

	<p>これが除痛率に当たるものだと思いますけれども、ミラノの大学病院は4段階の除痛率を見えています。台湾も同じような除痛率を*****リュウエイと読むんですかね。先生が台湾の英語論文が出て、64%の除痛率が*****サーベイで出ています。これがサティスファイト書いてある。「満足」「満足しない」とか4段階にしているみたいですけど、これも完全満足なので、我々がやろうとしているキャンサー研究ではなくて、64%で平賀先生のデータに近いような結果になっています。痛みどめの効果ですね。</p> <p>サティスファイド・ウィズ・ペインコントロール、これをどう考えるかですけども、英語だとこれは確かに、満足度というよりは*****向こうも台湾語なので、こういうことがあったらちょっとよくわかりません。</p> <p>済みません。長くなりましたが、以上です。</p>
的場	御質問ありますか。
東	先ほどちょっとあった注1の施設麻薬量消費のうちの95%ががん疼痛への処方（聞き取り不能）何かということですね。
吉本	ポピュレーションをしっかりと出す意味は何でしょうと。
東	これは、出そうと思えば、普通にどこかではかれば出る。
吉本	前向きにやれば何とか。何となるんだけど大変。
東	大変は大変なんですけど。
吉本	ということで、ものが言えるかと言ったほうがいい。例えば、85%とか80%のことがもしわかったとして、そのことを使って何か役に立つのか。
東	おもしろいんですけどね。
吉本	今まで手をつけていない*****になるし、これだけでデータとしては意味があるでしょうけどね。しっかりわかれば、確かにこんな面倒くさいカウントはしなくていいので、*****を使って消費量*****。そうすると、あとは除痛率とがん患者との3点セットでちゃんとした*****データがわかる。
的場	慢性痛をどういうふうに考えるか、これからの問題として出てくるよね。
吉本	ふえていく可能性はありますね。
的場	<p>術後痛を分けることはできなくはないと思うんだけど、呼吸困難とか何かに使われている割合を含めて、そこまで細かく分けなければ意味がないかどうかですよ。がんの患者さんに使われている麻薬の消費量というか、これは僕、患者当たりで出さないと多分意味がないと思うんです。患者数で出さないと、施設ごとに患者数全然違うので、がんセンターのさっきの数字と、たまたま第二日赤と長崎大学が同じような数字だったけど、結構がんの患者さんをたくさん診ている施設と少ない施設では、当然拠点病院でも差があるので、やはり患者当たりにはしないと。</p> <p>がんの患者数は調べるわけだし、あるいは、がんの痛みの患者数も一応求めることになるわけだから。除痛率と聞けばね。痛みのある人当たりのオピオイドの消費量という見方をしてもいいのではないかなと思う。確かに呼吸困難に使うとかいろいろなことに使うと言うけど、余り細かいことを、がん以外に使っていると問題かなというふうに思うので。</p>
吉本	今、民間*****1割はがん以外に使っているんですね。5%ぐらいかな。循環器に大量に

	増員したら使うようになったと聞いていますけど。これががんに使った量。大体 95%ぐらいだったのが、9割を切ることがそんなには多くない。呼吸困難を分けない。たいがいそういう人は痛みもあるだろうからという考え方だと、随分仕事は楽になる。純粹に*****だけでモルヒネを使う人がどれだけいるかということですね。がん患者に使った麻薬、オペを除いて、これはオペを除いているんですけど、オペを除いて*****。
的場	循環器だと、持続的に使うことって余りない。
吉本	心不全の肺の*****とか、心筋梗塞で痛い、痛いと言っているとき。結構心筋梗塞に使う
東	今回縦断的に見るのであれば、持続的に使っているとか、1週間たったらまた使っているとか、何かそういうので見れば。
吉本	だから、結局この患者さんはこうだといって手作業になって、麻薬の係と緩和ケアチーム二人の薬剤師が協力すれば、何とかどんどんどんどん分離してデータを出すことはできる。それをシミュレーションでやってきましたけどね。結構大変。
東	麻薬の処方せんをバーッと電子カルテで抜くというのはできないのですか。
吉本	できますけど、何のために使ったかまでは書いていない。使用目的まではわからない。
東	それは継続的に使っているか、ワンショットというか、一発だけで終わっているか。何か処方のパターンみたいなものがわかれば、それなりの数。
吉本	毎日毎日カウントするので、そういえばこの人きのうなかったなど、結局、確かめなければいけなくなる
東	やはり、データの的には日付だけとかは出ないの。日付もデータとしてがさっと続けるということはない。
吉本	普通の*****例えば集計システムがあるとか。
東	そうしたら、何かそういう工夫が、パターンできないかなど。手作業で。
吉本	でも、やはり3日間でなくなったかどうかわからないですね。大変だということがわかりました
宮下	麻薬使用料を代理指標にしたいわけですよ。除痛率の。簡便な代理指標ができればいいと思います。いろいろやってみて、指標をどうつくるか。分母の問題と今、分子の問題と両方で、簡便でちょっと関連すれば、簡便なほうをとるほうがいいでしょうね。例えば、がん患者数で多分割らなくてはいけないと思います。拠点病院ならがん患者数が出るのでがん患者数で割れるのが一番いい。麻薬は使用目的を分けた場合と全体の場合で除痛率と関連するかを見て、分けなくても変わらないとなれば、簡便性をとったほうがいい。
吉本	最終的なプロダクトとして、呼吸困難を分離することが意味がないという結論になる可能性が高いと僕は思うんですけど。
宮下	僕はがんすら、要するに手術すら分けなくてもいけてしまうのではないかと思うぐらい
吉本	がんの手術はそうじゃないでしょう。
宮下	がん患者さんだけ分母にとるのだけはやっておけば、そんなに影響しないのではないかと思う。

吉本	基本的に名古屋記念のデータですけど、こんな感じで作ってきて、一時的に頑張ってもらってこのがんの中で呼吸困難がやはりない*****すればいいですね。
宮下	結構な数の施設に協力してもらって相関をとらないといけないので、それが大変。
的場	相関とか、すごく少ない手術とか循環器のことをそんなに気にするよりも、うんと低いところが、要するに除痛率が上がっていくプロセスで3倍とかの消費量になっているということに注目したほうが、1キロが3キロになっていくことの中で、当然10%使っていても、もともと1キロのときに10%だったのが、医療用麻薬のがんの介入がふえて3倍の消費量になったときに、呼吸困難に使うのが5倍とか10倍になると、とても普通はそうは思えないので、むしろ要するに悪いところが改善する指標として見ていけばいいので、気にしなくても僕もいいと思うけどね。
吉本	がん疼痛の*****。
的場	僕もだから、一番最初に吉本先生、手術分けなければだめなのって。手術その日にしか使わないから、使っても、だからこれでも10%とかそんなものだと思うので、10、15%ぐらいだから、大体どこかで細かく調べてみてもいいけど。
吉本	(聞き取り不能)。
宮下	例えば、患者当たりの麻薬量がものすごい使っている病院と全然使わない病院があるかという、そんなに変わらないのではないかと思う。おそらく除痛率も、病院でもものすごくは変わらないのではないかと思う。違ってくると相関がとれていいんだけど、余り違うところでこの相関を出していくのって、結構しんどい作業。nもいるし、ばらつきがあるかなというのはちょっと心配ではありますね。やってみないとわからないけれども。
吉本	もうちょっとふやさないとわからないですね。
宮下	いい結果、悪い結果というのがもつともってこない、うまく関連性が出ないような気がします。
吉本	このあたりは緩和チームがなかったので、トータルの量として散漫になっている。この右側は。
宮下	同じ病院ですよ。この研究班の目標は施設成績を評価する指標をつくらないといけないので、これで経時的変化だけでもものを言うのはちょっと厳しいと思います。
吉本	やはり、*****しかないですね。
宮下	それは多施設をやらないといけない。そのときに差が出るかなというのは心配ではありますね。
吉本	慢性の場合、*****ありそうだなと。
宮下	私の口からは言いにくいのですが、感覚的には*****。(ここは私も記憶に自信がないです。)
的場	では、ありがとうございます。次に行きたいと思います。宮下先生、よろしくお願いいたします。
宮下	東北大学の宮下です。よろしくお願いいたします。前回の班会議に出させてもらったときに、僕の課題は何かというと、疼痛評価をすることへの妥当性をデータで示すことというふうに言われたと理解しています。疼痛とQOLの関係で、疼痛の除痛をすること、除痛率が高い

ということは、QOLもその病院はいいんだよということデータを示すところが僕の役割だというふうに考えています。私が理解したミッションは、疼痛の程度もしくは除痛率をこの研究班で作ったが、それがQOLに与える影響を検討するということで、除痛ができればQOLもよくなる。だから、施設の除痛評価をすることは重要だし、それだけでかなりいろいろなことをわかるんだよということを出せばいいのかなというふうに思っています。

そのためには、本当なら経時的なデータが欲しいのですがけれども、ちょっと事前検査をして、僕の持っている既存のデータが、僕が19年から21年にやった研究班で疼痛とQOLを横断的にとったデータがあるので、そのデータを使って、横断データですがけれども、疼痛がQOLに与えるインパクトを検討しました。

どこでとったデータかという、埼玉医科大学の外来と緩和医療科の入院患者250人と70人。それだけだとちょっと病状が軽い患者さんが多いので、緩和ケア病棟にも協力してもらって、そちらでも76人として、このデータは全部こちらで解析しています。

疼痛のほうはインテンシティをとっています。BPIを使ってこのように最も強い痛み、弱い痛み、平均する痛みということをとっています。

QOLなんですけれども、このときにはもともとC15PAL、EORTCの15PAL御存じかと思いますが、QOLの世界的に最もよく使われている評価尺度はEORTCのQLQ-C30とファクトGだと思いますけれども、そのコア30の緩和ケアバージョンで15項目減らしたものです。ちょっと見にくいですが、上のほうは運動機能、アクティビティをとっていて、あとは痛みですとか呼吸困難ですとか嘔気・嘔吐、あと精神症状をとっています。最後に全般的QOL、全体的にみてどうでしたかという項目を足して、全部で15項目。本当はコア30だと社会機能とかそういったものもとっているんですが、緩和ケアバージョンで15項目少なくないと思えないよということで15項目減らしたバージョンで、この辺がなくなっていて、身体機能を重視した尺度になっています。QOL尺度はこちらを使ったので、こちらとの関連を見ました。C15PAL全体の合計をとって、それだと痛みをも含んでしまうので、それと関係ない全般的QOL、独立してとった項目との相関を見えています。

相関係数ですがけれども、合計点と全般的QOLのほうで平均疼痛と最大疼痛を見ても平均で見ても最大疼痛で見ても余り変わらない。最少疼痛で見た相関が余りよくない。C15PALと全般的QOLで言うと、合計点のほうがやはり高い。痛み自体も含まれていますし、アクティビティとかもかかわってくるので、全体的にはC15PAL合計のほうがちょっと高く、全般的QOLのほうがちょっと低い値になっています。

合計点の全般が結構相関高いのかなと思ってみたら、そんなに高くなくて0.4ぐらいだった。平均で見ても最大で見ても余り変わらないということで、平均のほうが感覚的には理解しやすいのだろうなど。平均と合計点の乖離は、相関係数で見ましたけど、カテゴリで区切って疼痛のBPIの、これは僕の書き方が悪くて、0、1、2、3と書いてしまいましたが、これは0と、1から3です。1から3、4から6、7・8・9。そう分けるのが一番一般的なのでそう分けました。その4段階で分けると、C15PALの得点はきれいにこういうふうに相関する。

平均疼痛と全般的 QOL これは痛みを含んでいないもの、トータルとして全般的に生活どうでしたかというのの得点も、まずそこそこに相関するということですね。

結果のまとめとしては、疼痛と QOL は相関係数が 0.4 ぐらいで相関する。疼痛は QOL にインパクトを与えているというのは間違いなく言えると思います。横断的には、平均疼痛、最大疼痛は QOL の相関がほぼいいので、そちらをとっていくのがいいでしょう。

C15PAL のほうが全般的 QOL より相関が高い。ただ、C15PAL は疼痛の項目が含まれているので、それも多少影響するので、全般的 QOL で出したほうがインパクトが大きい。

今後の課題ですけれども、このデータはまだ解析の余地があって、入院と外来を分けてみると、またちょっと傾向が違ったりするんですね。こういった既存データをもっと詳細に分析するか、また、既存データと書きましたけれども、宮下班のほうでこれから QOL をいくつかの方法でとります。それは多分外来を中心とすると思いますけれども、外来を中心として大規模に日本のがん患者さんの QOL データというのをとっていったりするので、それと同時にペインも多分 BPI の項目をとるので、そういったデータを使ったり、あと、宮下班で考えているのは受療行動調査という国の調査に患者調査のデータをリンケージさせて、がん患者さんの QOL を測定する。受療行動調査に今、緩和ケアの項目、痛みとか苦痛とかそういった項目と QOL の項目を入れる作業を厚労省と折衝しているからして、そういったデータを分析することによって、横断的なデータは宮下班のデータから提供できると。それを使ってこういった細かな分析ができる。コア 30 のところを使えば、今、かなり身体的な面が多かったけど、身体とメンタルと社会的な問題、それぞれに対するインパクトがどれぐらいかというデータが出せるということになります。

あとは、的場班的な、的場班のフィールドとうまくリンクしていけるとすれば、やはり的場班での除痛率の指標ですね。PMI になるのか、ちょっと僕もまだ、これから議論が始まると思いますが、的場班でつくった除痛率の指標、疼痛の指標と QOL のデータの関係を検討できれば、この研究班が提案する指標は QOL にこれだけで説明することができるというふうな分析ができる。そのためには QOL データがやはりある程度必要になる。

あと、本当にしたいのは、多分横断もそうなんだろうけれども、疼痛を軽減させたら QOL は上がりましたよというデータを出したいのだろうなというふうに思っています。それをするにはやはり追跡データが必要で、同じ患者さんを追跡して痛みをとって QOL を 2 時点とって、痛みがこれだけ多くなった人、QOL が上がったという話をしなければいけない。だから、QOL を追跡調査でとるのは、例えば 30 項目でやっても結構厳しいかもしれない、特に痛みが 5 とか 7 とか、そういう人たちに対して QOL データをとっていくのはちょっと厳しいかもしれないなというふうに思っているから、こら辺が的場班で僕はどういう役割をして、あと、どこまでが可能なのかというのをこれから御相談しなければいけないなと思っています。以上です。

的場

ありがとうございます。疼痛が QOL に与えるインパクトのデータというのは、多分この研究の中でやらないと、独立してやるとこれとの関係というのは直接的には言えないと思うので、ただ、例えば病院ホールで除痛率の調査をすることになると思うんだけど、その聞いた人全員にというわけには多分いかないと思うんですね。だから、抽出なんだけど、多分、宮下先生の QOL 調査のほかに、例えば東先生はこれを聞いてみたいとか、武林先生と

	<p>秋山先生はこういう項目を追加して聞きたいというようなことがあれば、分けてやるのか、一緒にあわせて調査を患者さんにするかというのは、全部ばらばらに出して足し算するとすごい宿題のようになってしまうと思うので、その辺は検討していただく必要があるかもしれない。やったほうがいいと思います。一緒に。それはわざわざそこまで行ってやるのでやったほうがいいと思うということと、先生の言う、さっき吉本先生も縦断調査のことを言っていましたけれども、縦断調査に関して同じフィールドでやるか、それとも縦断調査に関しては別フィールドを頼んでこちらで用意して協力してやるかというのは、ちょっと考えさせてもらっていいですか。</p>
宮下	<p>多分、これも1施設あればいいと思う。1施設というか、この中でNが確保されれば1施設でいいと思います。本当は、除痛率の施設データとQOLの施設データがあって、それで相関の検討ができれば一番いいのでしょうけど、多施設でQOLをとるのは多分現実的ではないので、1施設でしたところはどちらかという付帯研究というか、この研究班の意義をバックアップする研究なので、1施設でやればいいのではないかと思います。</p>
的場	<p>痛みがとれてすごくよかったなというのをとらえる必要がやはりあると思うんですね。だから、逆に言うと、宮下先生は難しいと言ったかもしれないけど、3とか4のそんなに痛くない、まあ我慢できますよという人の追跡をするよりは、5以上の人に限って、受けてくれるか取れないかというあれはあるかもしれないけど、もし追跡してコントロールの介入をしていったらこうだというのがやったほうがいいと思います。5以上というのは、がん疼痛の治療薬のレスキュードーズか何かの試験のときには5以上とかというのは結構やるんだけど、それなりにデータは集められるので、協力はきちっと介入して治療して、そのときの記録をしていきたいということをお願いすることは可能ではないかと思います。</p>
宮下	<p>もし可能であれば、縦断はやったほうがいい。 その辺が最終的に結果が出るのは3年目かもしれないかもしれませんが、1年目はざっと宮下班のデータで、横断から言えることを報告させていただく。それでよろしいでしょうか。</p>
的場	<p>何かほかに御質問ありますか。では、ありがとうございます。岩瀬先生お願いします。</p>
岩瀬	<p>東大病院の岩瀬ですけれども、ずっと本日ディスカッション聞きながら、ますます早く研究の骨子をつくっていききたいなと思いつつ参加しているんですけれども、除痛を定義したときに、その妥当性をやはり見る必要があるだろうということでコンセプトを一つ考えてきたので、報告させていただきます。 タイトルはこのように「がん患者における自記式除痛質問票の妥当性研究」としてあります。デザインは、疼痛の治療が必要な患者さんを対象に、300人に対し除痛の自己評価のための質問票を作成して、妥当性を研究していくということになります。 研究の背景、それから目的でありますけれども、アメリカンペインソサエティが疼痛患者のガイドラインといういろいろなレコメンデーションをだしておりますけれども、よく読むとペインインテンシティとペインリリーフ、その二本柱をヘルスケアチームが定期的に評価するということが大事だというふうに言っています。患者自身の継続的な記録、これは自記式の記録ということになると思いますけれども、ちょっと英語に弱いのでいい日本語が</p>

わからなかったのですが、incorporate というふうにしています。

そのペインインテンシティとペインリリーフという二本柱の評価方法については、シンプルで、かつ妥当性のあるものにしましょうということも言っていて、吉本先生が何度も出しているクリーランド先生の評価スケール、これが簡単で****報告があるということを行っています。

ですから、今後各施設の除痛率を調べていくとき、実際に患者さんに質問していくというのが想定されると私は解釈しているんですけども、その場合に、除痛が何であるかという定義をして、その妥当性を見た上でものを言わなければいけないのではないかと思いますので、除痛の有無を患者さん自身によって評価することが可能となるような、できればAPSのレコメンデーションに準拠した質問票を開発する必要がある。その作成した質問票の妥当性と再現性が検証されればいいのではないかとこのように考えています。

プライマリーエンドポイントは、APSが推奨しているように、我が国では緩和ケアチームということになるとおもいますが、そのメンバーによって強度と除痛、ペインリリーフを本格的に評価して、それをゴールドスタンダードとしてペインインテンシティとペインリリーフを定義して、その有無によって患者さんの評価したものとゴールドスタンダードを比べる。これをプライマリーエンドポイントとする。かつ、質問票の信頼性についても除痛の有無および登録前からの変化の有無に関して、評価者内の信頼性を担保する。セカンダリーには、強度と除痛の程度というのを患者さんの評価と****治療というのを、先ほどの（聞き取り不能）。その定義に基づいて、参加施設のそれぞれの除痛率というものが出せると思います。

選択基準ですけれども、これはいろいろな除痛の治療がありますので、それを全部するというのではなくて、提案としてはまず絞って、投薬をこれからする。しかも、疼痛のややこしいものではなくて、いわゆる****のモルヒネとかオピオイドしやすいものを想定して見ていけばいいのではないかと。しかも、疼痛の部位が何か所もあるとまたややこしくなるので、この研究においては1カ所だけあるものを見て、予後の十分ある人ということで、まずは調べていくというのはどうか。

私が考えたシェーマは、鎮痛剤をこれから出されるという痛みの患者さんに対して、鎮痛剤を処方されると1週間ぐらいで大体は落ち着いていると思うので、その辺でインテンシティとペインリリーフというものを調査して、これがいいというのではなくて、ここを定義していきたいというか、的場班でつくっていくことになると思いますが、それを質問票において患者さんに聞くのと、緩和ケアチームの評価という二つに分けて見ていく。経時的に4週間分それをとって、いろいろなここで変化があつて、タイトレーションがあつたりなかったり、新しく痛みが出てくる可能性がある。

一応MDASIを書いたんですけど、さっきの宮下教授の話を聞いて、ここをタグをこの辺で投入するとものが言いやすいのかなと思います。

結局、除痛の評価方法というのを、まず除痛というのを疼痛がなくて除痛程度が一番よいところを定義した上で、自記式の質問票と緩和ケアの医師と看護師と二つに分けて評価をするということを想定しています。ですから、妥当性については、同時期の質問票の回答と医師・看護師の評価についてそれを比較するということになります。信頼性、再現性に

	<p>については同じ患者さんの、直近の2回分の質問票の回答を用いる。</p> <p>こういった研究を考えたときに、大体300例、実現可能性を考慮して300例ぐらいのことを考えたときに、大体これではできないのではないかとというふうに考えます。300例を1年ぐらいで集積する。(聞き取り不能)。</p> <p>先ほど吉本先生が何度も言っていたサティスファクションについてですけれども、実はこの提案をするときに、最初私は満足度というふうにこれを訳してしまって班長から怒られたんですけれども、どうも我々の満足度というのと海外の満足というかサティスファクションというのと一致していないように、APSを読んでいるとだんだんわかってきて、APSのレコメンデーションで患者のサティスファクションといたら、もちろんペインインテンシティという言い方は入ってくるんですけれども、リリースの程度とインターベンションによる程度とか最大エフェクトとか医療者の印象、こういうものをもっと広い意味でのサティスファクションというふうに言っているように見えましたので、この辺で班長の言っているところの「満足度の表現は曖昧」という意味ではないかと思えます。</p> <p>以上が私の研究コンセプトの提案ですけれども、班長が示されていた除痛率の式の分母のところをばらばらにして、それぞれの除痛の妥当性を見るということになるのかなと思います。以上です。</p>
的場	これ、除痛率の研究をするのに自記式質問票の妥当性を問うという、聞き方の違うものをわざわざここで開発する意味というのは何なの。
岩瀬	除痛を調べるときに、患者さんに直接質問票を渡して、集計・解析するというのが負担になるというふうなことが前提として考えられます。
的場	「あなたの痛みは十分とれていますか」という質問に対して「はい」か「いいえ」で答える人にこれをさらにやってもらうということ。
岩瀬	そこはここの的場班でどう定義するかによって、それは私、きょうの時点でわからなかったもので、私はそこを適当に。
的場	疼痛強度はいいですよ。疼痛強度は別にいいんだけど、除痛程度をわざわざこういう形で聞いて、これが例えばバリデーションされると、除痛率にどういうふうに使えるの。
岩瀬	除痛率をそもそも疼痛強度と、英語で言うとペインインテンシティとペインリリースで定義するのではないかとというのが大前提なんですけど、それはAPSのガイドラインのところから。
的場	つまり、十分に除痛できている人というのは、ペインリリースからすると「よい」という人が何%ぐらいで、「ややよい」という人はもうちょっと少ないぐらいの人たちが除痛率としては除痛されていると答えているという中身ということ。
岩瀬	いや、そこを定義を的場班としてしまったときに、その患者さんの自記式の評価ツールでよいのかというところの妥当性研究なので、そこをよいとしたらそれでいいのかということ調べるものではない
的場	つまり、未完成のもの、これが本当に評価に耐えるものかというのをこれからやるんだけど、それに対して、また評価がよくわからないものを一緒に患者さんにやるということになってしまうんだよね。それとも、これはもうバリデーションされているもので、要するに除痛率の除痛されています、十分ですと言っている人たちの中身ってどんなのかということのを

	明らかにするということではないということ。では、何をするの。
岩瀬	患者さんに聞いた患者評価の結果で除痛率というのを言ってもいいのかという研究と考えています。つまり、APSは患者さんのペインインテンシティとペインリリーフをケアチームが評価すべきと言っていて、患者さんの自記式のものだけで評価をしていいとは言っていないので、どちらがゴールドスタンダードかといったら、医療者サイドのほうの評価がゴールドスタンダードであるというのが大前提。
的場	妥当性に関して、例えば医師による疼痛強度の評価とか、ナースによる除痛とか疼痛強度の評価はあるけど、医療者の疼痛強度の評価と患者の感じている痛みには乖離があるという研究は幾らでもあって、それをまたここでやる意味ってあるのかな。
岩瀬	患者さんだけに聞いて集計した除痛率を、乖離があるのに、それがそれでいいというふうに言うのかどうか。
宮下	やはり、今までの研究の流れは、医療者は過小評価するという流れで、常に患者のゴールドだという感じで進んできて。
岩瀬	それが逆転しているんですよ。ここで。私の提案は。
宮下	世の中の流れは多分、患者がゴールドでという研究がなされていて、これ、医療者がゴールドというふうにもって行ってしまおうと。
岩瀬	それは僕の考えではなくて、APSがヘルスケアチームの評価というふうに言っているので、そっちをゴールドスタンダードにしたんですね。それは、患者のほうがゴールドスタンダードでいいのであれば逆転してしまう。
的場	平賀先生等が実施した、ナースが自分の見ている患者の痛みはとれているかというアンケート調査の結果は正しいとして、例えばがんセンターでは6割、大学病院でも50%とれているという結果だけれど、張替さんのデータ*だと痛みは25%ぐらいしかとれていないというデータが出ていて、それも多分、同じ試験ではないけれども、医療者と患者の評価の乖離というのを言っているので、そもそも医療者はまじめに痛みを評価していないので、緩和ケアチームに評価させるといっても働いていない緩和ケアチームのほうが多いので、緩和ケアチームに聞くなんて何の意味もないと思うよ。依頼も来ないようなところもいっぱいあるので。 *明治薬科大学の張替ひとみ氏らの2005年の調査では、全国15の調剤薬局で、オピオイドが処方されている癌患者150人（外来通院中か在宅医療）の完全除痛率はたった23.0%。「無効」は54.7%に上った。
岩瀬	そういう現場の事情があるのはよく知っているんですけど、APSはヘルスケアチームの評価のほうをゴールドスタンダードとしている。
吉本	多分、フィジシャンメーカーにしろとは書いてあったっけ。
岩瀬	それは書いていないですよ。そこはフィジシャンのほうもメーカーしろということは書いてなくて、ドキュメントをちゃんと残せという。
吉本	フィジシャンメーカーをサポートして聞き出してデータをつくれって、データとしてフォローしなさいというのは、向こうの機能評価か何かの1項目ですよ。アメリカの。だから、そういうフィジシャンメーカーをしろということでは、レコメンデーションではないと思う

岩瀬	ダイレクトにはそういうことはどこにも書いていない。
吉本	だって、フィジシャンメーカーでないと。
宮下	このロジックでいってしまうと、がん性疼痛の施設評価は患者さんに聞かなくても緩和ケアのチームの医療者が自分の施設の評価ができるということになってしまうので。
岩瀬	多分、APSは、患者さんの訴え、記録も含めて包括的に評価をしろということを行っていると思うんですね。
的場	<p>医療者が評価するという話はちょっと置いておいて、疼痛強度と、どれくらいよくなったのかということを知ることで自体に僕は反対しない。だけど、疼痛強度の聞き方を「なし・軽度・中度・やや強い・強い」というふうにするか0～10にするかというのは、別に僕は0～10にこだわるわけではないし、ただ、「強い」というと結構NRSでやっているところからすると、上のほうはみんな「強い」になってしまうのでかなり大ざっぱな評価にはなるので、改善度を評価するのは結構大変になるにはなると思う。</p> <p>だけど、そういうふうにするのだったら、これは結構大きな統一なので、またそのことに対することの議論とか、要するにどっちがいいのかということはやってみなければね。</p> <p>スリーランドのやっている自己評価スケールの0～10と、5以上というのと、これらが相関するというのはそれはそれでいいんだけど、だったら別に0～10でやってもいいような気もするし、言葉のほうが患者さんわかりやすいといえればわかりやすいという気も僕もしているんで、どっちがいいんですかね。めちゃめちゃ痛いときに、痛みがないのはゼロで想像できる最高の痛みが10でというのはかなり不愉快な話だと思うので、いつも悩む。</p>
岩瀬	確認したいんですけど、ゴールドスタンダードはヘルスケアチームの包括的な、患者さんの記録も含めた、訴えも含めた総合的な評価という意味にとらえてよいのですよね？
的場	<p>意味は、僕の理解では、痛みの強さと痛みの改善と、それから日常生活の改善。痛みが与えるインパクトの改善というのが包括的な評価というふうに理解していて、ものすごくよくなったけどめちゃくちゃ痛いという評価はあり。そうすると、痛みのインパクトは改善していないというのが包括的にまとめた意味で、めちゃくちゃよくなったという痛みがなくなったみたいに聞こえてしまうけど、そうではないということを理解していたのですが。</p> <p>むしろ、痛みの強度とリリーフとファンクションというか、痛みの影響からの改善というか。ちょっと青森県中にどんなペインスケールのツールを持ち込むかという単純な話である部分と、それを使って出すということは、結構だからそれで痛みの評価が今後いくぞという、研究ごとに疼痛評価方法を変えるというのは適当ではないので。</p>
岩瀬	患者さんだけに評価してもらいましたというのでいいと？医療者は介入しない？
宮下	的場先生の役割は、今後もう、がん疼痛の評価はこうしましょうということをやったら、それを決めるわけですね。インテンシティの話はこの医療者の評価で決めるというのはちょっと受け入れられないのではないかと。さっき先生がおっしゃられたように、感度という面でも、一般的に33%の軽減もしくはNRSで2ぐらいで薬なら多少効いたというふうに、臨床的な差があるとしましょうとか、そういう議論がなくてNRSが今、現場で使われているのを見ても、多分5段階で聞くというのがスタンダードにするより、やはりNRSのほうがいいのではないかと。むしろ、除痛の程度のほうをどう評価するかというの

	をこの研究班では考えたほうがいいのかなど。
的場	別のグループをとって、どっちがいいかということのを並列で、その中で両方聞いてもいいかもしれないけど。どう思いますか。
武林	何をやりたいか次第のディスカッションだと思うので、センシビティ****を出すということ自身が、ここで言う医師が評価するということを中心に据えたものなので、その前提が成り立たないのであればちょっと意味は変わるのかなという気がしますけど、特にここに書いてある統合されるべきということとどっちかをゴールドスタンダードにすべきとは全然違うことだとは思っているので、ちょっと原文を読んだことがないのでよくわかりませんが、統合されるべきというのは実証に使いなさい、判断の材料に使いなさいということであるとすれば、ちょっと研究の意図とは違うのかなという気がします。臨床上、判断するときの材料の一つにしなさいという程度の意味であるならば、センシビティ****を出すこととは一致しないのではないかと思います。
的場	医療者の判断というのは、恐らくその患者さんの痛みの強さや改善度とか痛みの影響の評価を考慮して、そこからさらに鎮痛薬の量をふやしたり、別の方法をとったりというような介入方法を勧めるか、このまま経過観察をするか、それを維持量として決めていくかという判断が多分医療者の判断なのだろうなというふうに思うけど。ただ、それは総合的には治療を決定づけるものだとは思っただけ。
武林	医療者側のある強度とか程度の判断を除痛率の判断に加えることによって、疼痛の管理に加えることによって除痛率が上がるのかみたいなことは全然別のテーマとしてすごく重要だと思いますし、ガイドラインが言っていることはそういうことではないかという気がしますので、それはまた別の枠組みとして考えれば十分あり得ることだとは思っています。
吉本	そういう論文だというように****医療フィジシャンに正確なスコアリングを伝えるか伝えないかで差があるかという****それは余り変わらない。やはり、患者さんにしかわからない。
岩瀬	主観的なことだから患者しかわからないというのは当然のことだとは思っんですけど、APSのガイドラインは、包括的に評価すべきだというふうに明記してあるので、患者さんの訴えだけでいいとは言っていないと思う。それをやろうとしているわけですから、それでいいのか？そこは裏をとることはないのですか？
武林	さっきの宮下先生のほうの研究に関係して、除痛率というのはあくまでも主観なので、幾らやっても変わらないと思うんですけど、つまり、フィジシャン側のある判断が入ることで実は治療効果がより上がって、QOLが本当によくなるみたいなことに関係するファクターだという可能性はあると思います。除痛率があくまでも患者の主観なので多分幾らいじっても変わらないと思うんですけど、何らかのスケールがトータルではよくなるみたいなことは、医療側の判断が入ったほうがよりいいという可能性はなくはないと思いますけど。
的場	除痛率が上がらないときのバリアが医師の判断なんだということのを明らかにするには役に立つかもしれない。乖離のほうはできる。医師はこう思っていて、でも、患者さんたちの除痛率は余り高くないということは明らかにできるかもしれない。
古田	その場合は、先ほど武林さんがおっしゃっていたスペシフィシティとか、その言葉ともものすごく乖離して、あれは疼痛とかそういう、要するに何がスムーズかということが前提に

	ある問題の出し方なので、我々の受けとめ方としては、やはりお医者さんの判断が正しくて、患者さんがそれを上手に表現できるかどうかというお話だと受けとる部分ですよね。これが出てきた場合に。だから、それをスペシフィシティとかそういう言い方かで見られるというのは。
的場	<p>スペシフィシティではないですよね。WHOがずっと言っているのが、痛みの改善を最も阻害しているのは医療者の過小評価だ。その行動は、吉本先生が500例ぐらい僕らの仲間の病院で患者さんの症例集めてもらったけど、最も多いのが、要するに専門的なことがやれている緩和ケアチームで見ると何を最初にして最も効果的かということ、オピオイドが足りなくてふやしたことがほとんどの改善の最初のアクションですね。</p> <p>だから、こんなものなんじゃないのとか余り痛くないとかいうようなことだったり、医療用麻薬を増やせないとかという非常にベーシックなところに問題は多分あるので。だから、これが患者さんの評価単独よりは、並列して医師の意見とかナースの意見を聞いていったら患者さんたちの思っていることとはやはり違って、その後、医師たちの意識が変わって、患者さんもっと痛いんじゃないかなと思うようになっていったら、少し除痛率が上がったというふうになれば、それはそれで意味があるかもしれないなというふうには思うんですね。</p>
岩瀬	これは提案なので、これが一番いいというわけではなくて、患者さんの評価だけで進めるのかということ。緩和ケアチームの質が高いというのが私の研究の大前提で。
武林	先生のこの研究の中では、医療者が痛みを判断するのはどうやって判断するんですか。
岩瀬	患者さんに聞いて。
武林	そうすると、患者さんに聞いた情報がそこに入ってきて、患者が独立に持っている情報と比べることの意味というのはいまいちよく把握が。
岩瀬	そこは時間的に、自記式の評価を渡すタイミングが同時ではないので。同じ日のうちに評価する予定。どういうふうにすればいいかということ。
武林	医師が客観的に独立して評価しているものと、患者が主観的に評価しているものを比べるのであれば、どっちをゴールドにするにしても何らかのディスケパンシーも出てくると思うんですけど、ほとんど同じ情報源で患者の主観を医師が聞くか、患者が自分で表現するか。
岩瀬	そこは画像診断とかほかのいろいろな、医師のほうは。
武林	もちろんそうなんですけど、でも、患者から聞いてしまうと、幾らほかの客観情報があるとはいっても、基本的に医師がその人の痛みをレーティングするのに、ほとんどそこに引っ張られないですか。
岩瀬	引っ張られますよ
武林	それでこの一致を見ても。
岩瀬	日常診療の中で患者さんが痛みが10の10といったら、それって10の10なのかという疑問はもともとあるんですけども。すごく効いているように見えても、10を9とまでしか言ってくださらないというケースも経験するんです。
的場	そこがしたいのであれば、それは一つの意味だとは思いますが。
岩瀬	患者さんがすごく動けるようになっているのに、自己評価は常に高いというか悪いとか、そういう会話が日常診療の中でよくあるので。

宮下	だから、患者さんの状況を聞いたやつを医師がそれについて同じように合わせて評価すると、作為的に数字はどんどん上がっていくので、サイエンスとしてはよくないと思う。
武林	厳しいだろうなという感じはしますけれど。
吉本	*****は難しいですね。 ペインのインターベンションは全くお任せですか。
岩瀬	そこはここでは標準的なものがあるというか、ちゃんとしたものが行われるという、質の高いチームによって提供されるというのは大前提なので。いろいろな質の違うものがばらばらに入っているのは成立しない。
的場	医師の意識と患者さんの状況というか、患者自身の観じている痛みの評価の両方するのは意味があると思います。どんな方法であれ。例えば、それぞれのときにその医師はもう少し治療を進めたほうがいいと思っているのか、こんなものだと思っているのか、ちょっと過剰だというふうに思っているのかというような評価をすると、それはそれで意味があるかもしれないので、ちょっと岩瀬先生の提案とは違うけど、ただ、医療者が今の治療の状況とか患者さんの評価をどう思っているのかということは、ちょっと見てみてもいいかもしれないと思いますね。では、また相談します。ありがとうございました。
宮下	もし妥当性の研究をされるのだったらお願いしたいのが、実は我々は NRS を 0-10 で取るというのが本当に施設間で統一されて行われているか、どう聞くのがいいのを知りたい。要するに 10 はこれ以上耐えられるといっているけど、どこの施設でも NRS で評価するときは同じように聞いているのか。日常診療で、今後例えば日常的に施設評価をしていくときに、すべてアンケートはまだいけるのかもしれないけど、多分、インタビューを使わざるを得なくなって、そうすると、あなたは「10 をこれ以上の痛みは耐えられないとすると、いまの痛みの程度はどうですか」とは聞かないですよ。現実的にはもう少しやわらかかったり省略した表現で聞いているのではないかな。10 段階できたら、どうですかねぐらいでしようかね。
的場	だから、10 の説明をどうするかによって全然違う。
宮下	その説明の仕方を、スタンダードをつくってほしい。
的場	NRS の 10 というのは基本的にはある程度決まっています、想像できる最大の痛みというのは本来共通しているものだと思うんですね。
宮下	それは本当に B P I のものを現場で言いますかね。使いますか。
的場	うちでは使うようにしましたね。
宮下	それでいいのだったら、別に B P I と同じ文句だったらいんですけど、この文言、的場班が提案している指標はどう定義してどう患者さんに説明するのかというのを決めてほしい。
的場	想像できる最大の痛みを 10 というふうにして、患者さんに例えば、わかりましたと言って、例えば今の痛みは 3 ですといったときに、我慢できない痛みいくつぐらいですかというふうになると、例えば 8 以上ですとか 9 以上ですとかという数字がその中にまた出るんですね。どこまで減ったら生活上気にならない痛みだと思いますかと、こっちが大体決まっています、大体 2 とか 3 ぐらいなんですよね。それは今までもそういう研究報告は海外にもあるし、それでいいと思うんですけど、これ以上我慢できない痛みという、つまり、上のほうはみんなひとかたまりになる傾向はある。それがいけないかどうかはまた別の議論で、その

	聞き方というのは僕も統一しようと思います。宮下先生とも話さなければいけないし、岩瀬先生とも吉本先生とも議論しなければいけないし、それ以外のメンバーとも、班以外のメンバーともディスカッションしたほうがいいなと思います。
宮下	PMI のときも出てきた。PMI の場合はきっとクリーランドだから、BPI のベースになる。やはり、インテンシティをどう定義するかは非常に根本的な問題で重要だと思うんですね
古田	何度も私、聞かれた側の人間なので思ったんですけども、自分が神経障害性疼痛のときにアメリカの医者から聞かれたんですね。想像しうる最高の痛みを 10 としたらあなたの痛みはいくつですか。これを答えるのに、患者はものすごく不安です。要するに、私が例えば 6 と言ったとき、先生は私がどれくらい痛いということを正確に把握してくれるのだろうか。もっと多めに言ったほうがいいのではないだろうか。逆に、余り多く言うと、想像できる最高の痛みというのを、自分はそれをどれくらいだと思っていると先生は思うだろうか。だから、それって想像しうる最高の痛みというのは、先生にとってどれくらいなんだろうかということをしごく考えた。先生にとって説得力のある数字を出そうと努力した。
岩瀬	それは多めに言うということですか。
古田	余り多めに言って、先生にこの患者大げさに言うなと思われても困るんですよ。だから、先生にとってリーズナブルな私の痛みはいくつだろうかということを一生涯懸命考えた。慮ったんです。だから、多過ぎてはいけないし少な過ぎてはいけないというベストチョイスはいくつかということ先生の色を見ながら考えるという、そういう感じですね。 <p>なので、自分が*****想像しうる最高の痛みと言われても全く想像できないので、それが素直には出ないんですね。だから、先生にとってベストアンサーというものを探して、要するに私の痛みというものを先生が最大限配慮して、じゃあ、ちょっと介入して痛みを治療しようと思ってくれそうな数字を言ってみるという、そういう気持ちが非常に強かった。そうではなくて、痛みってとても大きな問題でしたので、先生の気持ちを動かすことをまず第一に考える。それは多分、患者は結構やるんじゃないかな。特に、本当に痛い患者はそれをやると思います。恐らく。</p>
的場	僕、大学にいたときに、94 年ぐらいに、この NRS が患者さんにとって本当にいいのかどうかというのを調べたことがあって、追跡できた 60 人ぐらいですけど、調べると、要するに初期、使い始めて 1 週間以内に患者さんに聞くと、適切に自分で答えられていると思っている人は 20% で、40% の人は振り返ってみると最初ときには実際に感じているよりも弱く答えた。40% の人は強く答えた。半々です。20% は大体適当だったかな。だから、適当とか当たっていたかなという感じですけど。少なめに答えた人というのは、古田さんおっしゃったとおり重症だと思われたくない。それから、薬が多くなると嫌だ。強く答えた人は、やはりわかってもらえないのではないかと思ったということ言われていて、かつ半々なんですね。1 カ月間追いかけられた人 60 人ぐらいだったと思いますけど、そう答えていた人たちの大部分は、今は妥当に答えていると思うという答えが多かったんですね。 <p>僕はここに来て、NRS をどういうふうにするのかというのは最近でもまだ議論しているんですけど、数字自身をいくつに答えるかというのは印象で答えてもらって、そこには</p>

	<p>だから治療しなければいけないとかほっておいていいとかという基準はないのです。痛みで困っているということを知っていて、その数字が減ることが、治療が効果的かどうかを僕たちが見たいだけなので、あなたにとって十分かどうかは、十分かどうか聞くので、もっとこれでは生活できないと言ってもらえばいいので、4だから治療しない、8だから治療すると決めているわけではないですというような話はしている。</p>
吉本	(聞き取り不能)。
的場	<p>強さだけの評価というのが、治療者のためだけの評価です。インテンシティというのは、患者さんにとっての評価ではない。患者さんにとっては寝られるようになる、歩けるようになる、座って御飯食べられるようになるという、痛くて眠れないとか痛くて気になってしょうがないというのを治したいのであって、別に「8になったので先生、6にしてください」と言ってくる人はいないので、それは僕らのための道具だということを宣言してやります。それでもおっしやるように迷うし、答えられないという人は一定の割合、今でもいるので、ちょっと迷いどころかなと思いますけど、どうしますかね。</p>
古田	<p>それは、ある程度先生と信頼関係ができて1カ月2カ月後ぐらいは、私も数字の動きだけが問題なんだということは、それに冷静になってくれば当然私も*****ないので、それで先生が判断しているわけではないということは冷静になってくればわかる。ただ、本当に痛いときはそのことになかなか思い至らなかったですね。</p> <p>なので、結局私は最終的にはどうしたかという、最初にここに運び込まれたときの痛みが10とすると今はこうですという形で常に*****ようになりました。それは*****わけではないけど、それ以外に私に答えようがなかったの、正直ベースでいこうと思って、それは私は記憶していますから、それをレーティングして毎日つけるようになりました。それをレポートしたら、先生はその数字を変えろとおっしゃらなかったの、そのまま言うようになりましてけど、*****しまいましたけどね。別にそんなふうにする患者ばかりではないでしょうけど、非常に答えにくいことは確かだろうなと思います。</p>
的場	<p>どうしても決めなければいけないのは決めなければいけないと思います。ここでも、人生で今まで一番強い体験の痛みを10と説明する看護師もいたり、最近一番強かった痛みを10としてとか、きのうの痛みを10としてみたいならゆる説明があつて、定規の長さが尺なのかセンチなのかインチなのか全然わからないみたいなのがいっぱいあったので、それでやはり一般的に確立している方法で、できない人はバーバルレーティングスケールでやるというふうなことにはしているんですね。ちょっと評価方法に関しては重要なので、何を使うかというのは、今はNRSが一番やはりバリデーションされているので有力ですけど、確かに答えられない人たちが何%出るかという問題もあるので、ちょっと検討させてください。あとはいいですか。</p>
東	<p>簡単に、ちょっとデータで遊んでみたという程度の解析ですが、ご報告いたします。</p> <p>これは何かといいますと、たまたまほかの研究で使ったレセプトが、母集団は15万人ぐらいいるらしいのですが、その人たちの企業健保でするので若い勤労者及びその扶養家族ということになるのですが、その人たちが受けた医療が2005年の1月から2009年の10月までということで、全部使えるということでしたので、その中からがんの、5がんですね。</p>

胃がん、大腸がん、肺がん、乳がん、肝がんのレセプト病名がついている患者さんを抽出して、2,790名いて、その人たちに鎮痛剤がどれだけ出ているのかということを見てみました。

入る前に、繰り返しになりますが、平均年齢は54歳ということで、がんにしては非常に若いです。女性が59%。扶養とか入っているのでそういう数字にと思っています。

一応麻薬と非麻薬に分類して入れてみました。ちょっと困ったのがどこまで麻薬とするかということだったのですが、ペンタジン、レペタンは除くというようなことで、前回そういう議論をしていると思いましたのでそれを除いて、ただ、コデインは含めました。ただ、コデインの一番一般人を対象とするときに問題なのは風邪薬に入っていることで、せきどめでフスコデなど、その辺わかる範囲で除外して、ただ、コデインと書いてあるのは入れて、麻薬に含めました。

非麻薬に関しては、困ったのがアスピリンなんですけれども、抗血小板薬で使うことが非常に多いなと思って。それはNSAIDSアスピリンと書いてあるものだけ一応除いて、ほかの非麻薬の鎮痛薬というのは入れるということで分類しています。局麻もたくさんあったんですけど、それはのぞきました。

というような形で、一応分子はそういった鎮痛薬、麻薬、非麻薬で、分母は2通りにとっています。一つは、レセプト病名で5がんの診断が一たんついた人が病院に来なくなるまでというか、レセプトの上がってくるものが、診療があったというのがなくなるまでの患者さんというのが分母になります。もう一つの分母は、一応その月の診察を受けた患者で、その二つでこういった鎮痛薬の処方割合というのを出しています。

その推移のグラフが下のグラフになっていまして、下のずっとはっているのが麻薬の鎮痛薬で、上が非麻薬の鎮痛薬。分母が二通りですので、バツェンになるのは受診を分母にしているものですので、四角の赤いのと青いラインは、これは一たんがんと診断されたら来なくなるまで時間がありますので、だんだんたまっていくわけです。

これはかなりバイアスがかかったサンプルですので、ここから何か得ようかというようなことは余りできませんけれども、がんという診断は本当にEMRの患者から末期まですべて同じように病名がついてしまうので重症度がわかりませんが、一応鎮痛薬が処方されるとい患者さんが20%ぐらい。麻薬は3~4%ぐらいになっているのがわかりましたという感じです。

あと、もう一つ言えることは、一応出てくる電子データからシナリオつくって、それに会うかどうかをデータを縦にしたり横にしたりして、こういう感じで解析できているということです。レセプトだとこれが限界なんですけれども、電子カルテもしくはオーダリングシステムでバサッとデータを見せれば、それを切りはりしていろいろな加工した解析ができますということを申し上げたかったわけです。

もう一つは、裏に分母の推移というのを書いているのですが、これは上のオレンジ色の線が診断があつて来なくなるまで、レセプトがなくなるまでそこにいると仮定したときの患者数で、下のバツェンがそれぞれのレセプトが出てきた受診者数ですね。ですから、受診しなかったらその時点で落ちる。また受診したらそこにカウントされる。そういうのが下のグラフです。

ここで何が言いたかったのかというと、患者さんが過去に一度でもという、一度でも

	<p>痛かったらというのになぞらえて、一度でもがんと診断されたらというように分母をとると、どんどんたまっていったん上がっていくというような現象がありますよということ、ちょっとずれた定義ではありますけれども、例えば過去の疼痛があった人、というようにどんどん分母を貯めていくと、この図の様に分母の数が蓄積されていくということ、それとは別に横断的にその月に診療を受けた患者というように横断的に分けて考えると、その影響は相手は多少補正することができるかなというふうに下の線から考えられるということです。それがちょっと言いたかったことです。</p>
的場	<p>ありがとうございます。これは病名で、アスピリンとかバイアスピリンとかバファリンを使うような抗凝固療法みたいなことが必要な病名の人を抜くことは可能なんですかね。</p>
東	<p>可能だとは思いますが。</p>
的場	<p>要するに、個人レベルで掛け合わせで串刺しにはできないんですけど。</p>
東	<p>それはできます。けれども、その病院って結構たくさんあると思いますので脳梗塞とかいろいろ。最近、糖尿病だというだけでアスピリンを飲む人もいますので、ちょっとそれは難しいかなと。</p>
的場	<p>抜いたからってうんと変わらないかもしれないね。</p>
東	<p>と思ったんですけど、逆にアスピリンを鎮痛目的だけで使うことはないと思ったので、アスピリンを抜いた。</p>
不明	<p>これも1対6ぐらいだと。</p>
東	<p>かな、というぐらいに考えてはいるのですが、ここに出てきたんですけれども、ちょっとそれはわかりません。バイアスがかかったサンプルなので、余り数字そのものについて大体以上のことを言うつもりはない。</p>
的場	<p>介入施設で電子カルテでデータが抜ければ、もうちょっと詳しくこういうデータを解析することが可能かもしれないと。</p>
東	<p>先ほど申し上げましたように、パターンをとることもできるので、例えば、がんではない麻薬の使用で循環器とかだったら病名と合わせることもできるし、一発だけというのを除くということも、一応電子的に成績が出れば可能だとは思いますが、その辺は。結構大変なのですが、可能です</p>
的場	<p>御質問ありますか。</p>
吉本	<p>処方割合というのは、100%*****。</p>
東	<p>患者のカルテです。</p>
吉本	<p>それだけの数、2,790人のうちの2.5%ぐらいが麻薬を処方されている。</p>
東	<p>その時点でがんという診断名がくつついた患者さんが分母となっています。診断がつく前はカウントしない。観察期間を通してその2,760というのは結果なので、その前に、最初のほうだとがんという診断がついていないものもある。なので、分母が、最初は一たんがんと診断された人。でも、EMRの人も含まれていますので。余り後まで尾を引かせるのは妥当ではないと思います。</p>
的場	<p>よろしいですか。ありがとうございます。3時間ぐらい、予想よりちょっと長くなりましたけれども、たくさん議論していただいてありがとうございます。きょうの議論、結構大事</p>

	<p>な議論が出たと思いますので、きょうディスカッションしたものをもとに測定する定義を確認して議事録を作成したいと思います。</p> <p>次回、1カ月後3月15日に第4回の会議がありますけれども、そのときには数値的な測定項目を含めて御提示して議論していただくという形で、次回ぐらいからプロトコルづくりに入っていきたいというふうに考えていますので、よろしくお願いします。引き続き臨床グループの議論が続いていって、評価グループの先生方に御意見をいただくという形にしますけれども、ぜひとも御協力いただければと思いますし、一般の方々から見てわかる形でなければいけませんので、ぜひ活発な議論をお願いしたいと思います。次回は、繰り返します。3月15日の15時から、第5会議室ですのでこの横のエレベーターで上に上がった5階になると思います。</p> <p>それから連絡事項として、この班は22年度の研究班になるので、始まったのが12月で、5月に申請して11月とか12月にOKになって、しかもまだ本省から研究費が振り込まれていないという。それで、3月中に使い切れとよくわからない、相変わらずこの無駄をなくせという時代に何のこっちゃんみたいな感じなんですけど。申しわけないですけども、そうであってもこれは1年目ということになりますので、4月の前半にけいき報告書を印刷したものを本省におさめないといけません。なので、3月25日までに今年度の成果報告をしていただきます。書式等については特に決まっていますが、ここにつくってくれたものがありますので、これを参考にいただければというふうに思います。</p> <p>例えば、武林先生と秋山先生は連名1通で結構です。宮下先生とか東先生は独立して出させていただくことになりますので、書きぶりはこのディスカッションした内容と、それから、それを専門領域でどう生かすかとか、こういうことをこれから測定していくための議論をしたとかいうようなことを含めて、それから、今までの研究と結びつけてこうだというようなことを書いていただいて全然大丈夫ですので、よろしくお願いいたします。</p>
吉本	私と富安先生は
的場	連名で大丈夫です。
吉本	それからもう一つ、この中には中京病院の*****3施設が含まれているIRBの審査結果があつて、*****。
的場	これは回収して帰ったほうがいい。研究班として持っていたらまずいので、これは。
岩瀬	岩瀬と山口は連名でいいですか。
的場	<p>連名でいいです。</p> <p>個人情報が入っているものは配布しないでください。絶対だめなので。あしたの日本経済新聞に載ってしまうかもしれない。</p>
古田	そんなことは絶対ありません。
的場	研究情報流出かと。

(了)

