

## [原著論文]

## 入院がん患者の麻薬自己管理に関する 医療者意識調査

佐藤 淳也<sup>\*1,\*2,\*4</sup> 木村 祐輔<sup>\*3,\*4</sup> 長澤 昌子<sup>\*4</sup>  
菅野 綾子<sup>\*4</sup> 工藤 賢三<sup>\*1,\*2</sup> 高橋 勝雄<sup>\*1,\*2</sup>

<sup>\*1</sup> 岩手医科大学附属病院薬剤部

<sup>\*2</sup> 岩手医科大学薬学部臨床薬剤学講座

<sup>\*3</sup> 同 外科学講座

<sup>\*4</sup> 同 緩和ケアチーム

(2012年6月6日受理)

**【要旨】** がん患者の除痛には、麻薬の適正使用が重要である。特に、突出痛に対しては、患者の判断にて適時かつ迅速にレスキュー薬を使用することが必要である。しかし、入院がん患者における麻薬の自己管理はほとんど普及していない。そこで、普及の妨げとなっている要因をさぐるため、医療者の懸念や認識を調査した。その結果、83%の回答者が麻薬自己管理は患者の除痛率向上につながると考え、自己管理について否定的な意見は回答者の10%に過ぎなかった。麻薬自己管理に必要な能力としては、「定時薬とレスキュー薬の区別」「レスキュー薬の服用間隔遵守」とする意見が多く、導入時期については、「効果と副作用が安定してから」「投与量が落ち着いたら」という意見が多かった。以上の結果を踏まえると、自己管理能力を適切にアセスメントする導入プロトコルを策定すれば、麻薬の自己管理は実施可能であり、除痛率の向上が期待されるものと思われる。

キーワード：医療用麻薬、自己管理、緩和ケアチーム

### 緒 言

現在、がん患者の除痛には、麻薬性鎮痛薬（以下、麻薬）が広く使用され、早期からの緩和ケアの提供が重要とされている。これら麻薬による除痛の基本は、WHO ラダーに従いベースとなる徐放性製剤（経口オキシコドン徐放剤やモルヒネ徐放剤、フェンタニル貼付剤）の使用、あるいは注射麻薬の持続注入を行うことである。また、これらを使用していても生じる突出痛に対しては、即効性のレスキュー薬（モルヒネ水、オキシコドン顆粒など）あるいは注射麻薬の早送り注入により対応することが原則である。突出痛は、患者のみが自覚し、患者の多くが予測できる症状であるため、レスキュー薬の使用判断は患者自身にゆだねられるべきである。しかし、入院がん患者においては、医療管理上の理由から、レスキュー薬を含む麻薬のすべてを病棟管理としている施設が多い。高橋らの2005年の調査報告によれば、緩和ケア病棟の67%（68/101施設）、がん拠点病院の78%（40/51施設）が、入院患者の麻薬自己管理を実施していない<sup>1)</sup>。また、縄田らの2007年の報告によれば、一般病院において麻薬自己管理している施設は、19%（9/48施設）に過ぎないとされている<sup>2)</sup>。

麻薬の自己管理を行にくい医療管理上の障壁に加え、患者心理として、早朝や深夜に生じる疼痛のため、多忙な看護師にナースコールをすることをためらい、レスキュー薬の服薬を我慢する傾向があることも、除痛率向上への障壁になっていると考えられる。

入院患者の麻薬自己管理については、平成18年より、「病院・診療所における麻薬管理マニュアル（厚生労働省医薬食品局 監視指導・麻薬対策課編）」のなかで、法的規制緩和がなされている<sup>3)</sup>。つまり、「入院患者に麻薬を交付した際、患者自身が服薬管理できる状況であれば、患者に必要最小限の麻薬を保管させることは差し支えないこと」および「入院患者が交付された麻薬を不注意で紛失等した場合には、麻薬管理者は麻薬事故届を提出する必要はない」と明記されている。これらを背景に、少数ながら入院患者に対する麻薬自己管理を導入した施設では、紛失等の事故は決して多くないことや、90%の患者が自己管理の継続を希望したこと、および完全除痛率の向上につながったことなどの有用性を報告している<sup>4,5)</sup>。

以上より、一定の理解力や自己管理能力がある入院がん患者については、麻薬自己管理が除痛率の向上につながるものと予想される。しかし、麻薬自己管理を導入するには、管理上の懸念を払拭するために、周到な運用プロトコル策定や医療者の理解と協力が必要である。そこで、これらプロトコルを作成する予備的調査として、医療者

問合せ先：佐藤淳也 〒020-8505 盛岡市内丸19-1 岩手医科大学附属病院薬剤部

E-mail：ZAP02377@nifty.ne.jp

への意識調査を行ったので報告する。

## 方 法

### 1. アンケートの対象

岩手医科大学附属病院において、入院がん患者に麻薬の処方機会がある医師（外科・消化器内科・産婦人科等、10診療科）および薬剤管理指導業務に従事する薬剤師、病棟看護師（16病棟）、緩和ケアチーム所属の歯科医師・栄養士・ソーシャルワーカー、等を対象とした。

### 2. アンケートの実施方法

平成23年7月～9月の2カ月間、本調査の趣旨と倫理的配慮（本人を特定しない解析結果とすること、本調査以外の目的にデータを使用しないこと）について文書と口頭にて説明し、同意を得た後、専用紙への無記名記入として実施した。アンケートの回収は、原則として部署ごとに行ったが、同僚や所属部署長の閲覧によるバイアスが入らないよう回収箱を設ける、研究者ら緩和ケアチームに直接回答するなどの方法も可能であるように配慮した。

### 3. アンケートの内容

質問項目としては、職種・診療科を除いて8項目を設定した。各質問には、選択回答および必要に応じて自由記載欄を設けた（表1）。

## 結果および成績

### 1. アンケートの回答数

アンケートは、医師54名および薬剤師17名、看護師507名、その他職種12名の計590名から得られた。回収率は、79%（回収数：590/配布数：749）であった。各質問に対する有効回答率は、いずれも99%以上であった。

### 2. アンケート回答内容

Q1：麻薬を自己管理させる許容範囲については、「すべて医療者が管理すべき」という意見は10%に過ぎなかった。また、その他の意見としては、「患者の理解力、性格、希望に応じてと変えるべき」という意見が複数挙げられた（図1）。

Q2：麻薬を自己管理する際の不安・懸念については、回答者のほぼ全員から、1人当たり平均3.3個の懸念事項が回答された。その内容としては、多い順に、「患者による紛失」「誤投与」および「適時に飲めない・判断できない可能性」などに関する懸念がそれぞれ、464件（全対象者の78%が回答）、387件（66%）および240件（41%）であった。また、「保管場所（床頭台）が不適切」および「服薬状況の定期チェックなど管理が煩雑」という管理上の懸念についても、それぞれ252件（43%）および247件（42%）の回答が得られた（図2）。

Q3：麻薬管理上の法的規制緩和については、知っていたとする回答は19%に過ぎなかった。職種別にこの認

知度をみると、医師が19%、看護師は18%であり、薬剤師でさえ、わずか35%が知っているに過ぎないという状況であった（図3）。

Q4：麻薬の自己管理が除痛率向上に寄与すると思うかどうかについては、「とてもそう思う」「ややそう思う」という肯定的な回答が、全体の83%を占めた（図4）。

Q5：理解力・管理能力として患者に必要と思われる項目については、複数回答として、2,524件の回答が得られた。「定時薬とレスキュー薬の区別ができる」「レスキュー薬の服薬記録を報告できる」および「レスキュー薬の服用間隔を話せる」という回答が、それぞれ512件（対象者の88%が回答）、511件（88%）および472件（81%）と、多かった（図5）。

Q6：麻薬自己管理の導入時期については、「麻薬開始時から」あるいは「退院時期の目安がたったら」という意見がそれぞれ9%および15%あったが、「投与量・レスキュー薬の使用回数が一定になる、副作用がコントロールできてから」という意見が70%を占めた（図6）。

Q7：麻薬自己管理は、看護業務の軽減につながるかどうかについては、「どちらでもない」という中立的な意見が31%、「とてもそう思う」および「ややそう思う」という肯定的な回答が、それぞれ12%および31%（計43%）であった。「あまりそう思わない」「まったくそう思わない」という否定的な回答はそれぞれ、19%、4%（計23%）であった。

## 考 察

今回の調査結果から、回答者の83%にあたる医療者が、麻薬の自己管理は患者の除痛率向上につながると考え、自己管理について「すべて医療者が管理すべき」という意見はわずか10%に過ぎなかった。これら医療者の考えは、他施設で実施された既報<sup>4)</sup>に一致するものである。しかし、実臨床において麻薬の自己管理が実施されない背景としては、紛失や誤投与等への懸念と、これらに関する法的規制緩和の周知がなされていないことが、今回の結果からも考えられた。また、医療従事者による麻薬紛失時の法的手続きの煩雑さを考慮すると、たとえ外来にて麻薬を自己管理していた患者でさえも、再入院に伴い再び麻薬を病棟金庫管理にすることが多い。疼痛を自覚したとき、在宅同様に自己判断でレスキュー薬を服用しにくい、早朝・深夜にレスキュー薬を所望することに気が引けるといった患者の意見は、経験的に薬剤管理指導時によく聞かれる訴えである。また、既報<sup>4)</sup>においても、麻薬の自己管理を導入した患者の全員が調査期間終了後の継続的な自己管理を希望していることは、これらの改善を希望する患者の意向と思われる。そこで、本調査の目的は、これらの実情の改善を目指し、麻薬自己管理に関するプロトコルの策定を踏まえた

表1 アンケート設問と回答の選択肢

Q1	一定の理解力がある患者について、レスキュー用麻薬などを自己管理させることについてどう思いますか
	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ ベース、レスキュー含めて全て自己管理でよい</li> <li>➢ レスキューのみ全て（処方分）自己管理でよい</li> <li>➢ レスキュー1日分（数回分）自己管理でよい</li> <li>➢ レスキュー1回分のみ自己管理でよい</li> <li>➢ すべて医療者が管理すべき</li> <li>➢ その他（自由記載）</li> </ul>
Q2	自己管理にする際の不安・懸念について該当するものはありますか（複数選択可能）
	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 誤投与の可能性がある</li> <li>➢ 紛失の可能性がある</li> <li>➢ 盗難の可能性がある</li> <li>➢ 他人への譲渡の可能性がある</li> <li>➢ 患者に適時飲めない・判断できない可能性のある</li> <li>➢ 定期チェックなど管理が煩雑である</li> <li>➢ 保管場所（床頭台引き出し内）が適切でない可能性のある</li> <li>➢ その他（自由記載）</li> </ul>
Q3	法的ガイドライン上「入院患者が麻薬を服用管理できる状態であれば、最小限の自己管理が認められる」（紛失時は、法的な事故届けにならない）ことを知っていますか
	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 知っていた</li> <li>➢ 知らなかった</li> </ul>
Q4	レスキュー用麻薬などを自己管理することは、患者の除痛率向上になると感じますか
	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ とてもそう思う</li> <li>➢ ややそう思う</li> <li>➢ どちらでもない</li> <li>➢ あまりそう思わない</li> <li>➢ まったくそう思わない</li> </ul>
Q5	一定の理解力・管理能力として必要と思われる項目を選択して下さい（複数選択可能）
	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 一般薬について袋等を見ながら、薬を取り出し服用時期・1回服用量を口頭で言える</li> <li>➢ 一般薬について、残数が正しくコンプライアンスに不安がない</li> <li>➢ 麻薬について、定時薬とレスキューの区別（いつも飲む薬・痛い時飲む薬の区別）ができる</li> <li>➢ 麻薬についてレスキューの服用間隔（最低何時間空けるか）が話せる</li> <li>➢ 麻薬についてレスキューの服用記録を報告できる（紙 or 口頭）</li> <li>➢ 麻薬について便秘等の副作用対策を理解し、緩下剤などを自己調節できる</li> <li>➢ その他（自由記載）</li> </ul>
Q6	理解力・管理能力のある患者について、麻薬自己管理の導入時期について選択下さい
	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 麻薬開始時から</li> <li>➢ 投与量・レスキュー使用回数が一定になり、副作用がコントロールできてから</li> <li>➢ 退院時期の目安がたったら</li> <li>➢ 患者が希望すればいつでも</li> <li>➢ その他（自由記載）</li> </ul>
Q7	看護師の皆様に質問です。受け持ちの患者様に麻薬の自己管理をさせた経験はありますか
	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ ある</li> <li>➢ ない</li> </ul>
Q8	看護師の皆様に質問です。麻薬の自己管理は、業務の軽減になると感じますか
	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ とてもそう思う</li> <li>➢ ややそう思う</li> <li>➢ どちらでもない</li> <li>➢ あまりそう思わない</li> <li>➢ まったくそう思わない</li> </ul>

Q1;一定の理解力がある患者について、レスキュー用麻薬などを自己管理させることについてどう思いますか

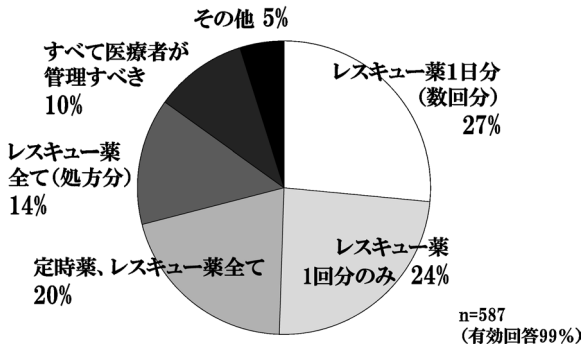


図1 麻薬を自己管理させる許容範囲. 麻薬を自己管理させることについて、その他(自由記載)を含む6つの回答候補に対する回答比率を円グラフにした。設問に対する回答比率を円グラフにした。

Q4; レスキュー用麻薬などを自己管理することは、患者の除痛率向上になると思いませんか

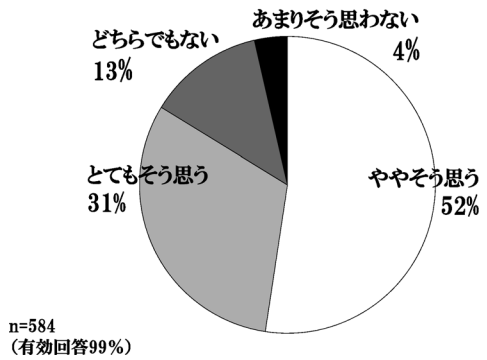


図4 麻薬の自己管理の除痛率向上への寄与. 麻薬の自己管理は、除痛率向上になると思うかについて、「とてもそう思う」から「まったくそう思わない」までの5段階の回答に対する回答比率を円グラフにした。

Q2;自己管理にする際の不安・懸念について該当するものはありますか(複数選択可能)

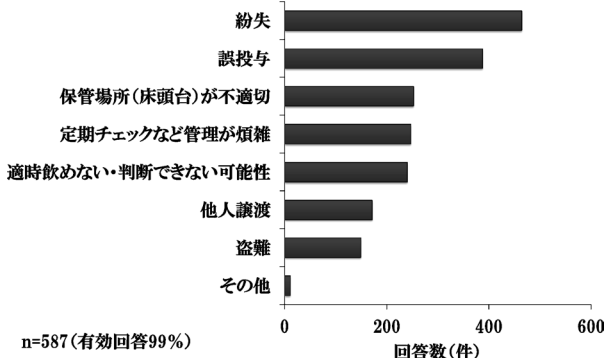


図2 麻薬を自己管理にする際の不安・懸念. 麻薬を自己管理にする際の不安・懸念について、その他(自由記載)を含む8つの回答候補に対する複数回答を棒グラフにした。

Q5; 一定の理解力・管理能力として必要と思われる項目を選択して下さい(複数選択可能)

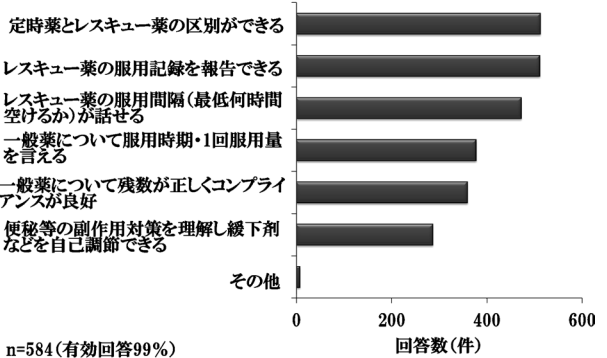


図5 麻薬自己管理のための理解力・管理能力として必要な項目. 麻薬自己管理のための理解力・管理能力として必要な項目について、その他(自由記載)を含む8つの回答候補に対する複数回答を棒グラフにした。

Q3;法的ガイドライン上「入院患者が麻薬を服用管理できる状態であれば、最小限の自己管理が認められる」(紛失時は、法的な事故届けにならない)ことを知っているか

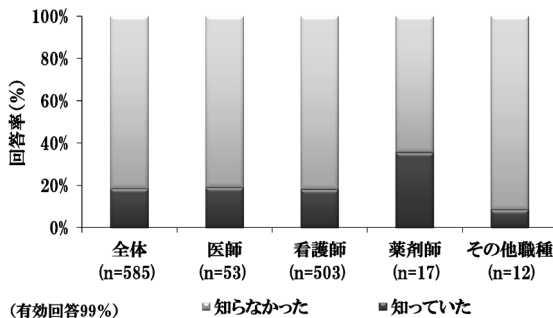


図3 自己管理に関する法的ガイドラインの認知度. 自己管理に関する法的ガイドラインの認知度について、回答者全体の回答比率と職種別の比率を棒グラフにした。

Q6; 理解力・管理能力のある患者について、麻薬自己管理の導入時期について選択下さい

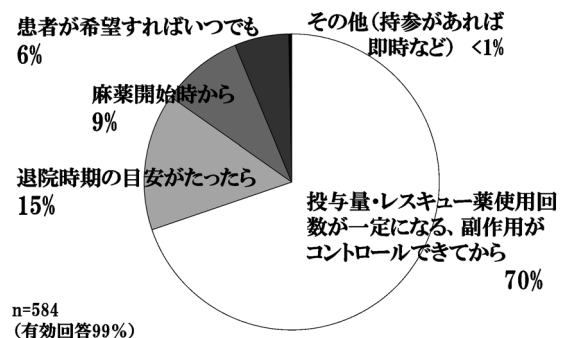


図6 麻薬自己管理の導入時期. 麻薬自己管理の導入時期について、その他(自由記載)を含む5つの回答候補に対する回答比率を円グラフにした。



医療者の意識を調査することである。

患者自身が麻薬を自己管理する利点は、除痛率の向上が期待できることである。特に、レスキュー薬を患者の手もとで管理し、いつでも服薬できる状況にすることにより、突出痛を軽減することが期待できる。米国疼痛財団による成人がん患者を対象とした調査（2009年）によれば、53%の患者が日常的に10段階スケールで8以上の強い突出痛を経験し、睡眠への影響や意欲の低下を認識している。そして、患者の91%が突出痛の苦痛を医療者に相談しているが、52%は、「がんの影響」であるとして、取り合ってもらえなかったと回答している<sup>6)</sup>。同様の報告でも、患者が経験する突出痛は1日平均3回程度であり、突出痛に関連したイベントの96%が中等度から高度の痛みであるとされる。これらの疼痛は1回平均60分継続するとされ、87%の患者において突出痛は、日常生活（睡眠、歩行、他の人々とのコミュニケーションなど）に支障を来している。さらに、98%の患者が経口薬を使用しているが、痛みの軽減が感じられるのは20分後であり、鎮痛作用が明らかに感じられるのは30分後と報告されている<sup>7)</sup>。以上のように、疼痛コントロールは、ベースとなるオピオイドを至適用量使用することと同等に、突出痛に対するレスキュー麻薬を適宜かつ迅速に使用することが重要である。

今回の調査では、麻薬自己管理の導入時期については、麻薬の用量が安定し、副作用がコントロールできてからという意見が多かった。また、必要とされる理解力についても、定時薬とレスキュー薬の違い、レスキュー薬の服用間隔の理解が必要という意見が多かった。以上のことから、早期に麻薬自己管理を導入し、良好な疼痛コントロールを得るには、麻薬導入時からの服薬指導のみならず、嘔気、便秘、眠気といった副作用を早期にコントロールする薬学的介入が重要であることが、再認識された。麻薬に関する適切な患者指導は、指導が一切ない場合に比べて、服薬時間や用量の遵守と不適切な自己中断の低減により除痛率が向上することが報告されている<sup>8)</sup>。また、自らの痛みに対して患者自身が服薬を管理できることは、退院後の自己管理への不安がなくなるだけでなく、患者満足度の高い疼痛治療の実現につながるものと考えられる<sup>9)</sup>。

実際の麻薬自己管理導入に際しては、患者の希望を聴取するほか、自己管理能力について、アセスメントの実施を予定している。まず、見聞き（視力・聴力）や会話が普通に行え、薬剤情報提供書など配布物への理解力があることが必要である。これは、麻薬自己管理に関するプロトコルを理解し、麻薬の管理意識、服薬記録を報告するために必要な能力である。また、麻薬以外の薬剤の自己管理が、すでに十分行えていることが必要である。これは、薬袋等を見ながら薬を取り出す、服用時期や1回服用量が口頭

で言える、薬剤の残数が正しく、コンプライアンス良好である、などの実績により評価する必要がある。これらの評価に問題がなければ、定時麻薬とレスキュー麻薬の区別ができ、レスキュー麻薬の服用間隔（最低何時間空けるか）を理解していることが、麻薬自己管理導入の段階的必要条件と考えている。薬剤師および病棟スタッフのダブルチェックでこれら进行评估し、誤投与や紛失の懸念のない患者について麻薬の自己管理を行うことは、先の「病院・診療所における麻薬管理マニュアル」に示されている「患者自身が服薬管理できる状況」として、十分適切なものと思われる。麻薬の自己管理に関するプロトコルを導入した既報<sup>4)</sup>においても、患者20名が平均15日間自己管理を行った場合の紛失や誤投与は報告されていない。

看護師の管理面では、麻薬を自己管理としていても、定期的な服薬記録や残薬確認などの業務継続が必要である。しかし、早期からの質の高い緩和ケアが提唱されている現在、安全な麻薬の自己管理は、施設ごとに設定しなくてはならないプロトコルであると考えられる。今回の調査は、その最たる障壁となる医療者の認識を明確化した点で、有用な情報である。今後、これら医療者の懸念を払拭する、自己管理導入に関するプロトコルを策定することが重要であるが、理解力・管理能力として必要と思われる項目および麻薬自己管理の導入時期に対する回答は、処方する医師、調剤する薬剤師、実際の病棟で管理する看護師間において、大きな差異は認められなかった。つまり、特定の職種における認識の偏在が、導入の障壁にはならないものと思われた。これらの結果を踏まえて、麻薬の自己管理を進め、自己管理患者および医療者への運用評価、患者除痛率に対する影響を検討することが必要である。

## 文 献

- 1) 高橋浩子, 丹田 滋, 小笠原鉄郎, 他. 緩和ケア病棟および一般病棟における医療用麻薬管理の実態調査. 緩和ケア 2008; 18: 151-157.
- 2) 縄田修一, 小島昌徳, 齋藤 謙, 他. 医療用麻薬管理マニュアル改訂に伴う院内の管理業務変化に関するアンケート結果. 第1回日本緩和医療学会年会抄録集 2007; 70.
- 3) 厚生労働省医薬食品局監視指導・麻薬対策課. 病院・診療所における麻薬管理マニュアル 平成23年4月: 6-7.
- 4) 大柄根いづみ, 斎藤真理, 縄田修一, 他. 入院患者のための新しい医療用麻薬管理システムの構築と評価. Palliat. Care Res. 2010; 5: 114-126.
- 5) 高林真貴子, 高橋佳子, 原 祐輔, 他. レスキュードーズ患者自己管理の有用性と運用面での課題: 除痛率調査からの考察. 第4回日本緩和医療学会年会 2010. 9.
- 6) Breakthrough Cancer Pain Survey Fact, American Pain Foundation (APF), Wed Jan 27, 2010. Sheet <http://www.painfoundation.org/learn/pain-conditions/btcp/btcp-survey-fact-sheet.pdf>
- 7) Davies A, Zeppetella G, Andersen S, et al. Multi-centre European study of breakthrough cancer pain: Pain characteristics and patient perceptions of current and potential

- management strategies. *Eur. J. Pain* 2011; 15: 756-763.
- 8) Rimer B, Levy MH, Keintz MK, et al. Enhancing cancer pain control regimens through patient education. *Patient Educ. Couns.* 1987; 10: 267-277.
- 9) 加藤佳子, 山川真由美, 那須郁子, 他. オピオイドによるがん性疼痛管理—フェンタニル, オキシコドン. *臨牀内科* 2007; 22: 191-198.

## Survey of Medical Professionals on Self-administration of Narcotic Analgesics in Hospitalized Cancer Patients

Junya SATO<sup>\*1, \*2, \*4</sup>, Yusuke KIMURA<sup>\*3, \*4</sup>, Masako NAGASAWA<sup>\*4</sup>,  
Ayako KANNO<sup>\*4</sup>, Kenzo KUDO<sup>\*1, \*2</sup>, and Katsuo TAKAHASHI<sup>\*1, \*2</sup>

<sup>\*1</sup> Department of Hospital Pharmacy, Iwate Medical University

<sup>\*2</sup> Department of Clinical Pharmaceutics, School of Pharmacy,  
Iwate Medical University

<sup>\*3</sup> Department of Surgery, Iwate Medical University

<sup>\*4</sup> Department of Palliative Care Team, Department of Pharmacy,  
Iwate Medical University

19-1 Uchimaru, Morioka-shi, Iwate 020-8505, Japan

**Abstract:** The appropriate use of narcotic analgesics is important in cancer pain relief. In particular, the use of narcotic analgesics as rescue drugs for breakthrough pain should be quickly decided based on the patient's complaint. However, self-administration of these drugs by hospitalized cancer patients is not popular. In this study, we conducted a survey involving health care workers ( $n = 590$ ), **regarding the awareness of and concerns about self-administration of these drugs.** In the survey, 83% of the subjects responded that self-administration would reduce pain. In addition, only 10% of the responses were negative with respect to self-administration of narcotic analgesics. In response to the question on self-administration conditions, most of the responses pertained to distinguishing between basal and rescue analgesics and compliance with the rescue-drug dosing interval. In response to the question on the time for initiating self-administration, most responses pertained to side effects and stable analgesic effects or dosage stabilization. These results indicate that adequate self-administration condition assessment would lead to a sense of relief in the awareness of health care workers and that self-administration of narcotic analgesics would mitigate cancer pain.

**Key words:** narcotic analgesics drugs, self-administration, palliative care team