療従事者の研修に関する方針	7
10. 情報の収集および分析に関する方針	7
11. ガントチャート	9
12. 追跡調査および評価	9
13. 参考文献	10

付録

慢性疼痛を専門とする痛み診療所の組織規定と分類	10
-------------------------------	----

1. はじめに

痛みは、個人が健康な状態を維持する上で最も重要な生体機構である。侵害受容系によって構成される神経構造は、有害な刺激や有害である可能性のある刺激を感知すると、反射的または意識的な反応を引き起こすことにより、損傷の発生や悪化を防ぎ、治癒を促進する。

人が医療機関を受診する際の最多の動機が痛みであることから、痛み（特に急性の痛み）は病変や臓器障害の症状として非常に重要であることがよく分かる。医師が正確な診断を下す上でも、痛みが最も重要な症状の一つであることは極めて多い。

とはいえ、生命の危機を告げる警鐘としての役割を除けば、痛みは個体にとって何ら生理学的メリットをもたらさない。事実、痛みは患者を苦しめ生活の質を下げるだけでなく、痛みのせいで免疫系、内分泌系、神経系に異常を来し、心身ともに病的な状態となり、そのために痛みが永続化することもある。

そのうえ、痛み（特に慢性疼痛）はこれといった病変がない場合にもみられることや、痛みを引き起こした病変が治癒した後も持続することがある。こうなると、痛みはもはや単なる症状ではなく、それ自体が疾患とすることができ、この事実は2001年の欧州議会の宣言²においても国際疼痛学会欧州支部（EFIC）によって認定されている。

したがって、質の高い医療サービスを提供する上でも、痛みの管理は優先する必要がある事項であり、求められている医療の人間化（ヒューマニゼーション）を実現するための鍵とみなさなければならない。実際、国際疼痛学会（IASP）が最初の「世界疼痛緩和の日」に発表した提言³によると、痛みの緩和は基本的人権の一つとして認められるべきなのである。

痛みは患者をひどく苦しめるだけでなく、患者の家族や介護者の負担につながることも多く、痛みが社会全体にもたらす影響を定量化することは困難である。EFICによると、痛みが社会や経済に与える影響は心血管疾患やがんによる影響に匹敵するとされていることは注目に価する。

痛みの管理の重要性が認識されるにあたり、ポルトガル厚生局は1999年に痛みの特化した作業部会を設置した。この作業部会は、ポルトガル疼痛研究協会（IASPのポルトガル支部）と緊密に連携して「痛みと戦うための全国プログラム（National Program for the Fight Against Pain : NPFAP）」を策定し、これが2001年3月26日の局令により承認された。この計画は国内的にも国際的にも画期的な試みであり（欧州で疼痛緩和を目的とした政府計画があるのは他にフランスのみである）、いくつかの全般的な疼痛管理ガイドラインを含め、病院での疼痛管理に関する組織モデルについて記載されている。1999年に「国民疼痛緩和の日」を制定したのもポルトガル政府が世界初であった。

NPFAPのスケジュールは2007年に終了し、その目的の達成に向けていくぶん進歩はみられたものの、NPFAPではその目標のすべてを達成できないことは今や明らかである。しかし、NPFAPの策定・公布後、目標達成のために病院の組織構造にいくつかの変更が加えられたことには注目すべきである。なかでも著明なものとして、病院憲章の改訂により一部の病院を医療センターへ統合したこと、病院を4つのカテゴリーに再分類したこと（多機能病院〔A型〕、外科病院〔B型〕、地域病院〔C型〕、特化型病院〔E型〕）、一部の病院を公開有限責任会社、その後公的法人に再編したこと、大学病院の設立に関する規則を承認したことなどがある。一方NPFAPで規定された慢性痛み診療所の分類基準は現状に適したものとは言えず、元になった（米国のモデルに倣って作成された）IASPの基準と比較しても、NPFAPの基準は要求の多い内容になっている。疼痛医学の専門化推進および専門医認定のため、近年医師会が疼痛医学委員会を創設したことからも、NPFAPの基準改定の必要性が再認識された。

その後、新しい目的と活動方針を決定する必要性が生じたため、それまでの経験を活用したNPFAPの後身として、国家疼痛管理プログラムが制定された。このプログラムの目的は、ポルトガル国民における痛みとその分布について疫学的な知見を得ること、医療機関の組織力を強化すること、疼痛管理に関する最適な医療モデルを向上させることであり、介入、人材育成、

² www.efic.org/declarationonpain.html 参照可能

³ 詳細については www.iasp-pain.org を参照のこと

データの収集と分析に関する新しい方針を全国、地方、地域レベルで実施することにより、この全国疼痛管理プログラムを推進していかねばならない。

国家疼痛管理プログラムは国民健康計画（2004～2010年）に盛り込まれ、がん、リウマチ性疾患、緩和ケアに関する他の政府プログラムとも関連し、互いに補完しあう関係となっている。

国家疼痛管理プログラムの実施にあたっては、様々な医療関連団体、すなわちプライマリーケア施設、病院、終身ケアを求める全国ネットワーク（Integrated Network for Continuing Care）、高等教育機関、専門職団体、学会などが参加し協力することが前提とされており、必要に応じて他の公的・私的機関による協力も受け入れる。ポルトガル疼痛研究協会は、本プログラムの策定、実施、評価の全側面において恒久的に厚生局の科学諮問機関を務める。

2. 背景

国際疼痛学会（IASP）による痛みの定義は「実際の組織損傷または潜在的な組織損傷に伴う、あるいはそのような損傷に関連して言葉として表現される、不快かつ多面的な感覚および感情体験」である。この定義からも分かるように、痛みは個人全体に影響を及ぼしうするため、痛みの管理に当たっては感覚的な側面のみならず、痛みに伴う心理的、社会的、文化的要因をも考慮に入れ、多面的なアプローチをとる必要がある。

2002年に実施された国民健康調査では、国民健康調査局のサンプル群に属するポルトガル人家族への電話インタビューにより、ポルトガルにおける痛みの有病率が調査された⁴。その結果、インタビューを受けた人の約74%がインタビュー前の2週間以内に何らかの痛みを感じていたことが判明した。また、調査で最も多かったのは腰痛、骨関節痛、頭痛であった。

臨床的に最も重要な痛みは、急性術後痛と慢性疼痛の2つであるが、調査に参加したサンプル群の数が少なく、また痛みの重症度や臨床的な重要性を判断するのが困難であったため、ポルトガルにおけるこれらの痛みの有病率を特定することはできなかった。

欧州諸国で実施されたいくつかの調査では、急性術後痛に関してポルトガルで実施された調査より、はるかに洗練された手法が用いられ、その結果から急性術後痛の管理が不十分であることが確認された。しかし、これは医師が治療中に与えた痛みであり、原因が明白であることを考えると、この結果は理解しがたく、また受け入れがたい事実である。基本的にこの種の痛みの管理は、周術期の処置に関するプロトコルをどれだけ遵守しているかによって変わってくる。治療のための処置や診断補助検査に起因する別の種類の痛みにも同じことが言える。一方、周術期に十分な量の鎮痛薬を投与することで、無用な痛みを予防できるだけでなく、合併症の発生率が下がり、入院期間が短縮するため、経済的にもメリットがあることも確認されている。

慢性疼痛は通常「3カ月以上または原因病変の治癒後も続く持続性または再発性の痛み」と定義される。最近実施された欧州の調査⁵（ポルトガルは参加していない）では、欧州における慢性疼痛の平均有病率は約20%と報告された。この調査では各国で大きな差がみられたことから（慢性疼痛の有病率はノルウェーで30%、スペインでは11%）、ポルトガルについて信頼に足る推測値を出すことはできない。いずれにしても、平均寿命の延長とそれによる人口高齢化、そして痛みを伴う疾患で苦しむ患者の余命改善により、慢性疼痛の有病率は今後増大していくと予想される。

ポルトガルにおける慢性疼痛の主要な原因もまた不明であるが、いくつかの国際的調査によって、腰痛が最多の原因であるという裏付けがとれている。腰痛の他に頻度が高い慢性疼痛の原因としては、骨関節や筋骨格系の病態と頭痛があり、これらの後にやや少なくなるが神経痛が続く。がん由来する痛みは慢性疼痛の原因としてよく挙げられるが、慢性疼痛の原因全体に占める割合はごくわずかである。しかしながら、がんはポルトガルにおける死因の第2位であり、末期がん患者の90%に中等度から重度の痛みが存在するという点で特別な重要性がある。

⁴ H. Merskey and N. Bogduk, 1994

⁵ S. Rabiais et al., 2004

同様に、痛みが社会経済に与える影響もまだポルトガルで研究されたことがない。しかし、イギリスで実施された研究⁶によると、前述のように慢性疼痛の病態として最も頻度が高い腰痛に関連する医療費は、1998年だけで25億ユーロに達すると推定されている。しかも腰痛に起因する間接的なコスト、すなわち生産性の損失、長期欠勤、早期退職者への年金支出も加えると、コストの総額は約200億ユーロにのぼるとされる。

急性術後痛や分娩による痛みなど特定の例外を除けば、疼痛管理はプライマリーケアの範疇で開始して、ほとんどの場合、プライマリーケアの範囲内で完結するべきである。国民の疼痛管理の促進を目指すあらゆる方針の基礎にプライマリーケアをおく必要があり、特に患者がかかりつけ医を受診する最多の動機の一つが痛みであることを考慮すると、これは当然のことである。かかりつけ医は、適切な技術的ノウハウをもつだけでなく、患者がおかれた環境の中で疼痛管理に影響しうる社会的・文化的要素を評価する資質も備えておくべきである。

しかしながら、診断が複雑な場合、補助検査や特殊な治療手技を要する場合、疼痛管理が困難な場合などには、痛みの診断および管理に長けた医療専門職を擁する専門施設への紹介が必要になることもある。

病院内の痛み診療所は、まさにこういった背景から生まれた。痛み診療所といっても、それぞれのチームや病院内での位置付けに応じて専門性の程度は様々である。臨床状況や治療方針が複雑になるほど、より専門性の高い痛み診療所に紹介すべきである。

NPFAPのモニタリング委員会が2003年に実施した調査によると、国民健康サービスに加入した53の病院が慢性疼痛に特化した診療科を設置していた。NPFAP実施前の1999年に実施された同様の調査と比べると、40%の増加である。しかし、1999年当時の状況と同じく、ほとんどの施設では推奨されたレベルの分化・専門化は行われていなかった。多くは単一診療科で、精神科医や臨床心理士、他の専門資格をもつ医師はいない上、1週間当たりの診療時間も少なく、臨床的な検討も行われていなかった。また独立機関による評価が実施されていないため、データが過大評価されている可能性があることにも注意すべきである。

同じ調査で、急性術後痛を専門とする痛み診療所は22施設しかなかったことが判明し、1999年に比べて4施設減少していた。このような痛み診療所は周期に関与するすべての医療従事者、すなわち麻酔科医、外科医、看護師によって構成され、術後鎮痛に対する組織的な行動計画やプロトコルを推進するべくルーチンに稼働しているにすぎず、なぜこれが減少したのかを説明することは難しい。

無痛分娩については、調査に参加した53病院のうち31病院で組織的活動が行われていることがわかった。Júlio Diniz (ポルト)、Bissaya Barreto (コインブラ)、Alfredo da Costa (リスボン) 出産センターでは、週7日の24時間体制で無痛分娩が行われている。16以上の病院で1日24時間、9病院で1日12時間無痛分娩が可能となっており、そのうち16病院が週7日稼働している。しかし、無痛分娩を実施している病院のうち、痛みの強さを記録していたのは24%のみであった。

2003年6月14日付で発布された厚生局規程(第09号/DGCG)では、痛みは「5番目のバイタルサイン」であると宣言されている。これを受けて、それ以来すべての医療施設において、診療行為を行う際には「古典的な」4つのバイタルサイン(呼吸数、心拍数、血圧、体温)と同様に、痛みの強さを定期的に評価して記録することが適正な診療であり、必須であると考えられるようになった。この規程では、痛みの強さの評価に使用できるスケールも定められており、その基本的な使用方法も説明されている。しかしながら、この規程は多くの医療施設ではまだ実践されておらず、これはおそらく、医療従事者の義務や疼痛管理を受ける国民の権利が十分に認知・意識されていないことに起因すると考えられる。痛みの強さの評価および記録を標準化することは、医療施設における痛みの治療に重大な影響をもたらす可能性があり、医療の人間化に向けた大きな一歩になると考えられる。

⁶ Breivik et al., 2006

3. 基本原則

国家疼痛管理プログラムは、以下の基本原則に基づいている。

- 3.1. 痛みの主観性：現在理解されているところでは、痛みは生物学的に測定できる指標ではなく、それゆえ必然的に、痛みの強さは各々の患者が説明するとおりに認識しなければならない。コミュニケーションが困難な患者や言語によるコミュニケーションが不可能な患者には、特に注意を払うべきである。
- 3.2. 痛みは「5番目のバイタルサイン」：痛みは個体の生命存続の危機を知らせる警鐘であり、一部の疾患では診断やモニタリングに不可欠であるが、痛みが無用な苦しみの源となる事態は回避すべきである。厚生局が発布した前述の規程で述べられているとおりに、痛みの強さを定期的に評価して記録することは診療が適正に行われていることの指標の一つであり、すべての医療機関で行うべきである。
- 3.3. 疼痛管理を受ける権利：すべての個人は、痛みの原因を問わず、十分な疼痛管理を受け、それにより無用な苦しみを免れ、痛みを伴う病態を回避する権利を有する。
- 3.4. 疼痛管理の義務：すべての医療従事者は、個々の患者に対して痛みの予防策および管理策を講じるべきであり、それをもって患者の健康増進、有病率の低下、更には医療の人間化の実現に貢献すべきである。診断法や治療法に起因する痛みの予防および管理には特に注意を払うべきである。
- 3.5. 痛みの特化した治療：痛みの管理は医療ネットワークのあらゆるレベルで行うべきであり、一般にはプライマリーケアから開始し、必要であれば常により専門性の高い施設に紹介する。

4. 全般的な目的

国家疼痛管理プログラムでは、次の3つを主要目的に設定する。

- 4.1. ポルトガル国民における未管理の痛みの有病率を低下させる。
- 4.2. 痛みを抱えて生きる患者の生活の質を改善する。
- 4.3. 疼痛管理に必要な資源を合理化し、費用を調整する。

5. 具体的な目的

上記の全般的な目的を達成するためには、次に掲げる具体的な目的を達成する必要がある：

- 5.1. ポルトガル国民における慢性疼痛の有病率を特定する。
- 5.2. ポルトガル国民における急性術後痛の有病率を特定する。
- 5.3. 硬膜外麻酔を使用しない分娩の割合を特定する。
- 5.4. 痛みの診断および管理に関する医療従事者の知識を向上させる。
- 5.5. あらゆる痛みの診断および管理に対応可能な専門病院のネットワークを構築する。
- 5.6. 未管理の痛みの有病率を低下させる。
- 5.7. 未管理の急性術後痛の有病率を低下させる。
- 5.8. 無痛分娩の割合を増やす。
- 5.9. 鎮痛薬の処方および使用について、アクセスを向上させ、制度を合理化する。

6. 対象集団

本プログラムの対象集団にはポルトガルの全国民を含めなければならない。医療機関を受診する患者には特に注意を払うべきである。

7. スケジュール

本プログラムの実施期間は10年と長期にわたり、2010年末に方針の中間評価が実施される予定である。中間評価の結果によっては、是正策の導入が必要になる場合もある。

8. 介入方針

次に掲げる介入方針を実践することにより、疼痛管理のアプローチを実現する上での組織力の強化と適正な実践モデルの構築を目指す。

- 8.1. 痛みを「5番目のバイタルサイン」と認定した、厚生局規程第09号/DGCG（2003年6月14日発行）に関する情報の周知を強化する。
- 8.2. 前述の「痛みと戦うための全国プログラム」（付録参照）で述べられた、慢性疼痛を専門とする痛み診療所の組織規定を改訂する。
- 8.3. 前述の「痛みと戦うための全国プログラム」（付録参照）で述べられた、急性術後痛を専門とする痛み診療所の組織規定を改訂する。
- 8.4. 前述の「痛みと戦うための全国プログラム」（付録参照）で述べられた、無痛分娩に関する組織規定を改訂する。
- 8.5. 専門性の高い疼痛治療を行う特殊病院機構を設立または発展させる。
- 8.6. 特定の疼痛治療を行う専門病院機構を評価する。
- 8.7. 慢性疼痛患者のための病院紹介ネットワークを設立し、医療従事者に周知させる。
- 8.8. 慢性疼痛患者の紹介に関する医療従事者向けガイドラインを作成して配布する。
- 8.9. 小児における痛みの取扱いに関する医療従事者向けガイドラインを作成して配布する。
- 8.10. 高齢者における痛みの取扱いに関する医療従事者向けガイドラインを作成して配布する。
- 8.11. 物質乱用患者における痛みの取扱いに関する医療従事者向けガイドラインを作成して配布する。
- 8.12. 非がん性疼痛の治療におけるオピオイドの使用に関する医療従事者向けガイドラインを作成して配布する。
- 8.13. 痛み診療所での診療のため「同一診断群」のリストを作成する。
- 8.14. オピオイド療法と運転に関する規制への提言をまとめる。
- 8.15. オピオイド（具体的には特殊な処方が必要な薬剤を指す）の処方ルールを改定する。
- 8.16. オピオイドの償還制度の改定に向けた提言をまとめる。

9. 医療従事者の研修に関する方針

以下に掲げる方針は医療従事者に向けのものであるが、一般国民も周知対象に含まれる。

- 9.1. 卒前および卒後研修における疼痛管理手技の上達の必要性について、大学医学部の意識を高める。
- 9.2. 卒前および卒後研修における疼痛管理手技の上達の必要性について、大学看護学部意識を高める。
- 9.3. 卒前および卒後研修における疼痛管理手技の上達の必要性について、大学心理学部の意識を高める。
- 9.4. 初期研修プログラムならびに一般医学および家庭医学の適性向上の一環として、疼痛管理の研修を必須化する提言をまとめる。
- 9.5. 外科、心臓血管外科、内分泌内科、理学療法・リハビリテーション科、一般内科、神経内科、産婦人科、腫瘍内科、リウマチ内科、整形外科、外傷診療科、精神科における後期研修プログラムの一部として、疼痛管理の研修を必須化する提言をまとめる。
- 9.6. 痛みの研究に特化した研究会の創設についての提言をまとめる。
- 9.7. 疼痛管理基礎トレーニングにおける教育ツールを作成するための多職種間のパートナーシップを構築する。
- 9.8. 疼痛管理臨床セミナーを実施するための多職種間のパートナーシップを構築し、この際特にかかりつけ医に重点を置く。
- 9.9. 看護師向け疼痛管理セミナーを実施するための多職種間のパートナーシップを構築する。
- 9.10. 痛みに関する情報を（特に国民疼痛緩和の日に）一般に周知するための多職種間のパートナーシップを構築する。

10. 情報の収集および分析に関する方針

下に掲げる情報の収集および分析に関する方針は、疼痛管理が健康にもたらす利益を測定すること、ポルトガル国民における痛みとその分布について疫学的な知見を得ることに焦点を置いている。

National Program for Pain Management

- 10.1. 慢性疼痛の有病率およびその個人的、社会的、経済的影響について疫学調査を行うための多職種間のパートナーシップを構築する。
- 10.2. 急性術後痛の有病率について疫学調査を行うための多職種間のパートナーシップを構築する。
- 10.3. 痛みを「5番目のバイタルサイン」として扱うことを奨励する厚生局規程第09号/DGCG（2003年6月14日）が国民健康サービスの水準でどの程度実行に移されているかを量的・質的に評価する。
- 10.4. 慢性疼痛の治療に特化した既存の病院組織について評価調査を実施する。
- 10.5. 急性術後痛の治療に特化した既存の病院組織について評価調査を実施する。
- 10.6. 無痛分娩の実施状況について評価調査を実施する。
- 10.7. このプログラムを実行することで得られる健康面の便益を評価する。

11. ガントチャート

	1年目 四半期ごと				2年目 四半期ごと				3年目 四半期ごと				4年目 四半期ごと				5年目 四半期ごと			
	1°	2°	3°	4°	1°	2°	3°	4°	1°	2°	3°	4°	1°	2°	3°	4°	1°	2°	3°	4°
8.1																				
8.2																				
8.3																				
8.4																				
8.5																				
8.6																				
8.7																				
8.8																				
8.9																				
8.10																				
8.11																				
8.12																				
8.13																				
8.14																				
8.15																				
8.16																				
9.1																				
9.2																				
9.3																				
9.4																				
9.5																				
9.6																				
9.7																				
9.8																				
9.9																				
9.10																				
10.1																				
10.2																				
10.3																				
10.4																				
10.5																				
10.6																				
10.7																				

12. 追跡調査および評価

この疼痛管理プログラムは、厚生大臣が正式に任命する疼痛管理委員会によって実施され、その調整、モニタリングおよび評価においては、厚生局がその責任を負う。

痛みに関するデータを収集して情報を体系的に分析するため、また前述の委員会を設置するため、厚生局覚書第46号/DSPCS（2006年10月13日）に従い、疼痛観察センターの設立を推進する。

「痛みと戦うための全国プログラム」は、下に掲げる指標によって評価する。

12.1 影響の評価

1. 中等度または重度の慢性疼痛の有病率
2. 中等度または重度の急性術後痛の有病率
3. 硬膜外麻酔を用いた分娩の割合
4. 慢性疼痛を専門とする痛み診療所への初回紹介の件数（人口100万人当たり）
5. 1人当たりのオピオイド使用量

12.2 実施状況の監査

1. 慢性疼痛を専門とする痛み診療所（種類は問わない）の数（人口100万人当たり）
2. 急性術後痛を専門とする痛み診療所の数（人口100万人当たり）
3. 疼痛医学の適性を認定された医師の数（人口100万人当たり）
4. 国立医療機関において痛みの強度を定期的に評価・記録する習慣（「5番目のバイタルサイン」としての痛み）の普及率
5. 慢性疼痛を専門とする痛み診療所への初回紹介が予定されるまでの平均遅延期間

13. 参考文献

Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*, 10 (2006) 287-333.

H. Merskey, N. Bogduk. *Classification of chronic pain*. 2nd edition. IASP Press, Seattle, 1994, pp 209-214.

Maniadakis N, Gray A. The economic burden of back pain in the UK. *Pain* 84 (2000) 95-103.

Rabiais S, Jorge Nogueira PJ, Marinho Falcão J. A dor na população portuguesa. Alguns aspectos epidemiológicos (2002). [Pain in the Portuguese population. Some epidemiological aspects (2002)]. *Dor*, 12 (2004) 6-39.

付録

慢性疼痛を専門とする痛み診療所の組織規定と分類

1. 慢性疼痛相談施設

慢性疼痛の診断および治療を行っているが、必ずしも痛み診療所の性格をもたないあらゆる形態の組織を指す。すなわち、慢性疼痛相談施設は少数の医師（極端な例では1名）のみで運営でき、それ以外に疼痛に関する相談業務のみを行う医療従事者や、特定の施設を保有している必要はない。しかし、定期的に（少なくとも週1回）診療を行い、患者を登録すべきである。また、慢性疼痛相談施設に所属する医師は疼痛管理について十分な研修を受けているべきであり、また医師会が定める疼痛医学の適性を認定された医師を少なくとも1名は配置するべきである。また患者紹介のため、痛み診療所との協力に関するプロトコルを策定しておくべきである。

2. 治療的痛み診療所

慢性疼痛の診断および治療を行う特定のクリニックであり、一部の治療を行い、必要があれば常に（可能であれば他の病院との間で策定したプロトコルに従って）患者をより専門的な施設へ紹介する。クリニックには最低でも、疼痛医学の適性を認定された2名の医師と1名の精神科医または臨床心理士を配置するべきである。あるいは、このような医師と定期的に協力できるよう定めたプロトコルを策定する方針を採用してもよい。疼痛医学の適性を認定された医師のうち1名がクリニックの責任者を務めるべきである。また、支援チームに少なくとも1名の看護師を含める必要がある。特定の施設で運営するべきであり、施設を共同使用する場合でも、定期的に（少なくとも週3回）診療を行い、すべての患者を登録すべきである。外来病院がある場合は、クリニックをその一部として組み込むべきであるが、独立したコストセンターによって管理されなければならない。

3. 多職種痛み診療所

この形態のクリニックは慢性疼痛の診断および治療を専門に取り扱い、多職種チームで構成される。疼痛管理の適性を認定された少なくとも1名の医師（クリニックの責任者を務める）に加え、精神科医を含む少なくとも3つの診療科の適性を認定された医師、または少なくとも2つの診療科の適性を認定された医師と1名の臨床心理士が必要である。チームにはまた看護師1名、理学療法士1名、ソーシャルワーカー1名および運営管理者1名を含めるべきである。外来病院がある場合は、クリニックをその一部として組み込むべきであり、独立したコストセンターによって管理されるべきである。専用の施設を保有し、電話対応サービスも含めて毎日診療を行うべきである。外来診療、入院診療（他科と協力して）および救急診療に対応できるようにしておくべきである。クリニックで行う診療は治療プロトコルの適用対象とし、さらに定期的な評価を受けるべきであり、関連他科との協力のために追加プロトコルを策定してもよい。急性術後痛を専門とする痛み診療所と協力して急性痛の治療に関与してもよい。また、臨床研究プロジェクトおよび医療従事者対象の卒後研修にも参加すべきである。

4. 多職種痛みセンター

多職種痛み診療所と同じ性格をもつが、疼痛医学の適性を認定された医師を少なくとも2名配置する必要があり、局令第206号（2004年8月19日）に従って大学病院に組み込まれるべきである。さらに、自己資本による研究プログラムにより臨床または基礎研究を実施し、結果を定期的に発表すべきである。医療従事者の卒後研修における必須化を奨励し、要求があれば卒前研修にも参加すべきである。

痛み診療所の分類に関する注記

- I. 上記の内容は最低限の要件と理解すべきである。例えば、専門化の程度にかかわらず、いずれの痛み診療所も臨床研究プロジェクトに参加または自ら策定してもよい。同様に、痛み診療所のチームには、上記以外にさらに専門性の高い職種を雇用してもよく、作業療法士などの多様な専門職を含めてもよい。
- II. 疼痛医学の適性の認定基準が医師会によって策定されて間もないため、過渡期の間は、疼痛医学の適性を認定された医師なしで痛み診療所を運営することも容認される。ただし、すべてのクリニックの責任者には、この分野の専門技能を身につけることが推奨される。
- III. 組織体制と特定の疼痛治療に対する専門化の程度は、その組織が属する病院の状況に合わせるべきであり、少なくとも次の特徴を備えているべきである。
 - (i) 地方病院における疼痛相談施設（C型）
 - (ii) 外科病院における治療的痛み診療所（B型）
 - (iii) 多機能病院における多職種痛み診療所（A型）
 - (iv) 大学病院における多職種ペインセンター
 - (v) 腫瘍に特化した病院における多職種痛み診療所（E型）

本文書は、「痛みと戦うための全国プログラム（National Program for the Fight Against Pain）」のモニタリング委員会の活動範囲の中で、厚生局によって起草されたものである。

科学責任者：
José M. Castro Lopes

執行責任者：
Alexandre Diniz