

武林	<p>応大学公衆衛生の武林と申します。私は疫学をやっている、秋山先生と今あった地域での緩和ケアのプロジェクトでも一緒にやっています、主に評価をする。特に、その中では患者、それから遺族を含めた評価ということと一緒にやらせていただいております。よろしくお願いします。</p>
岩瀬	<p>東大病院緩和ケア診療部の岩瀬でございます。的場班長の命令でデータの管理を主に担当させていただき予定でございます。本日に限りましては、研究プロトコルのほうも発表させていただきたいと思っておりますので、厳しい御意見のほどよろしくお願いいたします。</p>
的場	<p>では、よろしくお願いいたします。除痛率について、私がかかわっている研究の中での位置づけと、さまざまな研究がどんなふう構成されているかお話をし、やろうとしていることの全体像をわかっていただければと思います。</p> <p>第3次対がんの的場班が最初に始まり、ここでは新規の苦痛緩和の治療法として、がんの腹膜播種に伴う痛みに対するリドカインの効果、脊椎転移に伴う動いたときの激しい痛みに対するケタミンの効果などを、動物モデルで鎮痛メカニズムを解明していくという研究しています。個々の症状緩和治療法の開発です。この中で、膝炎の激しい痛みのモデルの痛みを鎮痛できるようなモルヒネ量でもがんの腹膜播種のモデルの痛みは鎮痛できない。しかし、リドカインを併用すると大変よく鎮痛できることがわかって、臨床にかなり近い結果が出て、リドカインはやはりがんの腹膜播種の痛みにきちっとしたエビデンスをもって有用だと言えるのではないかとということが今年までにわかってきています。</p> <p>骨転移痛の動物モデルでは、大腿骨のモデルがありますが、脊椎転移のモデルというのが今まで存在しなかった。これも昨年、モデルとして確立して、乳がんの細胞をラットに植え評価をしています。この脊椎転移で生じる激しい痛みもケタミンが非常に効果的に痛みを抑制することがわかりました。ケタミンはNMDA受容体拮抗薬ですが、NMDA受容体は、痛みの伝導路の裏道みたいところをブロックします。NK801というNMDA受容体だけをブロックする薬剤を使ってもこの痛みがとれない。しかし、ケタミンでは痛みが取れる。これはどうも今まで言われている鎮痛と違うメカニズムがあるということがわかってきています。</p> <p>それから、痛みがあるとその後眠れなくなる。強い痛みがあると、もちろんうるさいと眠れない、明るい眠れないなどと同じように、眠りを妨げる刺激として痛みが考えられがちですが、神経障害性疼痛などの痛みがあると、神経のシナプスの周辺でギャバが枯渇してベンゾジアゼピンがほとんど効かなくなり、大量に投与しても効かないことが起こることが実験動物でわかりました。</p> <p>一方、神経障害性疼痛の患者さんで、ガバペンチンを使っていると、非常によく眠れるという方がいます。ここから基礎の研究が始まりましたが、痛みもとめながら確実に睡眠の質を上げて、日中の覚醒の質を下げないということも今回わかっています。この基礎の研究の成果は近日中に雑誌に発表されます。つまり3次対がんの班では、がんの痛み治療とか症状緩和治療の、難しく困っているところのパーツをつくっている。治療のパーツをつくっているということになります。</p> <p>がん研究開発費では、吉本先生と協力させていただいている治療アルゴリズムを作成しています。がんの痛みの治療法というのはWHO方式が基本。非常にシンプルですけれども、</p>

実際の患者さんでこの人のこの場面で薬をふやせばいいのか、効かないから鎮痛補助薬を出せばいいのかという判断基準はWHO方式には全く載っていないので、それができるといふようなアルゴリズムを今つくっているところです。知識とか治療技術を現場に導入するための道具をつくっているというようなことになります。

知識とか治療技術を現場に導入したあとが除痛率班です。結果、評価方法として患者さんの痛みがどれぐらいとれたのか。その医療機関はどれぐらい十分に充実させているのかということの評価する方法を作成するのがこの班ということになります。

もう一つ、がん患者必携を、がんセンターではつくっています。最初はすべてのがん患者に配るということでしたが、今後本当にすべての患者さんになるかどうかはわかりません。がん患者必携の最初のドラフトのものは見本品ができましたし、出版をされるということは決まっていますが、この中にはがんの診断から治療、再発、終末期に至るまでいろいろな情報があります。地域情報もあります。この中でがんの痛みとか緩和ケアに関する情報だけを実際のフィールドで緩和ケアチームが介入するときに使って、患者さん、ご家族にとって足りない緩和ケアやがん疼痛治療の知識ってなんだろう、情報ってなんだろうということもこの班でやろうと思っています。

これらのリソースを投入して評価をするフィールドとして、ご協力をお願いできているのが青森県立中央病院を考えています。青森県の都道府県がん診療連携拠点病院です。

ただ、1か所だけでやっても、それは普遍的にはアルゴリズムがいいということにも、除痛率としてもどうかということとはわからないので、恐らく他の施設とのある比較程度の比較というものが必要になるのではないかとこのように考えているところです。

この除痛率というのは結構、患者会の方々と話をするときによく出てくる言葉ですけども、実は調べてみると、余り実は定義がはっきりしていない。みんなの痛みがどれぐらいとれているのか。とれている人がどれぐらいいるのかということなんです。

除痛とは「痛みが取り除かれていることと患者本人が評価するものであって、ただし、痛みがなくなった、無痛とイコールとはここではしない」ということです。除痛とは、痛みの強さの変化に対する改善の程度を示す表現の一つであって、痛みの治療への満足度を表すものではないです。逆に今度、除痛されている状態というのはどういう状態か。患者の痛みがなくなった、あるいは、日常生活の中で痛みの影響をほとんど意識しない程度に軽減していると主観的に感じられる状態が一定期間続いていることである。除痛率とは、痛みのある患者が痛みに対して治療効果をもたらす治療やケアによって、痛みがなくなった、あるいは日常生活に影響がない、気にならない程度に改善した状況と考えています。

日常生活の中で痛みの影響をほとんど意識しないとは、痛みあるが生活を妨げない程度、支障にならない状況を指すということです。日常生活の中で痛みの影響をほとんど意識しないというのは、我慢ができるという痛みではありません。まだ痛みがあるのだったらもう少し生活しやすいうにしましょうかと言うと、患者さんは我慢できない痛みではないんですね、というふうに言うんですね。我慢できない痛みというのは、十分に痛みがとれている痛みという状況とまたちょっと違うカテゴリーにあって、多分、その痛みの治療をそれ以上受けることに対するディフェンスがあるのかなというふうに思います。ですから、痛みを我慢して生活しているのは、十分な鎮痛というふうには評価しないということです。

除痛されているとは、一生懸命頑張ってくれている。頑張って治療している姿に満足しているという治療の姿勢に対しての満足とは、全く別のものと理解をしています。つまり、医療者の努力への評価ではなくて、痛みの軽減という治療成果に対する評価であるべきということになります。痛みが十分にとれていない。しかし、これ以上の痛みの治療を望まないという患者さんいます。痛みをとると、がんが悪くなったときにわからないのではないかなどといわれます。ただ、こういう（誤った）インフォメーションが改善される、こういうことに対する痛みの治療は大丈夫だよということをインフォメーションすることも施設の努力に含まれていると思いますので、痛みが残っている状況というのは、本人が望むと望まないにかかわらず、除痛されているという状況には含まない。つまり、除痛されていないという評価をするということになります。

除痛とは、痛みがある人に鎮痛薬、注射であったり看護であったり放射線治療であったり、もちろん手術もあるかもしれません。リハビリをして痛みがなくなったり生活に影響がない程度に弱くなったという人たちを除痛されているというふうに考えたいというふうに思います。

ただ、先日の議論にもありましたけれども、では、手術患者はどうするというような議論もしていく必要がある。除痛というのは痛みの強さの変化に対する改善で、満足度を表すものではない。オキシコンチンを始めて、「痛みは十分とれているの？」という質問に対して、「ありがとう。まだ少し痛いよね。動くとつらくてね。でも、一生懸命診てくれるし、皆さんの治療にはとても満足しているわ」というのが除痛ではない。でも、治療に対する満足度は高いということです。これに関するデータは海外の調査研究にも表れているので、後で吉本先生の発表の中に出てまいります。

除痛率をどのように考えるのかというのは、患者さんにすなわち中身を聞かなければいけません。どういう質問をするのかということに直接影響してくるのですが、これは前回のキックオフのときに示したのは、がんの痛みとは、がん患者の体験する痛みすべてです。放射線の治療や鎮痛薬などで痛みがとれている人もとれていない人も含んで、十分に痛みがとれていますか？という質問。あなたの痛みは十分とれていますか。つまり、痛みということの原因を潜在的に持っている患者さん全体の中で、「十分痛みがとれていますよ」と答えた患者さんの割合というふうに考えるか、分母は同じですけども、分子が「痛みがなくなった」、あるいは「日常生活の中で痛みの影響をほとんど意識しない程度に軽減した」という質問に変えるかどうか。このほうが少し明確ではありますが、ちょっと毎日聞くにはややこしい文言かなという感じがします。

これは最初のときに、この議論を進めていくに当たってメンバーにお願いをしたことですが、簡単にまとめました。まず、どうしても共有しなければいけないことというのは、除痛あるいは除痛率、除痛されているというのはどういうことかというのがこの班のこの研究の根幹にかかわるので、この定義の集約は何が何でもしなければいけないと思います。合意形成をしないで進むと、これは除痛率としては適当ではないのではないかと思います。合意形成をしないで進むことはできないので、最終合意形成までに十分に議論をしていただきたい。

除痛率に関しては、日々の臨床の状況をタイムリーに反映できる除痛率というもので

	<p>ある。データ収集は、看護師、事務の負荷を増さないということのできるようなシンプルなものであること。除痛率は非常にシンプルな定義で、つまり、がんの患者さんで痛みのある人、あるいは痛みのあった人の中で、現在質問して痛みがとれましたよ、痛くないですよと言った人の割合ですよというのであれば比較的簡単だと思うんですけど、そういう市民に容易に理解できるものでなければならぬ。要するに、いじくりまわして難しいもので、現場で使っても患者さんたちが理解できないものは余り意味がない。</p> <p>それから、副次的な測定項目が当然必要、たくさん必要だというふうに思います。それは研究として、この除痛率がほかのどんなものとパラレルに動いたり、結果が合わないのかということを確認する必要があるわけですので、そういったことは評価としてはたくさん必要だと思っています。</p> <p>繰り返しになりますけれども、班としての合意形成をして研究を開始したいと思っていますし、最終合意形成の後に意見の食い違いが出ないようにしたいと思っています。たくさんの専門家、臨床家もいます、公衆衛生であったり統計であったり看護研究であったり、QOLの研究をしたり臨床研究をしたりとそれぞれですけれども、立場を超えてみんなで共有できる定義を決めて進んでいきたいというふうに考えています。</p> <p>以上です。何か御質問は、きょうのところでありますか。</p>
東	<p>前回は議論があったと思いますけれども、多分、タイミングといたしますか。いつの時点でというのが分子も分母もちょっと考えなければいけないことかなと思いました。それぐらいです。</p>
武林	<p>その議論が一つあるのと、あとは、既にとれている人から情報をとるというのは結構大変なものではないかと。今、ここで言うと放射線、がん治療、鎮痛薬で痛みがとれている患者さんを入れなければいけないのですが、それをどう聞くか。さっきの話と同じですけども、どうさかのぼってどういう聞き方をするかによって恐らく変わるのではないかと。もちろん、みんな経過をとられるのでいいとは思いますが、その辺は研究となればある決めをしなければいけないという気がします。</p>
的場	<p>センターの中で統計の先生（山本清一郎先生）とちょっと話をしましたが、定時を決めて朝1回はかかったら、それは除痛率なのかということ、それはわからない。除痛率かもしれない。でも、研究成果としてまとめてみたら、はじめは除痛率ということで始めたけれども、実は見ているものはこういうものだったという結論になる可能性はもちろんある。だから、患者さんたちの痛みの治療成果や、病院全体での痛みの治療への取り組み結果と結びついていけば、それはそれで意味のあるものだと思う、というようなことはおっしゃっていただきましたが、朝から晩まで痛みの評価を拾うわけにいかないの、聞き方が重要とのことでした、例えば「この1日の間に」とかというのを毎朝聞くとかというふうなことにどうしてもなるのかなと思います。</p> <p>この辺に関しては、一番弱いときと平均と強いときで随分違いがあるなということのデータが吉本先生から後で提示をしていただけたらと思います。後は、例えば手術をして1日以内の患者さんを入れるかどうかということ。ICUであったりとか、そういう特殊なユニットは比較的除外はしやすいと思います。数もそんなに多くない。一般病棟でこの日の</p>

	<p>朝ここにいた患者さんは、基本的には質問する。あるいは、昼にした患者さんは質問するという形にしないと、手続きがややこしくなればなるほど、多分できなくなるので。</p> <p>あとは、岩瀬先生とか吉本先生とか、秋山先生、何かありますか。</p>
吉本	<p>これはどこかに根拠というか、*****4枚だけ*****みたんですけど、これはどこからきたんですかという質問にどう答えましょう。このディフィニションはどこから（聞き取り不能）あるんですけど、ペインリリーフもややこしい*****。こんな感じなんですけど、はっきり学際的なものを書いてあるかという、余りはっきりしないですね。</p>
的場	<p>ペインリリーフの定義自身がないからね。</p>
吉本	<p>ここでつくったということなんですか。</p>
的場	<p>それでいいかどうか。</p>
吉本	<p>自覚して、おれたちがつくったんだということ。</p>
的場	<p>古田さんから見て、痛みがとれているというのはどういうことですかね。除痛されている</p>
古田	<p>まず、メディアの立場から見ると、例えばこの下の定義を出されて、これが何を意味している数字かというのは、まずメディアの人間にわからないですね。</p>
的場	<p>普通の人にわからないということですね。</p>
古田	<p>ということは、それを記事に書くときどう説明していいのかがわからないのです。今、議論の流れを聞いていけば、要するに過程の中で評価するのか、それともある1点をとって、過去にさかのぼってその経緯を踏まえて出ている数字というのをうまくまとめた表現というのが、最終的にも考えるのが多分、私が実際に何かこれを書くときの仕事になるなど思ったのが一つ。</p> <p>それから、先ほど吉本先生がおっしゃったことは私もちょっと気にしましたが、それはもちろん、この場でつくったんだというのは全然それでみんな納得というか、みんなというのは我々ですね。患者側やメディアが納得しますが、そのときに、先行研究というのはそんな的場先生にお伺いするとならないことでしたので、同種の研究がこれまでない。同じようなことを統計から見た例がないというのでここでつくりましたと言え、それはみんななるほどと納得いただけるのではないかと思います。その二つですね。</p>
武林	<p>これをどう考えるかで、結局、がんに罹患してから今に至るまでを分母としてとらえる。つまり、長いスパンの中で、それは病院も変わるわけですね。それも含めてとるのか。その病院の成績として見るのかによって、それだと多分入ってきてから出ていくまでの間での痛みがあるという定義に多分なるでしょうし、それによって多分表現も変わって、何を知りたいのか。もしかしたら余り大変ではない人だけ診ている病院は、自分のところに入ってきて出ていくまでだったらいい成績を出せるかもしれない。それでいいのかと、定義が常にいろいろなので、多分、何種類か同じこの定義でもあり得て、そのどれを使って何を表現するかというのはこの後で、我々はかろうと思えばいろいろな聞き方を決めておけば、がんにかかっている今までの間に痛みがありましたかということをもとにして、今どうですかということ、この病院に入ってからどうですかと聞くとか、きのうからきょうでどうですかという聞き方によって何種類も多分できるので、そこをどう短く決めるのか。</p>
的場	<p>もともとは、毎日聞くことを想定しています。よく眠れましたかとか、そういう朝1回聞く</p>

	<p>もの。1週間前の痛みを記憶することはかなり難しい。ですから、毎日聞いていく中で毎日の数字が出て、それが平均されて行われていく中で1週間とか1カ月とか積み重ねるといいのではないかと。だから、1カ月に1回看護師さんたちが頑張ってその日はいろいろなことを聞かなければいけないというような方法よりは、昨日から今日にかけて痛みが十分とれていて感じていますかという質問に「はい」と素直に答えられるということだけを積み重ねていったほうが、痛みの記憶としても確実だと思います。がんが起こってから今までなんて、つらい体験は気持ちとしてもするし体としてもするし、それを追っていくのはなかなか難しいと思います。</p>
秋山	<p>きのうからきょうにかけて痛みとれていきますかという、常に前の日が比較になるというイメージですか。</p> <p>この24時間という、研究だとそういう聞き方になるんですけど、きのうからきょうにかけてという質問で多分いいと思います。</p>
東	<p>そうすると、がん治療で痛みがとれている患者さんというのは、きのうあったけどきょうとれているという人がここに入る。</p>
的場	<p>そうですね。あるいは、とれ続けている人も入っている。例えば、以前に放射線治療を受けて、そのときの痛みは問わない。今の痛みの状況が問題なので、過去に強い痛みがあったり中ぐらいの痛みがあったり弱い痛みがあっても、放射線治療をしたりがん治療や手術や、あるいは継続的に飲んで鎮痛薬で痛みがとれている人は、潜在的にもともと痛みがあった人という中に含めたほうがいいのではないかと思います。でないと、どこでその人たちを切るのかということがなかなか難しいので。</p> <p>ただ、今入院してきた時点で痛みがあった人というふうなことをする方法もあると思うんですけど、そうすると、入院時点でどうだったかといって個々の患者さんにひもづけをしていかなければいけなくなるので、どうしても難しくなるので、それこそ強さは関係なく、今までこの病気が診断されてから何か痛みがあったという経験がありますかといって「イエス」と言った人たちも、だから有痛患者の分母の中に含まれるという考え方のほうが、後を追いかけていくのいいのかなと思います。</p>
武林	<p>そこが一番あいまいになりそうですね。それこそ手術は痛かったというのは、24時間なんか見て議論したときに、やはり過去の記憶になると、結局聞くほうは結構苦勞するのではないかと。</p>
的場	<p>ただ、分母のときの痛みは強さではなくて、あったかなかったか</p>
古田	<p>では、分母のほうは、かつて一度でも痛んだことのある患者さん全部。</p>
的場	<p>だから悩ましいですね。そうすると、逆に言うと今、鎮痛薬をずっと何カ月飲んでいて痛くない人も入るし、ちょっと痛い人も入るし、逆に言うと、がん治療で昔痛くて発症したけど、抗がん剤使ったらがんなくなって痛みがなくなってしまった人も有痛者になるんですけど、一般的に僕たちが診ている患者さんの中でこの人たちを有痛者に入れるかという、多分入れないです。この人、痛みの原因ない人というふうに、痛みがとられてしまった、あるいは消失してしまった人になるので。</p> <p>ただ、個々に時期が違ったり細かく聞かなければいけないというのは、入院のときにスクリーニングをするような何か調査を必ずすれば、患者さんが今までどんな病気しました</p>

	かというのと一緒に、何かの調査をするということをしなればいけないのかもしれないですし、多少そういうバイアスが入ってしまうけどそれらを入れたほうがいいのかどうかという。
東	逆に、とれている患者さんを追いかけてやるとどう定義がいいかとややこしくなるんですけども、そっちは置いておいて、かわりに何か痛みに対して治療している患者さんという、無治療だけど痛い患者さんにしたほうが、何か分母が簡単に決まるような気がするのですが。
的場	痛みの治療をしている患者さん。
東	痛みの治療をしている患者さんと、無治療だけど痛いと言っている患者さん。
的場	そうすると、痛みに対して放射線をかけた人というのは、かけている人とかけた人ということですけど。
東	それもかけている人に限ったらどうかと思いますけど。それでも痛くて鎮痛剤飲んでもいけば、それは分母に入るわけですけど、放射線だけかけて、それでかたまってよくなりました。もう治療は必要ありませんという人は別にいいのではないかと。そんなにフォーカスあてる必要ないのではないかと、ちょっと今、思いつきですが思ったんですけど。
的場	そういう考え方はあるよね。 一年前がんとって、3カ月ぐらい痛くて寝られなかったけど、あれは鎮痛剤を使って今は、痛みはありませんという人は入らないわけですね。 ちょっとPMIみたいな考え方が入るかもしれませんが、痛みがあるのに治療を受けていない人たちの割合というのも結構問題にはなるよね。こんなに痛みの治療を受けていない人がいるというような数字として出るのには意味がある。
武林	この病院のもし痛みのコントロールを見たいのだったら、ある今回の病院への入院の期間中で、どこかで毎日聞いていく中で、痛みがある、出たと答える人を分母にして、その中で最終的に、どの時点でもいいですけど、痛みがあるなしというふうにしてやれば、今みたいな議論ができる。やはり、右側の過去のことを入れようと思うと大変なので、それはまた別に全患者の中で過去にどうだったかとどこかで聞けば、それはそれでトータルの数値でどうか出ると思うんですけど、この目的がある程度その病院の除痛に関する何か評価をしたいのであれば、かえって過去のことを入れることによってわからなくなるのではないかという気がしますよね。
的場	そのほうがすっきりするかもしれないですね。
武林	目的によっても違う。がん患者がどういう痛みを経験するかというのはトータルだと思うんですけど、この施設、この治療ということだったら、むしろすっきりするような気がします。
的場	例えば入院した時点、あるいは外来で痛みがあつて痛みの治療を受けている人全体の中で、十分に痛みがとれている、とれたというふうに認識している人と。
東	<u>痛みのないのに入れる</u> ということですね。入院期間ないしは通院期間中に。
的場	どこかで決めないと、多分今まで、毎日1点だけを聞いてもしょうがないと思うんですけど、先生が言われたのは毎日この24時間ということですか。
東	毎日、その1点でという。その日にきのう。
的場	過去は関係なく、あなた、痛みがありますか。

東	「はい」と答えた人プラス、今、痛みの治療をしている人。終わった*****それが全体で分母というふうに考える。
的場	痛みがあると答えた人だって全部分母ですよ。
東	分母に入りますし、分子は痛みに対して治療を受けて、今ないという人。治療を受けている。受けた人で、ないという人。
的場	痛みがあるけど治療を受けていない人というのは、独立した数値としてまた考える。
東	そうですね。分母は痛みがあると答えて治療を受けていない人プラス、治療を受けている人。痛みが関係なく治療を受けている人。分子は痛い人。そこでのポイントポイントで完全にパンとってしまっているのかなど。
的場	吉本先生はそれでどう。もう一回考えてみましょうか。
吉本	それはものすごくコアのところ*****。うちは今のところ3施設ですとやっているのは、今言ったように24時間で、この24時間以内で痛みがあったか、あるいはとれてしまったかということですね。
的場	それは多分、余り変わらないですよ。今のと。
吉本	そうすれば8時間前に入院した人というのは*****。1カ月ぐらい前に入院したんだけど、24時間のことを聞けばいい。ワンデーサーベイランスという。
的場	毎日やっていけばいい。独立して、50人だったら毎日50人だから、10日間やったら50と考えるのか。10人いたら100というふうに考えるかは別にして、要するに独立したものとして毎日やっていく。
吉本	武林先生が今すごくいいことを言ってくれた。確かに、見ているものは何か。生涯そのがん患者さんが亡くなるまでにどういうことを味わったかという調査ではないので、やはりプロスペクションに見ているものであれば、*****ということですね。
的場	またちょっと除外するものはどうするのかというのは考えたいと思います。では、秋山先生。
秋山	<p>今、お話を聞いていて、参考になるか微妙な感じなんですけれども、きょうは自己紹介がわりというか、ちょっと前回ぎっくり腰で参加できませんでしたので、どういうことをやっているかということも含めてお話しさせていただきたいと思います。きょうお話しするOPTIMの調査で、これ、プロトコルとか質問紙とかは宮下先生とモリタ先生が中心につくられたもので、質問紙の内容等については適宜宮下先生に補足いただきながら御紹介させていただきたいと思います。</p> <p>OPTIMの4地域のベースライン調査として、患者さんは一応進行がんということで、再発または転移のある20歳以上の外来患者1,691人に質問紙を配りまして、回収率は約50%。項目によって833から718だったんですけれども、ごらんのような方たちが回答してくださっています。年齢は、約半分が60歳から74歳で、60歳未満の方が25%、75歳以上の方が26%ということ、残り半分を占めています。性別は男性が57%、女性が43%でした。返してくださった方の平均痛みスコア、これは24時間の痛みを、「全く痛くない」0から、10点が「これ以上の痛みは考えられない」までで、24時間のうちの最も弱い痛みと最も強い痛みと平均的な痛みについて答えていただいたものの平均スコアということに</p>

なります。

あと、パフォーマンスステータスということで、0が症状なく社会活動の制限を受けていないというものから、1が軽い症状で、軽い家事とか座っての仕事ができるというもの。2は日中の半分以上は起きていられて、何とか身の回りのことがこなせるということで、3になると半分以上横になっていて、4は1日中横になっているというようなステータスで答えていただいています。ごらんのようになっています。ほとんど痛みとか症状、そんなに活動が制約されていないという方が多く回答してくださっています。(スライド)

ここからざっと結果で、第1回のとときに武林先生が御発表されたのとデータセットは同じなんですけれども、今回ちょっと痛みのステータスなどを入れて、まずこの1枚目は医療用麻薬に関する知識について、どのような違いがあるかというオッズ比を表したものです。女性のほうがモルヒネなど医療麻薬に対する正しい知識を持っていない方が多いということがわかりました。ただ、痛みのスコアとモルヒネに対する知識というのは余り関係がないということが示されました。

また、一番右側の ケアエバリエーションスコアというのは、これはやはりモリタ先生とか宮下先生の研究グループで、日本でしっかりバリデーションされたスコアということですが、医師が提供する身体的ケア。看護師が提供する身体的ケア。それから精神的ケア。あと、意思決定のための説明をしているかどうかというのと、あと、医療者間の連携とかケアの継続性について、今申し上げた5項目について、それぞれ3項目ずつ質問をしまして、計15項目に関して6件法で、「改善すべきところが大いにある」から「全くない」までの6件法で尋ねてまして、その項目ごとの平均スコアの合計というのを0点から100点満点に変換したものですけれども、やはりよいケアを受けていると感じている人たち、80点以上の群というのが誤解も少ないということがわかりました。あと、麻薬が命を縮めるというのは、やはり御年配の方ほど多いということです。(スライド)

次は緩和ケアに関するイメージということなんですけれども、緩和ケアは苦痛とか痛みを和らげてくれるものだということのも、やはり受けているケアの質が高いと主観的に感じている方のほうがそう思っているという結果が出ましたけれども、それ以外の部分というのは余り統計的に有意差は見られませんでした。(スライド)

次は在宅緩和ケアに対してどういうイメージを持っているか。安心して過ごせるとか、病院と同じように苦痛を和らげることができるとか、急な変化があったとき夜間に対応してくれないのではないかとか、あと、往診してくれる医師がいないとかという質問を聞いたんですけれども、これについては、女性は自宅では余り安心して過ごせると思っている人が少ないということが一つ明らかに出ているというのと、あと、痛みがある人というのは、在宅に対してもやはり不安を持っていらっしゃる。病院と同じように苦痛を和らげることができるとは思っていないという方が多いという傾向が示されました。あと、ここでもやはり受けているケアの質が高い、BPSが高い方のほうが自宅でも、在宅でも安心して過ごせる、苦痛をとってもらえるというふうに感じているという傾向が示されました。

あと、ちょっと不思議だったのが、年齢が上の方のほうが、ちょっとこれは解釈がよくわからないんですけれども、夜間に対応できない\*\*\*\*\*。(スライド)  
今回書いている論文は、地域で療養することに対する安心感ということについてなんです

	<p>けれども、この表は差を表しています。オッズ比ではなくて差を表していますけれども、痛みスコアが高くなると療養の安心感が下がるということが示されています。この療養安心感スコアというのは下のほうにちょっと書いてありますけれども、「安心して病気の治療を受けられる」「余り苦しくなく過ごせると思う」「苦痛や心配に十分対処してもらえると思う」「いろいろなサービスがあるので安心だ」「安心して自宅で療養できる」の5問について7件法で回答した合計スコアなんですけれども、ごらんのように、現在の痛みというのと療養に対する安心感というのと関係が示されています。やはり、ケアの質が高いと安心感スコアも上がるというようなことが示されています。(スライド)</p> <p>最後ですけれども、今申し上げたことですけれども、受けているケアの質が高いほど治療用麻薬に対する正しい知識を持っていますし、また、緩和ケアに対するイメージも高いということがわかりました。受けているケアの質とともに、痛みが少ないということが地域で療養生活を送ることへの安心感に関連しているということが示されたということです。</p> <p>痛いとか家に帰れないとか安心ではないということは関係しているということがこの調査である程度見えたんですけれども、これは進行がんの患者さんということで、ある程度再発等経験されて、今後痛みについて予測がある方たちだと思うので、今回、今後我々がやっていく除痛率というのがどういう方たちを対象にやっていくのか。あともう一つは、伝え方とか介助方法というのは今後検討していかなければいけないなと思いました。</p> <p>今、的場先生の最初のプレゼンテーションであったんですけれども、無痛と除痛は違うとか、あと、我慢できる痛みであるかないかということ意識しないということは異なるというようなお話がありましたので、ちょっとそのあたりというのをどういうふうにとっていくのかというあたりも検討していかなければいけないと思います。余り参考にならなかったと思いますけれども、これで終わらせていただきます。</p>
<p>的場</p>	<p>ありがとうございます。除痛と無痛の話は、無痛は多分議論がないところだけど、除痛って痛みが取り除かれることだから、除痛されたら痛みがないんじゃないのという考え方が当然あって、それも僕はありだと思っているんですけど、つまり、除痛率という言葉を考えるには除痛ということをまず共有する必要があって、除痛率から考えていくと、除痛という言葉の定義の中に無痛イコールだと多分除痛率というのは完全に痛みがなくなった人というような定義になってしまって、それはクリアカットなんですけどものすごい低い数字になるんですね。WHOの成績でも、十分に痛みがとれている人というのが海外の報告は多くそうだったと理解しているので、ちょっとそういうふうになっている。それが一般的な定義というわけでは実はないということ。</p> <p>緩和ケアは、その痛みのことに関するのはすごく多分情報としては大事、この班では大事だと思うんですけど、つまり、除痛率が高い。ちゃんと痛みがとれていると、一般の人たちは緩和ケアについてどう感じるかという裏返しがり立つかわからないですけれども、緩和ケアというのは何をやるものかというと、痛みを和らげるというふうになっている人が年齢問わず大体みんなそう思っているということでもいいですかね。これは。</p>
<p>武林</p>	<p>年齢に影響はないということですね。</p>
<p>的場</p>	<p>これの定義のところ、ケアエバリエーションスコアについても一回ちょっと済みません。教えてもらっていいですか。</p>

秋山	ペインスコアは過去 24 時間の痛みのステータスを聞いているもので、過去 24 時間の最も強い痛みについてと最も弱い痛みについてと平均について、0 から 10 まででスケールで答えてもらっているものの平均ということになります。
武林	これはオッズ比なので、ペインのスコアが 1 点上がると痛みや苦痛を和らげると感じている人の割合が 0.88 倍になるという意味なのですが、統計的には有意ではないので、期待していたのはこのスコアが上がれば上がるほどきれいにそういうふうにする人がふえるみたいなことがあれば、この数字がもっと低くなればいいなと思って一緒にやってみたのですが、ちょっと入れ方がこれは 1 点から 10 点そのまま点数で入れているので、もしかしてグループに分けて 3 群ぐらいにして分けるともうちょっと出たかもしれませんけれども、この統計処理の中ではスコアをそのまま入れて、1 点の変化に対するオッズ比の変化みたいなことになっているので、方向としてはペインのスコアが高い人のほうがそう思う人が少なくなっている傾向はあるんですけど、統計的には全然意味のあるものにはなっていない。そんな感じですかね。
的場	あと、このケアエバリエーションスコアと痛みを和らげるというこの関係は、いいケアを受けている人ほどそういうふうに感じている。
武林	これは逆転しているかもしれません。一時点のデータなので。
秋山	ケアを受けているからこう思っているのか、こう思っている人がそうなのかというのはわからない。
武林	項目が、医師は痛みなどの苦痛に対して一生懸命やってくれている、速やかに対処してくれているみたいな項目なので、そう感じているから緩和ケア*****かもしれないし、どっちが*****わからない。
宮下	やはりよくやってもらって痛みも緩和されているから、よくやってくれているから緩和ケアはいいものだと思っているというふうに見えるでしょうね。
武林	全体として、ケアに対して満足度の高い人というのは、痛みや苦痛もちょっととってくれと思っているというのが自然な解釈かなということでそういう動きで一応解析をしてあって、そんなに大きくは変わらないと思っはいるのですが。
吉本	現実には和らげようとし続ける。
武林	これは質問のときに聞いていたので。
秋山	和らげるように努めている。医師はあなたの体の苦痛を和らげるよう努めているというので 6 件法で、「改善すべきところが大きいある」から「全くない」まで。
東	痛みを和らげるという回答が、ペインが高い層が有意でないにせよ下がるのは、ペインが高いからうまくいっていないじゃないかと結論するメカニズムがあるのではないかと考えたのですが。それから、オッズ比が低いのは元々が高いんじゃないですか。有意に余り差が出ないというのは、みんな緩和ケアが一応苦痛を和らげるものだと知っているから、だから基礎値が高い。
古田	これ、全体の母集団は 718 から 833 ぐらいのうち、A の 753 とか 740 はこう答えているわけですね。だから、極めて高い数字がもともとと言える中で。
武林	この n は 800 何十人のデータなんですけど、丸をつけていただいている方がいらっしゃる。欠損値が結構あるので、この 753 人という方たちがいずれも進行期のがん患者さんと

	<p>いうだけです。みんなが痛みがある人とか、痛みや苦痛を和らげる人という意味では、これは済みません。分母のことです。質問票が厚いので、どうしても抜けてしまう方がいらっしゃるの、それを除くと有効回答が753というだけの意味です。</p>
古田	<p>クリアな人でイエスと答えた人というのは。</p>
武林	<p>この中、ちょっと今、データ別に見ればあるんですけど。もし必要があれば。</p>
古田	<p>イエスと答えた人が5割の中でこれだけ*****のか。それとも、もともと9割ぐらいが*****のかというのはいちよつとこの中では。</p>
武林	<p>ここではわかりません。</p>
的場	<p>例えば、除痛をした人たちはケアエベレーションスコアが上がるというほど甘くはないのね。つまり、それがいい緩和ケアを受けているという代理指標になるかどうかということも多分検証していかなければいけないと思うんですけど。</p>
武林	<p>すごい大きな目で見れば、病院ごとに同じような患者さんが来たとして、除痛率のスコアとその病院平均のCSのスコアというのはいまうまういけばきれいに。ちゃんと除痛をしている除痛率の高い病院は、ケアエベレーションスコアの平均値が高いということはある。</p>
的場	<p>強い痛みを体験した人が改善したグループで見るとそういう傾向は非常に強くなるのか、それはないでしょうね。では、どうもありがとうございました。それでは、吉本先生。</p>
吉本	<p>部数が多いのでちょっとブラウジングになりますけど、御勘弁ください。私はこれ、的場班の中で除痛率の検討とPETの*****プロダクト効果と*****効果ということです。結局、麻薬の話をもっと先にしますと、だれが調べるかということ、結論から言うと緩和ケアチームと麻薬担当の薬剤師がセットにならないとなかなかできない。何のために何をするかということ、がんの痛みをとるためにどれだけの麻薬が使われているか。全体量は割と役所に届けるのでわかるんですけど、何%ぐらい本当に使っているか。日本はがん患者さんじゃないふえてきたし、がんは呼吸困難に対しても使うこともあるし、オペにも結構使います。そもそもがんの痛みは何割ぐらい使っているのかというデータは欲しいところですね。</p> <p>どうやってという話ですけど、基本的にまたこういうプロトコル。意外とこれ、全体の何割かということは大変なので、プロトコルとしてIRBに出して*****させて95%信頼区間を出せばいいかと思います。</p> <p>ちなみに、4月5月というのはちょっとパイロットをいくつかやっていて、薬剤師って結構医者と一緒に入れかわるらしいので、4月5月はなかなか難しいというので6月以降、しかも長い間だと結構これは大変なので、6、7、8、9、せいぜい3カ月ぐらいだろうと思っています。</p> <p>さっき除痛率、班長のほうから、ちょっとまとめておきました。基本的にこの二つの言葉は、実は小論文のレベルだと間違えて使っている人は非常にたくさんいるので、ある患者さんがA院にいます。入院患者さん全部で痛いという人が100人いたとして、ここにいろいろな痛み止めをやって何人とれたか。*****どれだけ十分とれる(聞き取り不能)。とにかくとれた人が80人だとすると、除痛率は80%。こういう中間的な除痛率と、さっき言ったワンデーサーベイで、きょう例えば16日にその病院に何人いた。ここだと原病名多いでしょうけど、*****現在痛みがありますか。おさまっている痛みがありますか。この二つの合併集合がVバランスオブペイン。痛みの有病率と言ったほうが、有痛率と日本</p>

語で訳されることが多いのですが紛らわしいので、有病率のほうが良いと思います。そして、十分とれていませんか。満足という言葉日本語で言うと、英語だと satisfied with pain control という言い方をすれば紛れがないですけど、日本語でこれをとると満足できているときという、日本語だとやはりどこにかかるかがいいかげんなので、満足という言葉はさっき班長が言ったようにその時々記憶が混じってくるかもしれないので、基本的には満足という言葉は\*\*\*\*。これはやはり英語のほうが良いなど。

このパーセンテージ、さっき言ったこっちが分子でこっちが分母ですね。この割り算が除痛率。これは、早速ですけど、第2日赤という私のここの患者なんですけど、ここで2人、2カ月頼んだらやってくれました。どれぐらいがんの痛みを使っているかという、電ガスを全部あけてチェックしてくれて、月の全体がこれだけで290から280。85%ががん疼痛だというレポートきたんですけど、日常的に見ると、実はこういうものの中には麻薬の中で院内患者用の処方、入院患者さんに出した麻薬と外来に出したものをいっしょくたにしていますので、85%前後になっていますけど、もうちょっと少なくても80%前後ではないかと、今、計算し直してもらっているところです。

これが、このあかぎ先生がやってくれた仕事ですけれども、ここにがんでない人はないので、手術か検査の麻薬か外来の院内処方ということになります。こういうふうにして計算をして、これは的場先生が監修してくれた換算表ですが、4.5%が疼痛か呼吸困難。95%が疼痛か呼吸困難ということになります。これ以外が手術とか\*\*\*検査とかそういうものですね。痛みではない。ただし、これの中にも外来用の院内処方が入っているので、これももう少し、95%よりは少ないと。これはやはりキャンサー分か一般分かで変わってくる。

前も言いましたけど、氷山の上を評価するための下のところのラダーを順守したりチーム医療で麻薬をどれだけ使っているかということの評価しないといけない。最終的にここだけ評価すると、さっきみたいに不公平ですよ。いい患者さんばかりとってどんどんどんどん外来出すようになったりよそに紹介していればどんどんよくなるので、今後どういうことを\*\*\*\*。

By the Ladder ペインマネジメントインデックスというのがあって、これは日本では今のところ2施設しか行われていませんけれども、ラダーをどれだけ守っているか。ちなみに、イギリスのほうといったとき10%切っている報告があります。一般病棟で9%。日本はこの辺までくればいいかなと思いますけど、まだまだ数字の差が大きいですね。それから、For the individual と Attention to detail のことは、日本だとこういうものは薬局の調査ですけど、ありかいさんという人が4分の1ぐらいしか\*\*\*\*。完全除痛率というのは、この班で言っている除痛率。除痛率の中には、3分の1以上よくなったものを除痛できたという定義もあって、そっちは今回は入れない。我々が言っているのは完全除痛率。でも、完全除痛率というとなかなか難しいので、いわゆる除痛率。

さっき満足という言葉が出てきて、なぜまずいかということの表れですけど、基本的にどうも欧米での痛みのスコアのカテゴリーは、ここに痛みの強度と除痛のとれ方と被害に対する満足度そしてペインマネジメントインデックスさっきのラダーの遵守その四つに置かれていると。これでどれを取るかによってすごく数字が違ってくるのがわかっています。

	<p>強引に日本語に私が訳した。これは全然日本語の翻訳の*****は出ていません。Pain Intensity 強さはこれはご存じのとおりで、Pain Relief Score スコアとって、痛みは治療でどの程度保てますかを日本語に強引に訳すとこんな訳で、6段階スコアになっている論文が多いですね。complete から逆に悪くなった、worth。効かないか逆に悪くなったというのは不十分治療ということになっています。だから、強いて言えば、我々が使っている除痛というのはどの辺なのかというのは、強いて言えば左二つなのかなと思いますけれども、6段階評価をまたこれどんどん複雑化しますので、今回はその患者さんの*****行動を超えて痛みがとれたというペインリリーススコア、2段階はPain Relief Score スコアとなります。</p> <p>それから、ペイシェントサティスファクションスコアというのがあるって、疼痛治療にどの程度満足しています。「疼痛治療に」というのは治療のプロセスなのかアウトカムなのかがわからないのでどうなるか。これは治療への一部に近くなってきて、これもやはり同じ6段階で右二つが。さっき言ったのはこれ。これはオランダ緩和医療の先生たち 300 例を外来でとって、これは同じ人をとればいいですけど、一人の人間がこれだけ差があるということ、どんなスコア。人間の負担よりもメジャーメントのほうでこれだけ違うんだということですね。さっき言った除痛スケール 16.2 とここにありますがけれども、「全く変わらない」もしくは「悪くなった」という人が 16%いるということで、84%がとれているという意味ではない。満足度もそうですね。PMI もこれぐらいということがわかっています。</p>
的場	満足していない人が 32%ということですね。
吉本	していないというか、さっきの不適切な、6段階の右二つに当たります。全然満足していない。逆に、要するに悪くなったという人たち。これが 16%。
的場	ということは、確認するけど、平均的な痛みの、平均数の痛みの治療が不十分な人たちが 6割いて、最悪の痛みの人たちが 90%ということ。
吉本	最悪数は 5 以上ですね。
的場	5 以上の人 が 9 割いて、平均的な痛みで 5 以上の人 が 6 割いて。
吉本	今痛い、ライト*****が 3 割。
的場	でも、それが満足度スケールで不満足だという人は 3 分の 1 しかいないということね。だから、満足度で聞くと、結構痛みがとれていなくても「不満足」と人たちが答えない 3 分の 2 ぐらいいるということだね。
吉本	<p>満足度というのは、やはり完全に上のほうで頭打ちになる。だから、逆にこっちでやらなければ。やはり Pain Relief Score でやるほうが心理のためにはいいのかなという気がしますね。</p> <p>先生はとていい人だから。吉本先生は腕は悪いけどハートがあるから*****ということになる。やはり成果、点数ですね。一生懸命やりましたというものはかなり歪んできてしまう。</p> <p>これは中京病院で 2 年半前からやっている MRF 5 以上、平均痛ですけども、やはり意外なことに 5 人に 1 人、多いときは 3 人に 1 人は 5 以上、1 日、ワンデーサーベイをすると。これはもういつか発表しなければ。もう 2 年半データがたまっているのでどこかで発表しなければいけないのですが、思ったより悪い。だから、さっきのオランダの外来を</p>

	<p>見ると3人に1人は5以上なので、決して欧米もそんなに理想的なものではない。オランダは最近たくさん緩和の論文出てきているんですけど、余り成績はよくないと。正直なところ****。</p> <p>さっきこういったPMIとってペインマネジメントラダーですね。痛みのあわせて幾らという痛みどめを使うということをどれだけちゃんと守っているか。例えば、痛みが最高に痛いののに痛みどめを全く出していない。そんなないと思いますけれども、そういうことって1日ほっておくとマイナス3が付けられる。痛みが非常に強いときに麻薬を、モルヒネですね。強オピオイドを****以上出していれば、それは一応PMI3になってマイナス防げる。量は関係がないわけです。カテゴリーだけ診ている。</p> <p>しかも、これは何か足し算してマイナスのデータ出して****かなと思うのですが、なぜかマイナスのパーセンテージ、ネガティブPMIパーセンテージということですが、これをマイナスが全部の中で何パーセンテージかを見るのが国際標準で、2~3年に1会まとめてレビューが出るんですね。最近アジアからもいっぱいぼつぼつと成果が出ていて、日本もそろそろまとまったものにしたいなと思っているんですけど。今回のことで、もしかしたら出せるかもしれない。これも一緒に****ということで話し合いを進めています。さっき、4カテゴリーの中のこれですね。</p> <p>そういうことで、このPMIは欠点もあります。国際評価ができるのは結構なんですけれども、日本の場合アンダーボードもかなり多いので、オキシコンチン5・5出してものたうっている人もゼロなのかということで問題はありますが、国際評価というのがやはり一番大きいです。それから、割にほかのものに比べて計算がしやすい。過去に日本のデータが二つあるので、中京病院で今やろうとしています。プロトコルを（聞き取り不能）思っています。</p>
宮下	宮下班ですよ。
吉本	<p>また伺います。プロダクトの評価はパーセントテンリリーフで十分とれている。無痛の人は十分とれている。患者さん自身が****2。ソードはクリアテン2パーセンテージ。さっきの点は、やはりこうやってみると5が多いので、7以上というのも結構ありますが、5でいいのではないかと思っています。ADL障害はWHOにあわせて****それぞれに障害を****評価しています。</p>
的場	<p>徐痛率に関しては、さっきディスクッションにあったものに修正していかないといけないですよ。要するに、入院時点でというか、その日に痛みの治療を受けている人と、痛みの治療を受けていないけど痛みがある人が分母で、分子は十分に痛みがとれているというのでいいですよ。今、痛みの治療を受けている患者さんプラス、痛みの治療を受けていないけど痛いという人が分母で、分子が、要するに十分痛みがとれているというふうに。それで統一をとりあえずしていいかどうかもう一回今日の議論で考えていきましょう。</p>
吉本	<p>Pain Reliefとしては、痛みどめを****というのは****乱暴過ぎるので、ほったらかさせている人も入れるんですね。</p> <p>あと少しだけ、言いたいことは終わりましたけれども、基本的には紛らわしいものをいくつか。ペインリリーフスコアという、さっき****でしたけど、日本ペインクリニック学会のホームページからもってきたんですけど、ブロックする人をショートレンジ</p>

	で見ているので、処置をする前の痛みを 10 としたら、ブロックをした、何か点滴をしたときにどう痛みが取れたかというようなことをペインリリースコアというそうです。
的場	10 なら 5 の範囲ですから。21 とかではないので。
吉本	<p>一応これ、いろいろな*****出しているものなので。*****さっき言ったプロセス評価ですね。アンケートモニター。そして、オピオイドの場合はバイ・ザ・ラダーかフォ・ジ・インディビジュアル。すなわち、フォ・ジインディビジュアルだけくっついてしまっている、この二つで。バイ・ザ・プロップとか*****は多分そんなに関係ないだろうと思うですね。</p> <p>麻薬消費量けれども、これは評価指標になるかとちょっと皆さんに問いかけですけれども、日本の場合、ショート***ドーズで患者さんが苦しんでいるからこんな班をつくって皆さんいろいろ頑張っているんですけど、フォ・ジ・インディビジュアル*****可能なんですけど、日本は公的に保険で、イタリアなんか結構貧しくて麻薬が出せないからのたうっているというようなことがありますけれども、基本的にまだまだ公開討論ではないので、出せるのに出せないという問題があるので、これを評価指標にしてもいいのかという部分ですね。アメリカでもイタリアでも、報告がありましたように、日本でこれフォ・ジ・インディビジュアルと麻薬消費量を落として*****</p>
的場	除痛率とリンクさせないとわからないんじゃない
吉本	除痛率はプロダクトなので、*****
的場	になるかどうか見てみたら。決めないで。
吉本	<p>ちなみに、なかなか*****大分前ですけど、*****けど、1.5 キログラム。中京病院の患者*****。かなり少ない。こないだ長崎県の長崎大学に行つて来て、そのリュウ先生に*****をもらってきました。長崎県の麻薬消費量、これはキログラムですけども、大分ふえてきて、2000 年には 10 キロだったものが約 25 キロ、2.5 倍にふえているんですけど、これはなぜふえたかという、やはりノーベルドラッグが出てきたので、プロモーションにそなえてバスキュラレータ、ポンと一つ高いところに、*****上ったんですね。オキシコンチン入れたらまた引かかったということなので、もしかすると医者意識というよりは便利な薬ができたから麻薬の消費量がふえたということなので、その辺のところも少し今後フォローアップするときに頭に入れておかなければいけないと思います。対策基本法ができて、チームがスタートしても余り変わらない。それはもうちょっと詳しく、長崎大学自体ですけど、それは 3.5 キログラムぐらいは*****やはり新しい薬が*****ことでまたぐっとふえて、長崎ネットとかOPTIMを使って外に出す*****出てきて*****。</p>
的場	それがまたふえているでしょう
吉本	<p>なぜかこの年のほうがふえているんですね。公式データは変わらないですけど。それはもっと頑張っているんでしょうね。可能性としては、入院のほうは余り動いていないので、極端に大量にモルヒネ入れている人がもうかったのではないかと思います。</p> <p>イタリアにも同じようなデータがあったので持ってきましたけど、オピオイドよりも、行政よりも*****パワフルだよという、イタリア人こういうのを書くの好きなんですね。いろいろな法整備をしても飲めなかったものが、使えるようになったら</p>

	<p>フェンタニルパッチだったら毎月うーんとふえてきた。だから（聞き取り不能）。ちょっと考え過ぎで、これは恐らくパッチ出たところでこうやって規制緩和を行ったので、ぐっとそれで上っていったというふうに考えるが。この人の論文のディスカッションは余り納得できないところがありますけどね。日本でも否定はできない。ノーベルドラッグと行政があわさって、使える*****もっていくんだと。</p> <p>これも同じですね。やはり、イタリアの国内消費はストロング*****出てきているんですけど、やはり右上がりになってきて長いトンネルを抜けたという名前の論文が出ていますね。出たばかり論文ですけれども、長いトンネルを抜けました。イタリアが、日本を抜いたということなんですかね。爆発的にふえたぞということ。これも、非がんを含んでいるんですけどね。</p> <p>それは集計していくときにシミュレーションを午後いっぱい使ってやってもらいました。それぞれ電カル持っていれば集計比率もくつついているので、行政統計とかマイナスシステム引き算して処方量を計算することが可能ですが、1年毎月やれと言われたらちょっと勘弁してくれなので、二月から三月、頑張っって三月ですね。緩和ケアチームの薬剤師と麻薬系の薬剤師が合体すればできるだろう。</p> <p>ここもまた問いかけですけれども、期間のところでは何例ぐらいいかまた計算してもらうことになるんですけども、何例ぐらい集めるとさっき武林先生から今度*****パーセンテージですね。麻薬の痛みどめに何割使っているかということ。95%*****出すことにバリディティがあるのかということですけども、確かに私個人としてはそれがわかっていけば、電カルないところとか、ほかの病院でもいちいち検査しなくても大体の*****ができるので、これを調べれば期間の*****施設が頑張っているという評価になるのかなという気がします。もちろん、患者数とさっき班長が言われた除痛率の3点セットですね。3点セットでその麻薬と*****を3点セットすれば、まじめにやっている病院とふざけている病院のカテゴリーができるのではないかなと。どうですか。これ、結構大変です。3カ月間といえども、パーセンテージを出す。でも、頑張ればできる。バリディティがあるでしょうね。</p>
<p>的場</p>	<p>システムを変えないでやれば独自に計算しなければいけないけど、要するにがんの患者さんの拠点病院でがんの患者さんのオピオイド消費量をきちんと出しましょうというふうになれば、それは多分台帳管理がそういうふうになるので、研究としては別に毎月やってもらってもいいと思うんだけど。参加するところは毎月やってもらってもいい。</p>
<p>吉本</p>	<p>試しに2～3時間やってみたんですよ。これは大変だと。手作業なので、痛みに使っているかどうかいちいち電カルを開けて、この患者さん知っているとか、そういう*****わけです。非がんオペを全部。3カ月ぐらいならこう。でも、出すべきですよ。このデータ。過去には海外も含めて日本の報告はない。</p> <p>何が言いたいかというと、日本ではほとんど非がんにはまだまだ使っていないので、非がんのことを考えなかったら、大体オペさえ除けばいいのではないかという、近似値ですけど、こういういいかげんなことでもいいのかも。きちっとしたものを頑張っって出したほうがいいのか。海外は逆に、あれだけ非がんに使っているからこのデータあってもよさそうですけど、なぜかないですね。</p>

	<p>それから、これはくだらないことですが、処方したから消費したとは限らない。これは調べようがありませんので仕方がないですね。それから、やはり患者と*****年間の*****役立つためにも必要なのだろうと思います。</p> <p>結局、患者さん自身にとっても行政にとっても病院の患者さんにとっても、こういう消費の、さっき言われた台帳とかプロトコルがしっかりしたときに*****患者さんと行政の監査にとっていいのではないか。</p> <p>それから、これもちょっと決めていただきたい。この3種類以外の人の*****ですね。モルヒネとフェンタニルとオキシコドンの3種類で、海外はその三つのところが多いですけども、ほかの麻薬、ケタミンは論外としても、レフェタントラマールフェンタニル・コデインなどごろごろあって、いろいろな剤形があって、それもかなり劇薬らしいので余りデータがないのと、換算比をどうすればいいのか難しい。量がもともと少ない。検査とかオペに、そっちのほうに使うので非常に煩雑です。したがって、今後研究を進めていくのにモルヒネ OXC ペンタミン三つに絞って、*****中でレペタンも含むわけですけども、そういうものを評価して進めていきたいと思えますけれども、よろしいでしょうか。</p>
的場	<p>トラマールとコデイン除いていいかというのはちょっとわからない。トラマールこれからどういう動向になるかわからないので。結構な痛みとれるよ。</p>
吉本	<p>コデインもそういう意味ではそうです。</p>
的場	<p>ただ、コデイン面倒だから。</p>
吉本	<p>トラマールだけ例外。</p>
的場	<p>それだと恣意的だな</p>
吉本	<p>レペタンも非常にやっかいです。</p>
的場	<p>アゴニストだけにしたらいいと思う。トラマールもアゴニストだし、コデインもアゴニストだし、それはアンタゴニストというか、拮抗性鎮痛薬のレペタンとペンタジン除外して、アヘンチンキを鎮痛に使っている人ももういないとみなしていいと思います。</p> <p>オキシコンチンもがん疼痛のみが適応なので</p>
吉本	<p>だから、トラマール、コデインは多いのですが、この二つを集計すると、多分協力してくれる施設がぐっと減って、そうすると信頼とかの意味ががたった落ちるし、どっちを取るかですね。</p>
的場	<p>減るかどうかは班として協力要請をして、断られるかどうかで考えましょうよ。個別にあちこちに頼みに行ってしまうとだめなので、それはまた要検討で。入れたらだめだというふうにはここでは結論を出せないのです。</p>
吉本	<p>それから、外来と入院用のほうは電子カルテがあればできますね。呼吸困難に関しても(以下、聞き取り不能)。施設数に*****。</p> <p>それから、手術のカットオフをどうするかということですが、これは基本的に、量としては循環器のところ、神系のオピオイドをものすごい量を使っているのです。これをどうしていくかということと、別カウントすることは可能です。そうは言っても、がんの患者さんにこれを使ったら、フェンタニルがどれぐらいかということは、別ホルダー*****。</p> <p>それから、*****とるようなもの。前回もこれを言いましたけれども、</p>

	これは長崎大学のデータですけど、ガンサー、195 から始まっていますけれども、1,000 ミリを超えるか超えないかで、100 対 195 なんですけど、割合は何と約半分になる。つまり、超耐用の人をカウントすると、本当にみんな使っているのか。マスが大きいからなっているのか、全体を把握していないことになるので、全部入れてという大変なので、だから、何ミリグラム以上というカットオフ値をしないと。
的場	フェンタニルでしょう。ほとんど。
吉本	モルヒネも結構。
的場	この8人の内訳って、何を使ったかわかりますか。
吉本	ほとんどモルヒネ。8人全員、大量、1,000 ミリを超える静注のモルヒネだったと思います。フェンタニルをちょっとだけ*****。それから、静注でフェンタニルを大量投与基本的にできないので、ほとんど*****。どうしてもどこかで切らなければカウントできないので。
的場	多くの施設でその人たちがチョイスされたら、必ずどれぐらいいたらどうするかという。
吉本	だから、カットオフ値を決めておけば別ホルダーに入れてチェックできるので、それはそれで努力評価になると思うんですけど、1,000 ミリで切っちゃうとですね。個別に何ミリと1個1個チェックできないですからね。1,000 でいいですかね。
的場	ここでプレゼンしてここで決めろというのはちょっと
吉本	<p>換算比はさっき出てきた国立がんセンターの赤木先生がつくって下さった。バイオアビリティから計算できる。パッチの場合はバイオアビリティは***30%ぐらい。残り60%ぐらいは*****を外したときに捨ててしまうわけですね。そういうもの、バイオアビリティ、*****みんなバイオアビリティから計算して、*****。(聞き取り不能)。これはもう昔のデータなので、やはり*****ドラッグで*****。</p> <p>施設の消費量ですけど、やはり患者数がふえたせいではないということ、手術***を出してみたんですけど、手術件数とか死亡数とかそんなには伸びていませんけど麻薬は5倍になっているので、痛みどめに処方されるようになったのかなと。</p> <p>これは(聞き取り不能)見ているのですが、これも麻薬の消費量3.5キロぐらい。3.5キロのところ横ばい、こんな感じです。だから、全部5倍になっているかというそうではないんですね。だから、さっきの長崎大学病院と病床数とかプロパティがよく似ている病院なので、なぜかみんな3.5キロぐらいところでこういう大学病院的な、余り長く入院できないところは頭打ちになるのかなと。全部5倍になればシーリングになっているような気がします。もうちょっとふやすといろいろなことがわかると思います。</p> <p>これは400床の名古屋の県の拠点病院ですね。これもいろいろな、緩和ケアチームをつくったりいろいろなことを頑張ったら*****除痛率がよくなったというデータですが、麻薬の消費量は何倍になったかという、やはり3キロぐらい。病院としては切りたいので、3.5キロといいますと大体同じ。さっきの国立がんセンターもトータル量9キロですけど、病床数に直すとやはり2.5から3キロぐらいになる。だから、何倍ぐらいになるとシーリングになるのかというのは今後見てみないとわからないんですけど、ちょっと目安をつくっていくことができるのかなと。</p>

	<p>消費量を見ていくのはおもしろいですね。</p> <p>オペとどれだけ使ったか。5%前後なんです。それから、内服の消費量3キロぐらいで頭打ちになる。この1年間は9.3キロですけど、がん患者数で固定すると2.4キログラムから、やはり3キログラムで頭打ちになっている。どんどんどんどんふえていって、的場先生*****3キログラム。</p>
東	この補正というのはどういうふうに
吉本	<p>600床で全部がんなので。</p> <p>600床と言うのがここですよ</p>
的場	<p>ここ100%なんです。600人いたら600がんですけど、普通の病院は、例えば800床あったら25%ぐらいががんで、ということは、大体200人ぐらいしかがんの患者さんがいなくてという量なので、僕らの600というのは普通の病院で換算すると、多分2,400床ぐらいの病気だとがんの患者さんが600人ぐらいになるだろうという、ちょっと荒っぽいんですけどこのような感じで。だから、単純に見るとがんセンターめっちゃくちゃ使っているよねと言うけど、という感じ。</p> <p>ただ、もうちょっと言うと、うちは多分まだこれの1.5から2倍ぐらい余裕があると思っています。鎮痛の状況を見ていると。</p>
秋山	先ほどの病院の400床というのは、全部の患者さんが400ということですね。
吉本	<p>やはり、普通の一般病院は4分の1から3分の1ぐらいががんの患者というのはほとんど一定なので。そうすると、県拠点病院のレベルとか、むしろ我々のような一般病院のほうが5キログラムぐらいにふえているのかもしれない。そして、がんセンターレベルだと、やはり9キロから10キロぐらいで。やはり、プロパティは三つぐらいに分けて考えてもいいのかなと思います。やはり、成果評価していただきたいし、麻薬消費量をうまく使わないと、がん患者さんと除痛率と麻薬消費の3点セットをうまく使わないと効果が薄い。文献考察ですけども、今までは富安先生の*****文献考察ですが、これは平賀先生の国のデータで3回出ているんですね。87年に平賀先生がやって93年に志真先生がやって、99年に平賀先生がまたやったということで、これはだんだんよくなっているということになっているんですけど、これも安全に患者さんに*****ナースの印象評価ですね。これがネット上で公開されていた*****ですけども、明らかにナースの方が受け持ち患者さんの何割ぐらいというデータの平均値です。</p> <p>ほかにも本家さんがやっていて、これも同じようにほぼ完全に除痛が得られている患者数。これもナースが評価して、こんな研究視点があるところないですね。</p> <p>海外の分は、ほとんどプリバランス オブ ペインを出しておいて、そのシリアリティの分布を見る。さっき言ったように5以上とか7以上とか、そういうものの数字の条通として表れているものは少ない。ミラノのがんセンターが出している数字で、こんなふうに。質問者にアドホックに聞き取って、24時間痛みを感じましたか。イエスだった場合はさっき言った24時間ですね。やはり、24時間が一番多いようですね。痛みはどうか。</p> <p>行動経緯によってじっとしていたときとか動いたとき。これはWHOの3段階にランクづけをしてチェックをする。緩和ケアチームが月に一回ラウンドケアをしているわけですね。</p> <p>これもそうです。同じように。</p>