



日本医療政策機構（HGPI）慢性疼痛対策 推進プロジェクト

開催報告書

オンライングローバル専門家会合「国際潮流と日本の痛み政策」

2023年11月16日（木）

Health and Global Policy Institute (HGPI) Chronic Pain Project

Event Report

Online Global Expert Meeting “Global Trends and Japan’s Pain Policy”

Thursday, 16th November, 2023

日本医療政策機構 慢性疼痛対策 推進プロジェクト
オンライングローバル専門家会合
「国際潮流と日本の痛み政策」

プログラム

日時： 2023年11月16日（木） 17:00-19:00

会場： Zoom ウェビナー

開会の辞・開催趣旨説明

17:00-17:10

黒川 清 日本医療政策機構 代表理事
乗竹 亮治 日本医療政策機構 理事・事務局長／CEO

基調講演1 「慢性の痛み診療の最前線」

17:10-17:30

牛田 享宏 愛知医科大学 疼痛医学講座 教授／運動療育センター センター長

基調講演2 「慢性の痛み診療・政策の国際潮流」

17:30-17:50

Fiona Blyth Professor of Public Health and Pain Medicine, Sydney School of Public Health,
Faculty of Medicine and Health, University of Sydney

パネルディスカッション

「慢性の痛み政策の展望—当事者目線の医療の実現に向けて—」

17:50-18:50

パネリスト：
牛田 享宏 愛知医科大学医学部 疼痛医学講座 教授／運動療育センター センター長
桜井 なおみ キャンサー・ソリューションズ株式会社 代表取締役社長
Fiona Blyth Professor of Public Health and Pain Medicine, Sydney School of Public Health,
Faculty of Medicine and Health, The University of Sydney
増田 靖子 全国脊柱靭帯骨化症患者家族連絡協議会 会長
松原 貴子 神戸学院大学 総合リハビリテーション学部 教授
真野 俊樹 中央大学 戦略経営研究科 教授

進行：

坂内 駿紘 日本医療政策機構 マネージャー

閉会の辞

18:50-19:00

武村 展英 衆議院議員／農林水産副大臣／慢性の痛み対策議員連盟 事務局長



Health and Global Policy Institute (HGPI) Chronic Pain Project

Online Global Expert Meeting

“Global Trends and Japan’s Pain Policy” Program



Date and time: Thursday, November 16, 2023; from 17:00-19:00 in JST (GMT+9)

Venue: Zoom webinar

17:00-17:10	Opening Remarks and Event Overview	
	Kiyoshi Kurokawa Ryoji Noritake	Chairman, Health and Global Policy Institute CEO, Board Member, Health and Global Policy Institute
17:10-17:30	Keynote Lecture 1 “The Frontlines of Chronic Pain Treatment”	
	Takahiro Ushida	Director and Professor, Multidisciplinary Pain Center and Institute of Physical Fitness, Sports Medicine and Rehabilitation, Aichi Medical University
17:30-17:50	Keynote Lecture 2 “Global Trend of Pain Management and Pain Policy”	
	Fiona Blyth	Professor of Public Health and Pain Medicine, Sydney School of Public Health, Faculty of Medicine and Health, University of Sydney
17:50-18:50	Panel Discussion “Chronic Pain Policy Needed for Strengthening Supportive Healthcare”	
	Panelists: Takahiro Ushida Naomi Sakurai Fiona Blyth Yasuko Masuda Takako Matsubara Toshiki Mano	Director and Professor, Department of Pain Medicine and Institute of Physical Fitness, Sports Medicine and Rehabilitation, Aichi Medical University President, Cancer Solutions Co., Ltd Professor of Public Health and Pain Medicine, Sydney School of Public Health, Faculty of Medicine and Health, The University of Sydney President, National Patient and Family Group for Spinal Ligament Ossification Professor, School of Rehabilitation, Kobe Gakuin University Professor, Chuo Graduate School of Strategic Management, Chuo University
	Moderator: Takahiro Sakauchi	Manager, Health and Global Policy Institute
18:50-19:00	Closing Remarks	
	Nobuhide Takemura	Member, House of Representatives; State Minister of Agriculture, Forestry and Fisheries; Director, Parliamentary Group for Chronic Pain



黒川 清（日本医療政策機構 代表理事）



乗竹 亮治（日本医療政策機構 理事・事務局長／CEO）

日本医療政策機構（HGPI）は、市民主体の医療政策の実現をミッションに掲げ、患者・市民を交えて議論し、政策提言を行っている。2004年の設立から20年近く活動が続けている。慢性疼痛に関しては昨年度から活動しており、2022年度末には、診療科間の連携や多職種連携、さらには医療のみでなく保健医療福祉の一体的な提供が必要であることや、そのための具体策について政策提言を行った。

痛みは、患者一人ひとりにとって耐え難いものである。骨折のように原因が明らかなものもあるが、原因がわからない痛みもある。アスピリンが開発されてから130年程度であるが、既存の薬物療法が効かない、複雑な感情やさまざまな悩みに起因する痛みもある。最近では、犬や猫もノイローゼになることがわかってきており、動物を対象とした痛みの研究や、こうした心因性の痛みが人間特有のものなのかという研究も進んでいる。

こうした複雑な痛みへの対応には、医学モデルだけではなく社会モデルへの転換が必要であり、マルチステークホルダーが当事者の視点を中心に議論していくことが重要と考えている。本日は、患者・当事者、医療提供者、医療政策を専門とするアカデミアの皆様、オーストラリアで痛みの政策を推進されている有識者、さらに武村農林水産副大臣にもご参加いただいている。皆様からの活発なご意見をお願いしたい。



牛田 享宏（愛知医科大学医学部疼痛医学講座 教授／
運動療育センター センター長）

日本における慢性の痛みの疾病負荷

3000人を対象に行われた調査では、過去1年間で痛みによって仕事を休んだ人は7.5%、1週間以上休んだ人は2.1%と報告している。日本全体の人口に換算すると、1週間以上仕事を休んだ人は294万人、1人あたり1万円/日の労働生産と仮定すると、年間約1兆8千億円の経済損失をきたしている。痛みの原因となる病名は、日本整形外科学会の調査によると、帯状疱疹や手術後の痛みなども一部あるものの、全体としては肩こりや腰痛、腰椎椎間板ヘルニアなどの整形外科疾患が圧倒的に多かった。また、別の調査では、成人のうち筋骨格系の慢性疼痛の発生頻度は15.4%であり、30～50代が多く、全体の50%以上を占めるという報告もある。高齢者の痛みが多いと考えられていたが、労働世代での疾病負荷も高く、多大な経済損失につながっている。

慢性の痛みの病態はさまざまである。骨関節変性や神経・筋の傷害（障害）といった器質的な要因だけでなく、心理社会的要因の影響を受けることがわかっている。実際に、精神科医による慢性疼痛患者の精神疾患の診断に関する調査では、95%の慢性疼痛患者に何らかの精神疾患の診断がなされた。つまり、長期間続く慢性疼痛は、精神疾患の発症と関係している可能性がある。さらに、慢性疼痛は自殺率の上昇や運動不足によるロコモティブシンドロームの増加、家族関係の破綻といった社会生活への影響など、生活の質へさまざまな影響をきたすと考えられている。

日本における慢性の痛み診療体制の現状

慢性疼痛の患者がかかる診療科は、整形外科が88.7%と圧倒的に多く、その後リハビリテーション科や内科、外科、脳神経外科、麻酔科・ペインクリニックとなっている。患者がたどる流れの概況は、器質的な要因に介入する診療科で保存療法や外科的治療を受け、改善しなければ、ペインクリニックや心療内科・精神科の受診に至ることが多いと見受けられる。一方で、精神科や心療内科では「器質的な疾患を治してから来てください」と言われたり、反対に整形外科や脳神経外科では「精神科を受診してください」と言われたりと、たらい回し状態に陥っている状況もある。

実際に痛みの治療に対する痛みの改善度や満足度は、全体の半分以上が不満を抱えている。治療方法別の満足度をみると、神経ブロックや手術、静脈注射でそれぞれ約50%、投薬が最も低い約27.5%だった。別の調査報告では、慢性の痛みのため医療機関を受診した人のうち51%が医療機関を変更したことがわかっている。迅速に適切な治療が受けられる体制の整備が喫緊の課題である。

集学的痛みセンターの診療体制とその拡充

器質的な要因と心理社会的要因の影響を受ける慢性の痛みの診療には、こころと身体双方の視点からの診療が必要である。国際疼痛学会（IASP: International Association for the Study of Pain）を創設したJohn Bonica氏は、こうした認識から、1940年代に、神経内科と整形外科のグループによる診療を始めた。日本では2002年、熊澤孝朗氏が愛知医科大学に日本初の学際的痛みセンター（Multidisciplinary Pain Center）を設置した。2010年には、厚生労働省が「今後の慢性の痛み対策について（提言）」を取りまとめ、それまで国の施策がなかった慢性の痛み領域の推進が図られ、現在33施設が集学的痛みセンターの認定を受けている。

集学的（学際的）な痛み診療ユニットでは、精神科医、心療内科医、ソーシャルワーカー、心理職、理学療法士、整形外科医、麻酔科医、看護師といった多職種がチームとなり診療を行っている。痛みセンターを受診した患者の多く（52%）は原因の明確でない痛みである。これは、世界保健機関（WHO: World Health Organization）の国際疾病分類第11版の中で新たに慢性一次性疼痛と分類された病態であり、また従来神経障害性疼痛、侵害受容性疼痛に加え、第3の痛みのメカニズムとして、神経の感作による痛み「痛覚変調性疼痛（nociceptive pain）」と定義づけられたものの影響が強い。必要に応じて複数の診療科の医師や多職種による診察・検査・評価を行い、多診療科・多職種でのカンファレンスを行って治療方針を決め、身体的介入と心理社会的な介入を組み合わせる治療を進めている。

こうした介入の効果として、慢性の痛みにより欠勤・休職・失業をしていた29名のうち19名が3カ月後には欠勤なし・復職を果たしており、これまで原因がわからず治療効果が得られなかった痛みにおいても、治療効果や満足度が改善されてきた。こうしたエビデンスを共有すべく、厚生労働省の研究班を中心に慢性疼痛診療ガイドラインを作成し啓発を行っている。一方で、線維筋痛症や痛覚変調性疼痛をはじめ、適切な治療法のさらなる解明が必要な領域も多い。厚生労働省の研究班では、痛覚変調性疼痛の評価として、中枢神経感作（central sensitization）を評価する簡易ベッドサイド定量的疼痛評価法（QuantiPain）を開発しており、こうした評価方法を適切に活用した治療法を確立していく必要がある。

慢性の痛みに対応可能な医療システムの構築に向けて

慢性の痛みに対する社会全体への対策として、発症前、発症後それぞれの対策が必要である。発症前の予防的な対策として、国民への教育体制を整備する必要がある。痛みの治療には患者自身が痛みに主体的に立ち向かうことが必要であり、痛みそのものについて広く国民に教育することが重要である。

発症後の対応として、医療システムの整備、すなわち集学的な診療を提供できる痛みセンターの強化や普及、さらにその核となる人材を育成するシステムの構築が必要である。愛知医科大学では、卒前教育における疼痛医療学、さらに大学院では統合疼痛医学の講座を設け、整形外科、麻酔科、総合診療科等、各専門分野の教育を受けた後に、大学院で疼痛医学の専門家を育てる取り組みを行っている。こうした体制を制度化し、痛みという診療科横断的な分野で専門性を発揮して活躍できる人材を安定的に養成する必要がある。さらに、痛みセンターとその他の病院や在宅医療、さらにはより幅広い社会システムとの連携体制を構築することが必要であり、そのためにガイドラインの整備や発信に取り組んでいきたい。



Fiona Blyth (Professor of Public Health and Pain Medicine, Sydney School of Public Health, Faculty of Medicine and Health, University of Sydney)

オーストラリアの医療制度の特徴

オーストラリアは、西欧とほぼ同じ面積を持ち、その割に人口は2,600万人程度に留まる。人口分布をみると、多くは沿岸地域に集中し、内陸にも少なからず居住者が見られ、医療へのアクセスの大きな障壁となっている。コモンウェルス財団（Commonwealth Foundation）が取りまとめた医療制度のランキングでは、オーストラリアは世界第3位とされ、医療のアウトカムと平等の分野では1位と評価されている。一方で医療へのアクセス、特に地域医療と専門的な医療の間のギャップでは、改善の余地がある。

医療制度の財源とガバナンスは複雑である。プライマリ・ケア、総合診療（GP: general practitioner）クリニック、コミュニティでのケアは連邦政府、病院の管理は州政府がそれぞれ担当している。そのため、病院の運営は州によって異なる。また、日本と異なる点としては、オーストラリアでは成人の50%以上が民間保険に加入している。これは、理学療法をはじめとした地域の多職種（allied health）によるサービスを含む多くの医療が民間により提供され、国の医療保険でカバーされないためである。また、もう1つの大きな違いは、GPがゲートキーパーの役割を果たしていることである。専門的な医療への直接的なアクセスは制限され、緊急の場合を除き、国民は、GPを介して専門的な医療を受けることができる。

痛みに関する国家戦略策定のきっかけ

国家戦略を作成しようとする動きは2009年頃に強まった。オーストラリア・ニュージーランド麻酔科医協会と当時新しく設置された疼痛医学部門等の団体、Australian Pain Society等の多職種から構成される団体、University of Sydney Pain Management Research Institute等の学術団体、さらにChronic Pain Australia等の患者・医療の利用者の団体を含む多様なステークホルダーのリーダーシップにより国家疼痛戦略の必要性が提唱された。協働経験のなかった幅広いステークホルダーが集まる多くのワーキンググループが立ち上がり、マルチステークホルダーの連携体制が築かれたとともに、国家戦略の草案が作成された。さらに、より幅広い関係者や市民からのフィードバック機会を設けたり、第1回National Pain Summitを開催したりと、様々な声を集約する機会を設けたうえで、国家戦略の最終案National Pain Strategyを作成し、慢性疼痛への政策を大きく変える起点となった。第1次の国家疼痛戦略の目標として、1) 痛みのケアが国の優先課題であること、2) 患者自身が知識を持ち、支援を受けながら治療に参画できること、3) 専門的な医療提供者によるエビデンスに基づいたケアが提供されること、4) 地域から高次医療までの全レベルで集学的なケアが受けられること、5) 質の向上と評価、6) 研究の強化がまとめられた。これらは、2011年に国際疼痛学会（International Association for the Study of Pain: IASP）が取りまとめた、国家戦略に含まれるべき内容に関する提言ともおおむね沿うものになっている。

IASPは、痛みの政策推進に向けた成功要因として、1) 痛みが国家にもたらす疾病負荷のエビデンス、2) ケアへのアクセスに関する情報、3) 疼痛への医療サービスに関する政策の策定、4) 幅広いステークホルダーの連合の形成、5) タイムスケールを伴う具体的な計画の5つをあげている。疾病負荷については、当時Blyth氏自身の博士課程で取り組んだ内容で、単に痛みの疾病負荷を示すだけでなく、他の慢性疾患と比較した疾病負荷を示すことが効果的であり、オーストラリアの国家戦略策定にも寄与してきた。また、幅広い医療提供者の連携が重要であるのに加え、医療サービスの受け手である患者の声の重要性が強調されるべきで、当事者団体との連携が重要である。こうした継続的なアドボカシーによって、過去数年間は、オーストラリア連邦政府が最新の国家の戦略的アクションプラン（National Strategic Action Plans）を策定するに至った。

戦略策定後の進展

当初の戦略策定後の重要な成果は、Painaustraliaと呼ばれる調整機関の設立だった。この団体によって、これまでの成果が可視化され共有されたことは、各州の政府や連邦政府の協力を得ることができた成功要因のひとつである。こうした体制の中で、以下のような様々な成果を上げることができた。

ケアモデルの策定

ニューサウスウェールズ（NSW: New South Wales）州では、保健省の医療イノベーション部門（NSW Health Agency for Clinical Innovation）内に、さまざまなバックグラウンドを持つ疼痛医療の専門医、その他の医療提供者や、痛みを抱える患者等のネットワークが組成されている。このネットワークによって、国家疼痛戦略で取りまとめられたケアモデルを参考に、最新の科学的エビデンスや患者の声に基づいたNSW州でのケアモデルを取りまとめた。

このケアモデルは、階層化されたポピュレーションアプローチをとっている。市民への教育・啓発、地域における治療選択肢の提供を最も広範なポピュレーションアプローチの階層とし、以降は痛みの複雑度に応じて、適切な医療提供体制の階層を整理している。複雑度低い痛みに対する地域ごとの包括的な診療体制（PHC: primary health care）、中程度の複雑度に対する中小病院や地域のチーム医療による専門的なケア、高い複雑度に対する教育病院での集学的なケアの全4段階に整理し、モデルに基づいた体系的な医療提供体制の整備を州主体で進めている。他州に比べて、州で体系的な整備がなされているNSW州では、最初に医療機関を受診した時点から専門的な疼痛ケアを受けられるまでの待ち時間が大幅に短いことが成果として報告されている。

疼痛ケアへのアクセス

国家戦略策定後のわかりやすい成果として、専門的な疼痛ケアを提供する施設数の増加があげられる。2011年の国家戦略策定時、NSW州には疼痛サービスが11のみとなっており、うち1つが過疎地域、2つが州内の地方にあり、施設間の最大距離は、東京ー福岡間を超える1,140kmに上った。その後の取り組みによって、2017-2019年には、その数は35に増加し、地域的な偏りも改善され、アクセスは大幅に改善している。

また、オーストラリアの地理的特徴や人口分布に対応するために、疼痛専門医と過疎地域の医師または患者をリモートでつなぐ遠隔医療の拡充にも取り組んでいる。遠隔医療は、コロナ禍で急速に普及したこともあり、現在では、過疎地域の患者への疼痛ケアの提供に大きく貢献している。

疼痛教育の拡充

もう1つ強調すべきは、幅広い医療提供者への教育である。PHCを担う人材、さらにより広い人材への教育を行うことは、痛みの病態に応じて必要な医療が迅速に届ける一助となる可能性がある。連邦政府は、痛みの教育に関する戦略的なロードマップの取り組みを始めており、学生だけでなく医療従事者にとっても有益なオンラインの教材の作成を進めている。

痛みの政策の推進を実現するために

痛みの政策の推進は、短期間で実現されるものではなく、長期的なエネルギーと努力が必要とされる。オーストラリアでは、多くのグループにまたがる幅広い関係者との連携体制を構築し、政策の焦点について合意を得るために長い時間をかけてきた。実際には、NSW州に疼痛患者へのサービスの質の向上に協力的な保健大臣がいたという幸運もあったが、明確で具体的な政策計画がなければ、協力を得られないことは明確であり、政治家の理解が得られたことは、これまでの合意形成の成果である。長年にわたって政策立案者と仕事をしてきた経験から、関係者が合意した意見でなければ、政策立案者が耳を傾けることは少ないと考えている。さらに、痛みの政策が既存の資源を再投資したり、より有効に活用したりする機会であることを示すことも重要である。そのためには、医療制度全般や近年の医療政策の流れを意識し、痛みの政策がどこに適合するかを考えることも必要である。

パネルディスカッション

「慢性の痛み政策の展望—当事者目線の医療の実現に向けて—」

パネリスト



牛田 享宏

愛知医科大学医学部疼痛医学講座 教授／運動療育センターセンター長



桜井 なおみ

キャンサー・ソリューションズ株式会社 代表取締役社長



Fiona Blyth

Professor of Public Health and Pain Medicine, Sydney School of Public Health, Faculty of Medicine and Health, University of Sydney



増田 靖子

全国脊柱靭帯骨化症患者家族連絡協議会 会長



松原 貴子

神戸学院大学 総合リハビリテーション学部 教授



真野 俊樹

中央大学 戦経研究科 教授



坂内 駿紘

日本医療政策機構 マネージャー

進行

■ 概要

慢性の痛み体制の課題と当事者目線の慢性の痛み政策の必要性

痛みは、当事者の生活の質を著しく低下させ、治療や仕事の継続に大きな影響を与えている。全国がん患者団体連合会の調査では、がんの患者・家族・遺族、医療・ケア提供者のいずれも「痛みの評価、ケア、治療」が患者にとって「重要な項目」かつ「困った項目」の上位に挙げている。脊髄靭帯骨化症では、手術をしても痛みが改善しないこともあり、痛みが当事者にとって一番の悩みになっている。痛みは、個々の疾患の問題ではなく、あらゆる疾患に共通する重要な課題である。

痛みには、原因がはっきりせず診断が難しいものがあり、適切な診断やケアを受けるまでに、長期間を要したり、多くの医療機関や民間のヘルスケアサービス事業が利用されたりする現状がある。厚生労働省の慢性の痛み研究事業として原因がはっきりしない痛みにも対応できる集学的痛みセンターの構築や、がん性疼痛を中心として緩和ケアの推進を進めてきた。一方で、原因を細分化し追究するという西洋医学の特徴、医学モデルに基づく縦割りのガバナンス、利益優先主義といった現行の保健医療福祉制度の特徴の中で対応するには限界があり、適切な治療を受けられずに苦しむ当事者が多く残されているのが現状である。

日本では、緩和ケアや慢性の痛みに関する政策や研究が少ない。医学的には薬を処方すればよいと解釈されることもあるが、適切に改善しないことも多い。当事者の困りごとである痛みについて、当事者と一緒にその対応体制を検討すべきであり、患者・市民参画（PPI: Patient and Public Involvement）の促進が必要である。当事者と一緒に、疾患横断的で保健医療福祉一体的に、対策を検討する場が必要である。

慢性の痛みに対する早期介入の推進に向けたナビゲーション機能の必要性

慢性の痛みの当事者が、早期に適切な支援を受けられるためには、複雑な痛みを包括的に評価し、適切な支援に導く案内人が必要である。オーストラリアでは、痛みに関する一定の研修を受けた地域の総合診療医（GP: general practitioner）がその役割を果たしている。また、患者・市民団体と連携して、痛みの診療が可能な医療機関や痛みに関する情報をまとめて発信する「ケアナビゲーション」のウェブサイトの構築や当事者同士の交流の促進を行っている。ゲートキーピング機能が確立されていない日本では、地域の医師はもちろん、訪問看護ステーションや薬局、その他の地域の多職種が協力しながら、病診連携のハブとなり、案内人としての機能を果たすことが期待される。

そのためには、幅広い医療提供者へ痛みのケアについて教育する必要がある。医師や看護師、リハビリ専門職、心理職、薬剤師等の卒前教育に組み込むこと、同時に卒前および卒後の専門職連携教育（IPE: interprofessional education）を推進することが重要である。GP制度が確立されているオーストラリアでは、地域のGPをはじめさまざまな診療科、職種と一緒に、痛みの評価の方法や原則、患者のニーズや目標に合わせた治療方針の検討について学ぶ研修を行っている。この研修は、文化や医療制度の異なる東南アジア諸国でも実施され、集学的な診療体制の普及に貢献している。日本においても、IPEを通じた多職種連携の推進が目指されており、その中で痛みに関する教育を実施し、チーム医療のための連携体制を強化することが期待される。

痛みに対する治療の多様な選択肢とアクセスを強化する必要性

痛みに対する薬物療法の中で、オピオイドが最も鎮痛効果の高い鎮痛薬として位置づけられている。オピオイドは、一部の国々で不適切な過剰使用による副作用の問題が生じており、他方で、副作用問題によるオピオイドへの恐怖心とそれによる不必要な使用控えが生じている。オーストラリアでは、2010年代に、エビデンスに反した慢性の痛みに対するオピオイドの過剰処方が問題となった。その背景には、他の治療やケアの提供体制が整備されておらずオピオイドを処方せざるを得ない状況もあった。残された課題もあるが、集学的な診療体制や、地域でのその他の選択肢を強化することで改善がみられている。

日本においても、集学的痛みセンターを全国33か所に整備し、痛みの治療の確立とそのアクセスの強化に取り組んできた。こうした取り組みを持続的にするためには、核となる疼痛治療専任の人材が必要である。愛知医科大学では全国に先駆けて卒前・卒後教育として「疼痛医学」講座を設けている。疼痛医学の教育体制が構築されている中国やオーストラリアの取り組みを参考にしながら、科学に基づいたカリキュラムの整備、教育効果の検証等を行い、日本に合った教育体制の構築が必要である。

ケアを受ける当事者への教育・啓発の必要性

理想的な痛みの管理を知らないため、何を医療機関に期待すべきかがわからない人は多い。また、整形外科を受診すべきか、ペインクリニック科を受診すべきかなども適切な判断が難しい場合も多い。そこで、市民の痛みや医療に関するリテラシーを向上し、当事者が情報を集めながら適切に受診できる能力も重要である。一方で、こうした啓発を行う際、「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律」の規制により、分かりやすい情報発信が難しいこともある。分かりやすい情報発信を促進する制度改正が必要である。

原因疾患にフォーカスが集まりやすく、痛みには市民の関心が向きにくく、リテラシーが高まらない状況もある。痛みの問題を自分事化するために、がん領域では、高校生などを対象にゴム足袋をはめて当事者の感覚や外出が嫌になってしまう気持ちを疑似体験し、その解決策を考えてもらう「ペイシェント・シューズ」という研修を行っている。こうした取り組みを参考に、痛みに関心を持ってもらう教育・啓発が必要である。

痛みの政策の推進に向けて、関連する幅広い政策・ステークホルダーとの連携の必要性

政府は、限られた予算のなかで政策の方向性を定めなければならないため、疼痛診療の目標と他の政策との親和性を見つけ、他のステークホルダーと連携して取り組む必要がある。政策の変化を敏感に捉えながら、アドボカシーの計画を策定し、政府に具体的な政策案を提言していく必要がある。

地域包括ケアとの連携

原因が多様であり、医療だけでなく保健医療福祉の一体的な提供を必要とする痛みは、多様な健康課題を持つ高齢者を保健医療福祉一体的に支える「地域包括ケアシステム」との親和性が高い。また、診療科ごとの縦割りや、出来高払いの課題も含め、2013年の社会保障制度改革国民会議以降、慢性疾患の増加等に対応するために掲げられた「キュアからケア」へというスローガンとの親和性も高く、こうしたモメンタムと連動して提言していく必要がある。

高齢者福祉の分野では「科学的介護」が推進されているが、原因を細分化し、原因に応じた治療を施す医学モデルを基盤にしたアプローチでは、必ずしも原因が明確でない要介護や痛みへの対応は難しい。縦割りになりやすい医学モデルだけでなく、社会モデルに基づいた患者目線の医療を医療提供者の教育に組み込むべきである。

緩和ケアとの統合・連携

がん領域では、第4期がん対策推進基本計画の中で「社会連携に基づく緩和ケア等のがん対策・患者支援」と記載され、患者の声に基づいて、緩和ケアが推進されている。痛みの評価も推進されているが、入院医療での対応に偏っており、外来や在宅での対応は不十分である。また、がん以外の疾患での痛みの対策が遅れている。厚生労働省では、「がん等における緩和ケアの更なる推進に関する検討会」を開催し対策を検討しているが、研究や研修の議論に留まっている。社会実装に向けては、診療報酬に関する議論も必要になることから、保健医療福祉全体として、痛みという課題に対してどのような対策を講じるべきなのか、より上流の議論を行うべきである。

痛みの診療に関連する多様なステークホルダーの連携

日本疼痛学会を中心に、既に痛みに関連する8学会が参加する日本痛み関連学会連合が発足している。こうした枠組みを活用しながら、今後より多くの診療科や職種と連携を深め、医学会全体として痛み対策のコンセンサスを作っていく必要がある。



武村 展英（衆議院議員／農林水産副大臣／慢性の痛み対策議員連盟 事務局長）

痛みの治療のあり方については、慢性の痛み対策議員連盟の中でも長年議論してきたテーマである。慢性の痛みに苦しむ全ての方々が、必要な支援を迅速に受けられるように、基本法の制定も含めて検討を進めてきた。非常に多くのステークホルダーに関連する健康障害であり、すべての関係者に納得いただける政策の立案に向けて、議論を重ねてきた。厚生労働省では、慢性の痛みに対する治療の提供体制の整備に取り組んでいただいております、政府としても取り組んできたところである。一方で、個人の状態に応じてすべての患者様に適切な介入が迅速に届けられるためには、今後さらなる対応が求められる課題もある。

今回の会合では、整形外科疾患やがんの罹患経験をお持ちの方々にご参加いただいた。このように特定の疾患に限らずに、さまざまな疾患の患者様が苦しんでおり、痛みを苦しむすべての患者様が必要な支援を受けられることが重要である。また、複雑な慢性の痛みの治療には、麻酔科や整形外科をはじめ多診療科の医師、さらには多くの専門職の方々のご尽力が必要であり、幅広い医療提供者の意見を踏まえた議論が求められる。今後はさらに産業界の意見も含め、多くのステークホルダーと議論しながら、政策を進めて行く必要がある。

また、本会合では、オーストラリアや国際疼痛学会の取り組みなど、国際的な好事例も踏まえて議論いただいた。諸外国の取り組みも参考にしながら、国内外のステークホルダーがフラットに議論できる場は貴重である。慢性の痛みは、幅広いステークホルダーに関わる分野であり、今後もこうした議論を重ねることが重要と考えている。

慢性の痛みは、国民の生活の質に直結する重要なテーマである。現代社会の中では、成人の約5人に1人が痛みを苦しんでおり、多大な影響を持つ重要な社会問題である。少子高齢人口減少社会を迎えている日本においては、慢性の痛み対策を推進することで、労働生産性の向上や、介護予防といった効果も期待できる。慢性の痛み対策を重要な政策課題と認識し、今回の議論の内容も踏まえて、今後も取り組みを推進していきたい。





Kiyoshi Kurokawa (Chairman, Health and Global Policy Institute)

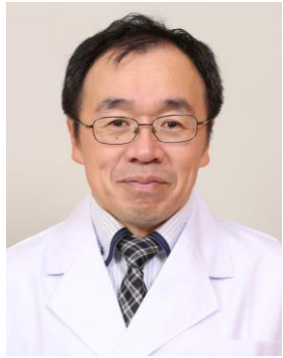


Ryoji Noritake (CEO and Board Member, Health and Global Policy Institute)

At the Health and Global Policy Institute (HGPI), we are committed to shaping citizen-centric health policies and providing policy suggestions by engaging in discussions with patients and citizens. We have continuously put in an effort under this goal for nearly 20 years since our establishment in 2004. We launched the Chronic Pain project last year. It is evident that multidisciplinary care is necessary for its treatment through not only multidisciplinary health specialties and professions but also an integrated provision of health and social care. At the end of 2022, we launched policy proposals to achieve these comprehensive approaches to chronic pain.

Pain can be unbearable for patients. While some pain occurs from as obvious causes as foot fractures, for instance, and can be medically explained, one can also experience unexplainable pain, which is difficult to diagnose. Aspirin has been established as a solid solution for various types of pain for nearly 130 years. However, it has been found that pathologies of pain can be complex, attributed to emotions and stress, which existing pharmacotherapies cannot alleviate. Recent studies show that dogs and cats can also become neurotic. Animal experiments on pain have currently been conducted to uncover if such psychogenic pain is unique to human beings.

We believe it is now called for to shift from a system solely reliant on a medical model to a social model-incorporated system. To achieve that, discussions with multi-stakeholders to address such complex pain are urgent needs. Joining us today are related stakeholders including patient representatives, healthcare providers, academia specializing in health policy, an expert promoting pain policy measures in Australia, and Mr. Takemura, the State Minister of Agriculture, Forestry and Fisheries. We sincerely appreciate your active participation in today's discussion.



Takahiro Ushida (Director and Professor, Department of Pain Medicine and Institute of Physical Fitness, Sports Medicine and Rehabilitation, Aichi Medical University)

Disease burden of chronic pain in Japan

According to a survey on 3,000 people in Japan, 7.5% of all the respondents had taken time off work for pain in the past year, and 2.1% had taken a leave for a week or more. Considering the population of Japan as of today, this means that 2.94 million people have been absent from work for a week or more over a year, which can be estimated to cause an annual economic loss of approximately JPY 1.8 trillion with the assumption of the labor productivity per person per day valued JPY 10,000. Another survey by the Japanese Orthopaedic Association shows that conditions that take patients to healthcare are mainly orthopaedic conditions, such as stiff neck and shoulders, lower back pain, and herniated disks. Proportions for other conditions, including shingles and postoperative pain, are small. Another survey reported that the prevalence of chronic musculoskeletal pain in adults was 15.4%, with the majority in the 30s to 50s, accounting for more than half of the total cases. Although pain was once considered to be more common among the elderly, working-age populations also have a severe disease burden from pain, which results in significant and serious economic losses.

Pathologies of chronic pain vary widely from case to case. It has come to light that psychosocial factors can also trigger pain in addition to histological factors such as osteoarthritis and nervous and muscular injuries or disorders. In research conducted by psychiatrists, 95% of the patients suffering from chronic pain were also diagnosed with some mental disorders. In other words, long-term chronic pain may lead to the onset of mental disorders. Chronic pain is also thought to have impacts on one's quality of life in even wider ways, such as increased possibility in suicide rates and locomotive syndrome due to physical inactivity and also negatively influencing one's social life, through family breakdowns.

Current status of chronic pain treatment system in Japan

The vast majority (88.7%) of patients with chronic pain visit orthopaedics, followed by rehabilitation, internal medicine, surgery, neurosurgery, and anesthesiology/pain clinics. In general, the patients undergo surgical and/or non-surgical treatments by biomedical specialties that address bio-medical factors. When no apparent improvements are seen in those departments, patients reach out to pain clinics, psychosomatic medicine, or psychiatry departments. For pain with high complexity, there can be situations where departments put their responsibilities onto each other, and patients end up not being able to receive treatment or waiting too long to be treated.

Convincing enough, a survey reports that over half of respondents answered that they were dissatisfied with the pain treatment they received and the achieved improvement. Breaking it down to satisfaction for each intervention, approximately 50% were satisfied with nerve blocks, surgery, and intravenous injections, and 27.5% for medication. Another survey found that 51% of those who visited a healthcare facility for chronic pain have decided to switch to other institutions. To summarize, satisfaction with the current chronic pain management is limited; establishing a system to provide prompt and suited treatment is an urgent need.

Models of care at multidisciplinary pain centers and equitable access to the centers

The management of chronic pain, which is affected by both organic and psychosocial factors, requires both the bio-medical and psychosocial approaches. Based on this recognition, Dr John Bonica, the founder of the International Association for the Study of Pain (IASP), started a diagnosing system by a group comprising neurologists and orthopaedic surgeons to provide comprehensive pain management in the 1940s. In Japan, Dr Takao Kumazawa established Japan's first Multidisciplinary Pain Center (MPC) at Aichi Medical University (AMU) in 2002. It was not until 2010 that the Ministry of Health, Labour and Welfare (MHLW) compiled "Future Measures for Chronic Pain (Proposals)" to underscore the field of chronic pain. It was the very first time that Japan embarked on launching national measures to address chronic pain. At present, 33 facilities have been certified as multidisciplinary pain centers in Japan.

The multidisciplinary (interdisciplinary) pain treatment unit is a team of psychiatrists, psychosomatic medicine physicians, social workers, psychologists, physiotherapists, orthopedic surgeons, anesthesiologists, nurses, and other professionals that provide treatment. The majority of patients (52%) seen at pain centers suffer from pain with no identifiable cause. This condition is now classified by the World Health Organization (WHO) in their eleventh revision of the International Classification of Diseases (ICD-11) as chronic primary pain. In addition to the conventional neuropathic and nociceptive mechanisms, ICD-11 has added "nociplastic" as a third neurophysiological mechanism underpinning pain, which is suggested to be particularly applicable to chronic primary pain. As and when appropriate, the multidisciplinary pain treatment unit provides consultations, examinations, and evaluations conducted by physicians from multiple medical departments and various specialists and organizes conferences with them to determine the treatment plan and provide treatment through a combination of physical and psychosocial interventions.

As a result of these interventions, 19 of the 29 patients who had been absent from work, on leaves, or lost their jobs due to their chronic pain, were able to return to work without any absences after three months of treatments. This has led to an improvement in patients' satisfaction, even for cases in which the cause of the pain was not well identified and the treatment was initially ineffective. To disseminate the evidence for the effectiveness of the approach, an MHLW research group has developed guidelines for managing chronic pain and has raised awareness. On the other hand, many conditions are left requiring further elucidation of appropriate management, including fibromyalgia and nociplastic pain. The MHLW study group has developed a simple bedside quantitative sensory testing method (QuantiPain) to measure central sensitization to assess nociplastic pain. There is an urgent call on developing treatment methods based on the appropriate use of these assessment methods.

Steps to establishing a healthcare system that addresses chronic pain

Society-wide measures for chronic pain both before and after the onset of the disorder are called for. We need to develop an educational system for the public to prevent the onset of chronic pain. Since the treatment of pain requires patients to proactively confront pain, it is essential to familiarize the public with the nature of chronic pain.

Likewise, it needs further establishment of a healthcare system that can treat chronic pain after its onset. Specifically, enhancing and building more pain centers that can provide multidisciplinary care and a system to train professionals who can serve as the core of this system is needed. Aichi Medical University offers a Pain Medicine program at the undergraduate level and a Comprehensive Pain Management course at their graduate school for training young professionals in the fields of orthopedics, anesthesiology, and general medicine. The institutionalization of such an educational system for chronic pain is required to steadily input professionals into society who can demonstrate expertise and play an active role in the cross-disciplinary field of pain. The establishment of a collaborative system between pain centers and other hospitals, home care, and the broader social system is much needed, and we are committed to developing and disseminating guidelines for this purpose.



Fiona Blyth (Professor of Public Health and Pain Medicine, Sydney School of Public Health, Faculty of Medicine and Health, University of Sydney)

Introduction to the Australian healthcare setting

Geographically, Australia is approximately the same size as Western Europe and has around 26 million residents, which is a relatively small population for its size. The majority of the population lives around the coastline, but some live remotely, which poses a big challenge for our services to be equitable. In the Commonwealth Fund analysis, our health system is ranked third overall and the 1st in two areas: equity and healthcare outcomes. In contrast, it is rated not as highly in some aspects, such as access to care, particularly the gap between primary and hospital care.

The Australian health system's funding models and governance structure are very complicated. Primary care, general practice, and community-based care are funded by the federal government in a completely separate system from hospital care, which is organized and financed by the state governments. Each state administers hospitals in a slightly different way. The other feature which is perhaps different from Japan is that over 50% of Australian adults have private health insurance. This is because multiple types of care, including many allied health care services in the community, such as physiotherapy, are largely provided by the private sector and are not covered by the national health funding system. The other key difference is in primary healthcare, where the Australian system does not allow patients to go directly to a specialist. General practitioners (GPs) work as gatekeepers, and patients can only access specialist care by visiting a GP and getting a referral. There are some exceptions to this, for example, when a patient is admitted to a public hospital under the care of a specialist after an unplanned emergency department presentation.

Drivers to develop the Australian National Pain Strategy

In 2009, there was growing momentum to develop a national pain strategy. The leadership group for this was very diverse and mixed, which included medical groups such as the Australia and New Zealand College of Anesthetists (ANZCA) and the newly established Faculty of Pain Medicine, multidisciplinary societies such as the Australian Pain Society, a society of very diverse professionals, and academic groups including the University of Sydney Pain Management Research Institute. Moreover, not only healthcare providers but also consumer groups were involved. In particular, chronic Pain Australia was an important partner. Throughout 2009, there was a large range of working groups which brought together a wide range of individuals who had not worked together before. This helped build relationships between diverse stakeholders and agreement in developing the first draft of the National Pain Strategy. It was finalized after further engagement of multi-stakeholders through broader consultation and the National Pain Summit.

It provided a good starting point for lots of other developments over time. The six goals in the strategy are: 1) people in pain should be a national health priority; 2) knowledgeable, empowered and supported consumers; 3) skilled professionals and best-practice evidence-based care; 4) access to interdisciplinary care at all levels of the health system, 5) quality improvement and evaluation and 6) research. These goals align with the key recommendations of the International Association for the Study of Pain (IASP), which was developed to help their member states develop national pain strategies.

IASP also identified some factors that are critical for success. Firstly, the importance of clear evidence on the burden of pain to the country; the work I did as part of my PhD study on the pain burden in Australia was one key element in our own pathway to developing a national strategy. Importantly, to be successful, it helps to show not just how common pain is but also how common it is compared to other conditions. Other critical factors were having good information on problems of access to care, developing government policy on pain services, forming a vast coalition of different voices and different groups, and finally, having a real concrete plan with time scales. From the Australian experience of the coalition of a wide range of stakeholders, the key message is that a coalition of providers itself is essential, but also consumer groups are significant partners, and they are seen as a trusted voice for people who live with pain. After such continuous advocacy over the last few years, the Australian federal government has been publishing and sponsoring our latest National Strategic Action Plans.

Progress after the Strategy

What was important after the original strategy was the establishment of a coordinating body, namely “Painaustralia”. This has ensured gains are made, and outcomes are achieved. It was essential for engaging with governments across the country and the Australian federal government. The following are some examples of progress that has been made based on the strategy.

1. Development of models of care

Based on the original model of care developed on the National Pain Strategy, a model of care was developed in New South Wales. This was developed by a network of people working in the pain field that is actually part of our state government’s health department, called the “New South Wales Agency for Clinical Innovation.” It comprises pain clinicians from different backgrounds, people who work in health management and also consumers or people living with pain, so the model developed was based on a review of available evidence as well as on consumers' voices.

This model takes a whole-population approach. It starts at the bottom, with a population-wide tier focused on promoting an educated and informed population and community-based pain management options. Sitting above that are three tiers of care systems in accordance with patients’ needs and complexity of pain, consisting of primary health care for people with low complexity pain, specialist care and team-based care in smaller hospitals or the community for medium complexity patients, finally, a multidisciplinary pain service in a major teaching hospital for the highest complexity patients. This model has led to a significant reduction in the waiting time from the point of referral to the first contact with the pain service in NSW, where things have been organized on a statewide level, compared to other services in different states across Australia where things were arranged in a less systematic fashion.

2. Access to pain services

Another excellent example of progress can be seen in the increase in a number of pain services. Before the National Pain Strategy in 2011, NSW had only 11 pain services, with one in the rural areas and two in regional areas. The furthest distance among them was 1,140 km. After the strategy in 2017-2019, it has developed into 35 programs statewide that are based more equally across NSW.

Also, considering this country's geographic feature and population distribution, telehealth that connects pain specialists with rural clinicians or directly to rural patients helps access more specialized pain services. The offering of telehealth services has dramatically increased during the pandemic.

3. Education to wider populations

Educating the pain workforce is fundamental to strengthening the health system for pain. Education to a broader population, from local healthcare providers in primary health care and beyond, is important to optimize patient pathways. The federal government has invested in a strategic roadmap for education, and we are currently developing an online resource for healthcare students as well as professionals as part of a national consortium (Open Australia).

To make a real change in pain management

Developing a national policy and making tangible change is not achieved in the short term. It needs long-term energy and effort. Australia has gotten where we are by having taken the time to build a broad coalition across many groups and by reaching an agreement on what we should focus on. Also, we were lucky in NSW to have a health minister who was supportive of improving services for people living with pain. But her commitment was given only with a clear and concrete plan. Because of the existing idea of a model of care that everyone had agreed to, it was possible to get ministerial support and the funding needed. If we cannot agree amongst ourselves about what needs to be done, then policymakers will not listen to us. Moreover, it is also important to frame what you are asking for as an opportunity to reinvest or make better use of resources already in the system. In order to do so, we need to be aware of the broader contexts of healthcare systems and emerging or planned more comprehensive healthcare policies to understand where pain can fit into the picture.

Panel Discussion: "Chronic Pain Policy Needed for Strengthening Supportive Healthcare"

Panelists



Takahiro Ushida
Director and Professor,
Multidisciplinary Pain Center and
Institute of Physical Fitness, Sports
Medicine and Rehabilitation, Aichi
Medical University



Naomi Sakurai
President, Cancer Solutions Co., Ltd



Fiona Blyth
Professor of Public Health and Pain
Medicine, Sydney School of Public
Health, Faculty of Medicine and
Health, University of Sydney



Yasuko Masuda
President, National Patient and
Family Group for Spinal Ligament
Ossification



Takako Matsubara
Professor, School of Rehabilitation,
Kobe Gakuin University



Toshiki Mano
Professor, Chuo Graduate School of
Strategic Management, Chuo
University



Takahiro Sakauchi
Manager, Health and Global Policy
Institute

Moderator

Summary of the discussion

Developing chronic pain policies from patients' perspectives to tackle contemporary challenges

Pain significantly reduces the quality of life of those affected and has a major impact on their ability to continue with treatment along with their work. A survey conducted by the Japan Federation of Cancer Patient Groups found that cancer patients, their families, bereaved families, and healthcare and carers have all indicated "assessment, care and treatment of pain" as the "most important item" as well as the "most concerning item." In patients with ossification of the spinal ligaments, pain is their primary concern since there are chances that pain does not improve even with surgery. It is not an individual challenge, but a public health issue shared across various diseases.

The causes of pain cannot always be explained clearly. Consequently, some patients face a situation where it takes a long time to receive the proper diagnosis and appropriate care and go through many different health services, including private health services. As a part of the Ministry of Health, Labour, and Welfare's (MHLW) Research Project on Chronic Pain Policy, MHLW has been promoting the construction of multidisciplinary pain centers that provide appropriate pain management to pain with no identifiable cause, as well as fostering palliative care with a focus on cancer-related pain. However, numerous patients are still suffering from pain left to be appropriately treated, due to the limitations of the mold of the current health and social care systems. Those limitations are featured with the bio-medical model based on Western Medicine, which pursues scientific causalities and can be susceptible to fragmentation, and with the profit prioritization in the health administration, which has been noticeable since privatization of university hospitals in Japan.

Panel Discussion: "Chronic Pain Policy Needed for Strengthening Supportive Healthcare"

In Japan, compared to other fields of medicine, investments on palliative care and chronic pain policy or research are insufficient. Although some healthcare professionals interpret that medication for pain would suffice, in many cases, the pain persists, which affects patients' quality of life. Considering this situation, patients' perspectives should be centered when strengthening the pain management system by promoting patient and public involvement (PPI). Creating opportunities to discuss health and social care comprehensively with those suffering from chronic pain should therefore be established.

Establishing navigation functions to promote timely interventions

For timely access to appropriate interventions, there needs to be a guide who can provide a comprehensive assessment of pain and introduce the right support. In Australia, the local general practitioners (GPs) who completed pain assessment and management training play this role. Together with patient and civil society organizations, the Australian government has also launched a website named "Care Navigation," which offers compiled information about medical institutions that provide pain treatment as well as promote interactions among chronic pain sufferers. As no institutions have taken up such gatekeeping functions in Japan, local physicians and nurses, especially ones providing a hub for collaborations between local clinics and hospitals in order to navigate patients.

Successfully achieving this goal requires the education of a wide range of healthcare providers, spanning physicians, nurses, rehabilitation specialists, psychologists, and pharmacists at the undergraduate level, as well as postgraduate interprofessional education (IPE). In Australia, with the gatekeeping system, training is provided where local GPs, physicians from other specialties and other healthcare professionals can learn together principles of pain management, assessment and patient-centered healthcare. This training has been carried out in Southeast Asian countries with different cultures and healthcare systems and has contributed to strengthening multidisciplinary pain management. In Japan, IPE and multidisciplinary healthcare have been promoted. It is highly expected that pain-specific education is embedded into the existing IPE education.

Offering diverse care options and expanding access to pain treatment

Opioids are regarded as the most effective analgesics in the pharmacotherapy of pain. However, inappropriate overuse of them may result in catastrophic adverse effects, which has been prominent in some countries. Equally importantly, the issue of adverse effects has led to the fear of opioids, which resulted in an unnecessary reduction in opioid prescriptions. In Australia, the over-prescription of opioids for chronic pain, which current evidence does not support, appeared in the 2010s. The over-trust in opioids was partly attributed to the lack of other care alternatives, leaving physicians only to prescribe opioids. While some issues remain to be solved, improvements have been seen through the strengthened multidisciplinary pain management system and the improved access to other modalities of care.

Japan has strived to enhance access to pain treatment by establishing multidisciplinary pain centers in 33 locations across the country. Yet, for these initiatives to sustain, human resources specializing in pain management who can take leadership at the centers are in desperate needs. Aichi Medical University is Japan's first university to incorporate "Pain Management" in its graduate and postgraduate education. It is essential to establish an educational system tailored to Japan's situation by investigating the pilot curriculum as well as referring to the curriculums in countries including Australia and China, which have comprehensive education systems of Pain Management.

Educating and raising awareness for chronic pain sufferers

Many chronic pain sufferers do not know what to expect from their healthcare providers because they are not necessarily familiar with what the ideal pain management is. Patients often struggle to determine if they should visit an orthopedics department or a pain clinic. It is therefore important to improve the health literacy of citizens regarding pain and healthcare, so that they will be able to gather information and seek appropriate pain management. On the other hand, the restrictions in the Japanese "Act on Securing Quality, Efficacy and Safety of Products Including Pharmaceuticals and Medical Devices" sometimes require information to be less easily understood. Reconsideration of the law may, therefore, help efficient communications that are more comprehensible to non-experts.

Bolstering public awareness of pain is challenging partially due to the underlying diseases causing pain tend to get more attention rather than pain per se. Taking that into account, a workshop program for mainly high school students, called "Patient's Shoes" is conducted. In this workshop, the participants put on rubber gloves that reproduce the sensation of the cancer patients to simulate their experience and feelings, such as reluctance to go out. More importantly, the participants not only experience that but discuss measures to help patients. Such ingenuity may work well in pain education as well.

Collaborating with a wide range of policymakers and stakeholders to promote pain policies

Due to the limited budgets of governments, it is vital to find common objectives between pain policies and other policies and to actively engage with a wide range of stakeholders for efficient implementations of policies. Developing an advocacy plan and recommending feasible and realistic policies should therefore start with catching up with the latest discussions in other related policies. Some collaboration opportunities and existing collaborations in Japan may include but are not limited to;

1. Collaboration with integrated community care

Pain management shares similar objectives with Japan's "Integrated Community Care System," which provides older adults with comprehensive health and social care. The system is established to tackle the complex health needs of the older population, which can be considered similar to the complex nature of pain that requires an integrated provision of health and social care. After the Social Security System Reform Conference in 2013, achieving the shift "from cure to care," was agreed as a consensus of multi-stakeholders in light of the increases in chronic diseases which require comprehensive care. Pain advocacy fits well under the umbrella of this momentum.

"Scientific long-term care" has been fostered in social care for the elderly. However, such an approach, which overly relies on medical causalities, is not applicable to the unexplained care needs of the elderly and patients with chronic pain. Patient-oriented health care based on a social model, in addition to a conventional bio-medical model, should be promoted. And to begin with, that should be incorporated into the education programs for healthcare providers.

2. Collaboration and integration with palliative care

In the field of oncology, the 4th Term Basic Plan to Promote Cancer Control Programs has outlined the goal of "cancer measures and patient supports including palliative care based on social collaborations." In this scheme, palliative care is now promoted based on patients' voices and pain assessment is widely practiced. However, it is only provided in inpatient care and unavailable for outpatient and home-visiting care. Moreover, palliative care is yet to be available widely to patients with other diseases. The MHLW has been running the "Study Group on the Further Promotion of Palliative Care for Diseases Including Cancer." Still, the group is able to influence only on research and training for health professionals but on beyond them. Since reconsideration of the medical fee schedule cannot be avoided for this topic, an appropriate upstream meeting should be held to address the issue of pain from both health and social care perspectives.

3. Collaboration among diverse stakeholders related to pain treatment

The Alliance of Pain-Related Associations in Japan has been developed led by the Japanese Association for the Study of Pain. It is joined by eight pain-related associations. It is highly expected for the alliance to deepen further and broaden the collaborations with more comprehensive medical specialties and health professions. Through such cooperation, the consensus on pain management built among wider stakeholders, ideally the entire medical community, should be built to achieve comprehensive policies for chronic pain.



Nobuhide Takemura (Member, House of Representatives; State Minister of Agriculture, Forestry and Fisheries; Director, Parliamentary Group for Chronic Pain)

The treatment of pain is a topic that has been discussed for many years within the Parliamentary Group for Chronic Pain. We have been holding discussions about policies for chronic pain including the enactment of a basic act, which will be legitimate foundation to provide supports to those suffering from chronic pain in a timely manner. The inherent challenge in chronic pain policies is that it requires agreement of diverse stakeholders, since pain affects multitude stakeholders. Parliamentary discussion has been engaged with wide range of stakeholders and been trying to achieve acceptable policies to all the related parties. Fortunately, our discussion has led the governmental initiatives on chronic pain. The Ministry of Health, Labor and Welfare has been undertaking efforts to establish a system to provide treatment for chronic pain. But there remain issues that need to be further addressed or resolved down the road to ensure that appropriate interventions can be promptly delivered to all patients according to their respective conditions.

This meeting was attended by people who has and have had an orthopedic disorder and a cancer. Chronic pain is not an issue related to any specific diseases, rather is common challenges among many different diseases and conditions. It is therefore important to ensure that all patients suffering from pain are able to access the support they need. And since the treatment of complex chronic pain requires the dedicated interventions by physicians of multiple specialties, in many cases anesthesiology and orthopedics, as well as other multidisciplinary health professionals. Discussions for chronic pain policy should engage with a wide range of healthcare providers. To further promote the pain policies, it will be necessary to hold discussions with those stakeholders, as well as private sectors.

The meeting also included discussions around the good practices observed in other countries, such as the initiatives in Australian and the International Association for the Study of Pain. It is valuable to have a forum where local and international stakeholders can discuss the issue referencing initiatives in other countries without any biases. Chronic pain is an area that involves a wide range of stakeholders, and we believe it is crucial to continue such discussions.

Chronic pain is an important topic that directly affects the quality of life of the population. Contemporarily, approximately one in five adults suffers from pain, making it an important social issue with tremendous ramifications. Tackling chronic pain can improve labor productivity and also inhibit growing needs for long-term care. Achieving those outcomes is in urgent needs as Japan faces declining birthrates and a rapidly aging population. We recognize that chronic pain countermeasures are policies that should be more prioritized and will continue to drive efforts based on the contents of this discussion.

日本医療政策機構とは

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））。

日本医療政策機構 寄附・助成の受領に関する指針

日本医療政策機構は、非営利・独立・超党派の民間シンクタンクとして、寄附・助成の受領に関する下記の指針に則り活動しています。

1. ミッションへの賛同

当機構は「市民主体の医療政策を実現すべく、独立した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すること」をミッションとしています。当機構の活動は、このミッションに賛同していただける団体・個人からのご支援で支えられています。

2. 政治的独立性

当機構は、政府から独立した民間の非営利活動法人です。また当機構は、政党その他、政治活動を主目的とする団体からはご支援をいただきません。

3. 事業の計画・実施の独立性

当機構は、多様な関係者から幅広い意見を収集した上で、事業の方向性や内容を独自に決定します。ご支援者の意見を求めることがありますが、それらのご意見を活動に反映するか否かは、当機構が主体的に判断します。

4. 資金源の多様性

当機構は、独立性を担保すべく、事業運営に必要な資金を、多様な財団、企業、個人等から幅広く調達します。また、各部門ないし個別事業の活動のための資金を、複数の提供元から調達することを原則とします。

5. 販売促進活動等の排除

当機構は、ご支援者の製品・サービス等の販売促進、または認知度やイメージの向上を主目的とする活動は行いません。

6. 書面による同意

以上を遵守するため、当機構は、ご支援いただく団体には、上記の趣旨に書面をもってご同意いただきます。

協賛（五十音順）

国立大学法人 政策研究大学院大学 グローバルヘルス・イノベーション政策プログラム
日本いたみ財団

About Health and Global Policy Institute

Health and Global Policy Institute (HGPI) is a non-profit, independent, non-partisan health policy think tank established in 2004. In its capacity as a neutral think-tank, HGPI involves stakeholders from wide-ranging fields of expertise to provide policy options to the public to successfully create citizen-focused healthcare policies. Looking to the future, HGPI produces novel ideas and values from a standpoint that offers a wide perspective. It aims to realize a healthy and fair society while holding fast to its independence to avoid being bound to the specific interests of political parties and other organizations. HGPI intends for its policy options to be effective not only in Japan, but also in the wider world, and in this vein the institute will continue to be very active in creating policies for resolving global health challenges. HGPI's activities have received global recognition. It was ranked second in the "Domestic Health Policy Think Tanks" category and third in the "Global Health Policy Think Tanks" category in the Global Go To Think Tank Index Report presented by the University of Pennsylvania (as of January 2021, the most recent report).

Health and Global Policy Institute: Guidelines on Grants and Contributions

As an independent, non-profit, non-partisan private think tank, Health and Global Policy Institute, (the Institute) complies with the following guidelines relating to the receipt of grants and contributions.

1. Approval of Mission

The mission of HGPI is to improve the civic mind and individuals' well-being, and to foster a sustainable healthy community by shaping ideas and values, reaching out to global needs, and catalyzing society for impact. The activities of the Institute are supported by organizations and individuals who are in agreement with this mission..

2. Political Neutrality

The Institute is a private, non-profit corporation independent of the government. Moreover, the Institute receives no support from any political party or other organization whose primary purpose is political activity of any nature.

3. Independence of Project Planning and Implementation

The Institute makes independent decisions on the course and content of its projects after gathering the opinions of a broad diversity of interested parties. The opinions of benefactors are solicited, but the Institute exercises independent judgment in determining whether any such opinions are reflected in its activities.

4. Diverse Sources of Funding

In order to secure its independence and neutrality, the Institute will seek to procure the funding necessary for its operation from a broad diversity of foundations, corporations, individuals, and other such sources. Moreover, as a general rule, funding for specific divisions and activities of the Institute will also be sought from multiple sources.

5. Exclusion of Promotional Activity

The Institute will not partake in any activity of which the primary objective is to promote or raise the image or awareness of the products, services or other such like of its benefactors.

6. Written Agreement

Submission of this document will be taken to represent the benefactor's written agreement with the Institute's compliance with the above guidelines.

Sponsored by (in alphabetical order)

Japan Pain Foundation

National Graduate Institute for Policy Studies (GRIPS) Global Health Innovation Policy Program (GHIPP)

Note







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

グローバルビジネスハブ東京

TEL: 03-4243-7156 FAX: 03-4243-7378

Info: info@hgpi.org

Website: <https://www.hgpi.org/>

Health and Global Policy Institute (HGPI)

Grand Cube 3F, Otemachi Financial City,

Global Business Hub Tokyo

1-9-2, Otemachi, Chiyoda-ku, Tokyo

100-0004 JAPAN

TEL: +81-3-4243-7156 FAX: +81-3-4243-7378

Info: info@hgpi.org

Website: <https://www.hgpi.org/en/>