

[原著論文]

入院患者の医療用麻薬自己管理の普及実態における全国調査 —日本緩和医療薬学会 研究推進委員会 推進研究テーマ結果報告—

佐藤 淳也^{*1,*9} 宮崎 雅之^{*2,*9} 高瀬 久光^{*3,*9} 田口 真穂^{*4,*9}
 榎原 克也^{*5,*9} 山本 泰大^{*6,*9} 上園 保仁^{*7,*8,*9}

^{*1} 国際医療福祉大学病院薬剤部

^{*2} 名古屋大学医学部附属病院薬剤部

^{*3} 日本医科大学多摩永山病院薬剤部

^{*4} 横浜薬科大学レギュラトリーサイエンス研究室

^{*5} 淀川キリスト教病院薬剤部

^{*6} 小牧市民病院薬局

^{*7} 東京慈恵会医科大学医学部疼痛制御研究講座

^{*8} 国立がん研究センター東病院支持・緩和研究開発支援室

^{*9} 日本緩和医療薬学会 研究推進委員会

(2020年12月31日受理)

【要旨】 医療用麻薬を用いたがん性疼痛の管理には、適切ながん性疼痛の評価に基づく定時麻薬の用量設定およびレスキュー薬を適時使用することが重要である。これには、入院患者自らによる医療用麻薬の自己管理が有効である。しかし、その普及実態は明らかではない。そこで、日本緩和医療薬学会会員のなかで病院に勤務する薬剤師を対象に、入院患者への医療用麻薬自己管理の普及実態を調査した。その結果、228件の回答が得られた。回答者の属性は、60%ががん拠点病院、73%が緩和ケアチームの構成員、58%が緩和薬物療法認定薬剤師であった。これらの調査対象において、自己管理を実施している回答者の割合は71%であった。検討した事例を含むと90%の回答が自己管理に関心をもって取り組んでいた。しかし、60%以上の管理状況は、レスキュー薬1回分など制限を設けていた。また、自己管理ができなくなったときの中止判断の基準がないなどの問題点も明らかとなった。自己管理の普及には、そのメリットを周知するほか、標準的管理方法の策定などの啓発活動が重要であると考えられた。

キーワード：医療用麻薬、がん性疼痛、自己管理、実態調査

緒 言

がん性疼痛への対処には、痛みの種類（電撃痛や灼熱痛など）、発現パターン（持続痛や突出痛など）に応じて、医療用麻薬を含む鎮痛薬の選択とその至適量を早期に設定することが重要である。なかでも突出痛への対処には、その発現時に即効性の医療用麻薬（レスキュー薬）を使用することが重要である。突出痛の発現プロフィールを調査した研究によれば、突出痛は、がん性疼痛を有する患者の59%が経験する¹⁾。そして、安静時痛の平均 numerical rating scale（以下、NRS）が3.0程度に対して、突出痛の平均NRSは、7.5と高い。突出痛の35%は患者が予測でき、予測できない突出痛でも、その増悪に10分以上かかるものが20%存在することが報告されている²⁾。したがって、過半数の突出痛は、患者ががん性疼痛の予想あるいは出現早期に速やかにレスキュー薬を使用することにより軽減できる可能性があると考えられる。

入院患者が、がん性疼痛に応じて適時医療用麻薬を使用するには、管理方法として、患者自らレスキュー薬をベッドサイドで保管管理し、患者の判断でがん性疼痛出現時あるいは突出痛が予測できる場合に予防的に使用する自己管理法が重要である。一方で、医療用麻薬による除痛を円滑に進める障壁として、一部にがん性疼痛を積極的に訴えない患者がいることや、医療者は患者のがん性疼痛を過小評価する傾向があることがあげられる³⁻⁵⁾。これらの解決方法としても、麻薬の自己管理は有効であると期待される。これまで佐藤らは、入院患者への麻薬自己管理の有用性について、レスキュー薬の使用頻度の増加およびがん性疼痛（NRS）の低下などを報告した⁶⁾。さらに大柄根らは、自己管理実施可能患者における希望者は、77%と多く、導入患者の手元にある安心感などの有用性を報告している⁷⁾。このような自己管理の有効性を踏まえて、平成29年4月に改訂された医療用麻薬適正使用ガイドンスにおいては、「自己管理を一律に制限することがないよう、院内マニュアル等の見直しを行い患者に合わせた服薬管理が可能となるよう考慮する」と記載され、入院患者への医療用麻薬の自己管理が推奨されている⁸⁾。

本邦における医療用麻薬の自己管理の普及実態に関する最近の調査は、中村らのがん診療拠点病院を対象とした調査（回答数 339 名，自己管理実施率 74%）⁹⁾，尾崎らの県下地域における調査（回答数 54 名，自己管理実施率 39%）¹⁰⁾，佐藤らの学会ワークショップ参加者（回答数 74 名，自己管理実施率 52%）¹¹⁾ などが報告されている。いずれも調査対象などの背景の違いから，結果は異なる。医療用麻薬が地域や病院の特性を問わず広く使用される実情から，より調査対象を広げた自己管理の普及実態の把握が必要である。そこで，日本緩和医療薬学会内に組織されている研究推進委員会では，入院患者への医療用麻薬の普及を目指した取り組みを行うこととした。本取り組みの一環として，同学会会員を対象とした自己管理の普及実態調査

を行ったので，その結果を報告する。

方 法

調査対象は，一般社団法人日本緩和医療薬学会会員のうち，病院など入院設備のある医療機関に勤める薬剤師とした。2020 年 3 月 2 日～31 日の調査期間において，会員へのメール送信およびホームページアナウンスによる Web アンケートを行った。アンケートの内容を表 1 に示した。アンケートを行ううえでは，参加が任意であること，研究成果の発表を行う際には個人が特定されない形で行われること，研究成果に知的財産権が生じた場合には学会に帰属することを明示し，回答の提出をもって同意取得とした。

表 1 アンケート調査項目

No.	質問	回答選択肢
(全員が回答)		
Q1	所属施設の所在地について	都道府県選択
Q2	専門性について	日本緩和医療薬学会 緩和薬物療法認定薬剤師など複数選択可能
Q3-1	所属している医療施設	がん診療連携拠点病院，拠点病院以外の中核病院，どちらでもない
Q3-2	所属している医療施設の病床数について	100 床以下から 501 床以上の 5 階層化
Q4	緩和医療への活動スタンスについて	緩和ケアチームの一員，病棟担当薬剤師，麻薬管理者，医療安全管理者，その他の複数選択可能
Q5-1	入院患者への医療用麻薬の自己管理の実施状況について	現在実施している → Q5-2 ～ 12, Q17 ～ 最後へ 過去は実施していた（現在は実施していない） → Q5-2 ～ 12, Q17 ～ 最後へ 検討したが実施していない → Q13 ～ 最後へ 検討もしていない，実施もしていない → Q13 ～ 最後へ 実施しているかわからない → Q17 ～ 最後へ
(現在実施しているまたは過去実施していた回答者へ)		
Q5-2	自己管理を実施している（過去実施していた）場合，どこで実施されているか？	すべての病棟，一部の病棟，緩和ケア病棟，その他の 4 択
Q6	回答者の入院患者への医療用麻薬の自己管理への関わりがあるか	あり，ないの 2 択
Q7	医療用麻薬の自己管理の対象患者を選定する場合の提案者	患者自身の希望，緩和ケアチームでの提案，病棟看護師の提案，病棟薬剤師（緩和ケアチーム以外）の提案，主治医の提案，クリティカルパスなどで自動的に運用，その他の複数選択可能
Q8-1	医療用麻薬を患者が自己管理する際に患者がもつべき要件（3 つまで選択）	医療用麻薬以外の内服薬の自己管理，医療用麻薬の服薬タイミングの理解，医療用麻薬の服薬量の理解，ベース麻薬とレスキュー麻薬の区別，突出痛によるレスキュー麻薬服薬の服薬判断，医療用麻薬服薬後の記録，情動的な使用の可能性がない，その他の複数選択可能
Q8-2	医療用麻薬を自己管理している場合の中止要件は決まっているか	決まっている → Q8-3 に内容を回答 決まっていない
Q8-3	具体的な中止要件は何か？	紛失・落下など，記載漏れ，服用間隔，服用量の間違い，便秘・眠気・嘔気の増悪，せん妄の出現，情動的な使用，医療者の不適切という判断，その他の複数選択可能
Q9-1	自己管理を行う医療用麻薬の種類について	ベース麻薬のみ，レスキュー麻薬のみ，ベース麻薬とレスキュー麻薬の両方，決まっていない，その他より選択
Q9-2	自己管理を行う医療用麻薬の薬剤量について	処方分あるいは持ち込み分すべて，一部（1 回分以外） → Q9-3 を回答ください 1 回分のみ，その他より選択
Q9-3	自己管理を行う医療用麻薬の薬剤量の目安について	10 回分以上（1 週間分），2 ～ 10 回（2 ～ 3 日分），1 ～ 3 回分（1 日分），決まっていない，その他より選択
Q9-4	レスキュー麻薬を自己管理する場合のレスキュー麻薬の種類について	SAO（Short Acting Opioids）のみ，ROO（Rapid-onset opioid）のみ，特に決まっていないより選択
Q10	医療用麻薬の自己管理は，患者の除痛や QOL 改善に寄与していると思うか	とてもそう思う～まったくそう思わないまで 5 段階を選択

表1 アンケート調査項目(続き)

No.	質問	回答選択肢
(現在実施しているまたは過去実施していた回答者へ) 続き		
Q11	医療用麻薬の自己管理は、医療従事者の負担軽減になっていると思うか	とてもそう思う～まったくそう思わないまで5段階を選択
Q12-1	医療用麻薬の自己管理を行っていて問題となった事例について	ある → Q12-2 を回答ください ない
Q12-2	問題となった事例が「ある」と回答した場合、内容はどのようなものか	誤った服薬, 紛失, 落下破損, 盗難, 他人譲渡, 副作用(眠気, せん妄, 便秘, 嘔気など)増加, 情動的な使用, 自己管理中止時の判断ができない, その他より複数記載
(Q5で未実施の回答者)		
Q13	入院患者について医療用麻薬を自己管理させることへの要望はあるか	医師(緩和チーム以外)から要望, 看護師(緩和チーム以外)から要望, 患者から要望, 要望があるかわからない, その他より複数選択
Q14	医療用麻薬が自己管理が実施されない院内の理由について	院内ルールの未整備, 事故への医療者懸念, 理解の不足, 医療者や患者からの要望がない, 院内で合意が得られない, ルールをつくる組織や牽引する人材がない, ベッドサイドに麻薬を保管する場所がない, 患者指導, 残数確認するマンパワー不足, その他より複数選択
Q15-1	医療用麻薬が自己管理が実施されない人的障壁はあるか	どちらかと言えばある, どちらかと言えばない, わからない, より選択
Q15-2	前の質問で人的障害が「ある」と回答した方について、誰の障害があるか	病院長, 薬剤部の管理者や麻薬管理者, 看護部の管理者や病棟看護師長, 医療安全管理責任者, 現場の各種医療スタッフより, 複数選択
Q16	医療用麻薬を自己管理する際の不安について	誤使用, 患者による紛失, 盗難・他人への譲渡, 患者が服用時期を判断できない, 適切な保管場所がない, 副作用の増加, 情動的な使用, 自殺企図, その他より複数選択
(全員が回答)		
Q17	入院患者への医療用麻薬の自己管理を推進するために医療者側が整備すべき要件について	患者や家族の理解協力, 管理的医療スタッフ(院長, 薬剤部長, 看護部長, 医療安全管理責任者)の理解と支援, 病棟実施スタッフの理解と支援, マニュアルの整備, その他より複数選択
Q18	厚生労働省の医療用麻薬適正使用ガイドランスの認知度	読んだことがある, あることは知っているが, 読んだことがない, まったく知らない, より選択
Q19	ガイドランス内で麻薬自己管理が推進されていることへの認知度について	このアンケートを行う前から知っている, アンケートで初めて知った, より選択
Q20-1	入院患者への医療用麻薬の自己管理を推進すべきと思うか	とてもそう思う～まったくそう思わないまで5段階から選択
Q20-2	(先の質問で「とてもそう思う」「ややそう思う」と回答した回答者のみ) 入院患者への医療用麻薬の自己管理は、どのように推進すべきか(複数選択可能)	日本緩和医療学会など学会で推奨する, 手順書(標準的管理方法)の学会員への公示, 適正患者スクリーニング方法(シート)の学会員への公示, 患者への指導せんの学会員への公示, 成功事例の学会員への紹介(ホームページや学会シンポジウムなど), 患者会での紹介, その他より複数選択

結果および成績

1. 回答者の属性

アンケートへの参加依頼は、会員のなかで入院施設を有する医療機関の薬剤師(病院薬剤師)2,655名に送付した。調査期間中、47都道府県から計228名の回答を得た(回収率8.6%)。回答者の属性として、58%が緩和薬物療法認定薬剤師であった(Q2)。また、勤務施設は、がん診療連携拠点病院が60%と多いものの、拠点病院以外の中核病院(24%)、どちらにも属さない(16%)という分布であった(Q3-1)。医療機関の規模については、病床数100床未満、101～300床以下、301～500床以下、501床以上がそれぞれ39%、34%、21%および6%と広く分布した(Q3-2)。回答者の緩和医療に関する活動スタンスとしては、73%が緩和ケアチームの構成員として関わり、

85%が医療用麻薬の患者自己管理に直接関与していた(Q4)。

2. 自己管理の実施実態

医療用麻薬の自己管理実施状況について、特徴的な結果を図1に示した。まず、自己管理を実施している回答が71%であった。実施までに至らないが検討した回答(13%)、過去実施していた回答(6%)を含むと、90%の回答者が入院患者への医療用麻薬の自己管理に関心があった(Q5-1)(図1A)。

自己管理の実施施設について、すべての病棟で可能という回答が72%あり、実施場所の制限はない場合が多かった(Q5-2)(図1B)。自己管理の提案者は、病棟看護師が最も多かった。次いで緩和ケアチーム、病棟薬剤師などの医療者からの提案が多かったが、患者自身の希望についても、看護師からの提案の次に多かった(Q7)(図1C)。

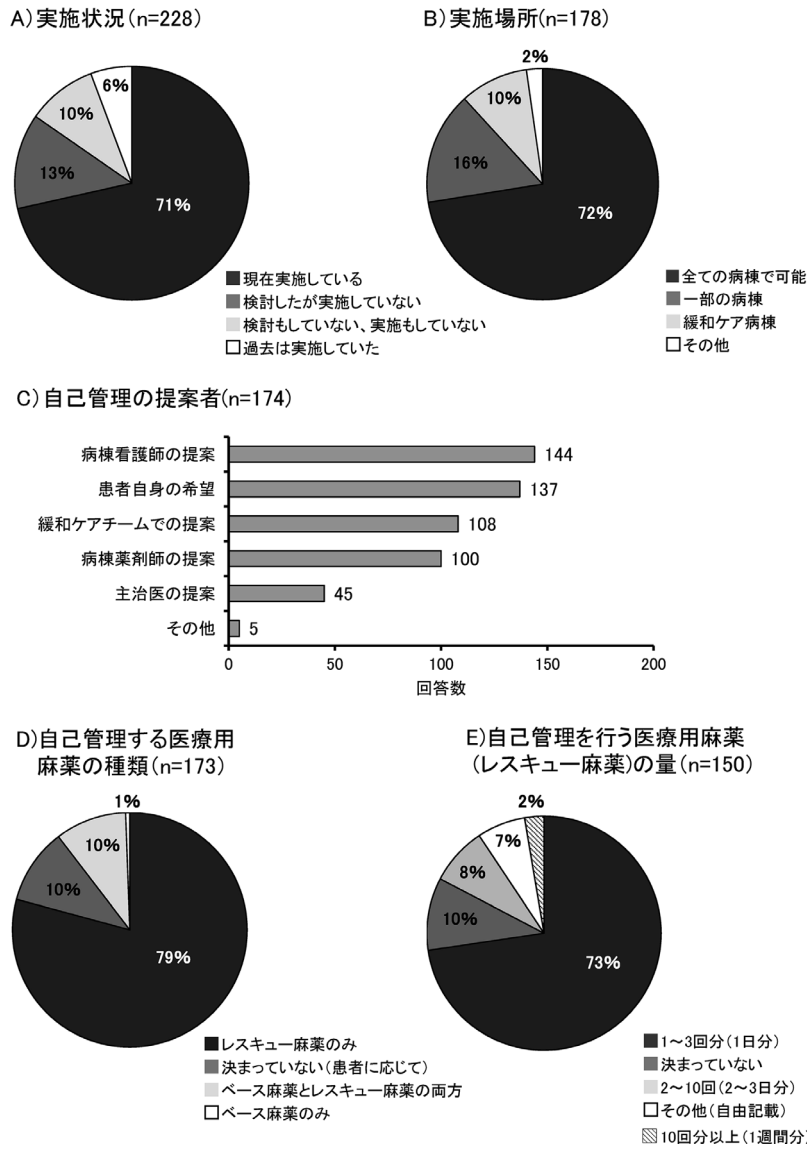


図1 医療用麻薬の自己管理実施状況. 医療用麻薬の自己管理実施状況に関する回答分布を円グラフあるいは棒グラフで示す. 括弧内は, 有効回答数. 回答者における医療用麻薬の実施状況を A), 実施経験のある回答のうち実施場所を B) に円グラフで示す. また, 自己管理の提案者を C) に棒グラフで示す (複数回答あり). 自己管理されている医療用麻薬の種類と量を D) および E) に示す.

自己管理を行う医療用麻薬の種類については, レスキュー薬のみが79%と多く, かつ1~3回分(1日分)の少数使用量を自己管理している施設が73%であった(Q9-1~3)(図1Dおよび図1E). ただし, レスキュー薬の種類(SAO: short acting opioidsかROO: rapid-onset opioid)では, SAOのみという回答は(27%)であり, ROOを含めて種類を問わない施設が72%であった(Q9-4).

3. 自己管理の実施および中止要件と経験された問題

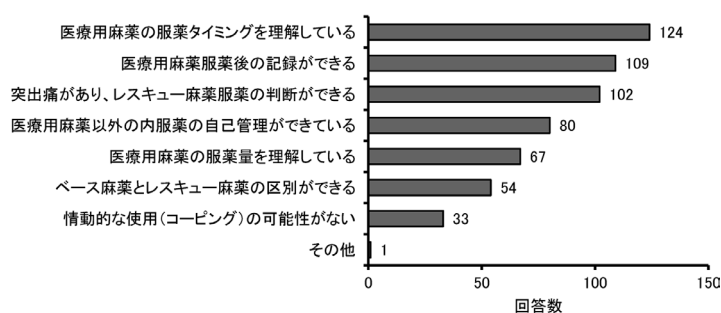
入院患者が自己管理を実施するために必要な一定の管理能力(要件)については, 176名から計570件の回答を得た. 回答が多い順に, 服薬タイミングの理解(124件), 服薬記録ができること(109件), レスキュー麻薬服薬の

判断ができること(102件), 麻薬以外の内服薬の自己管理ができること(80件)などが回答された(Q8-1)(図2A).

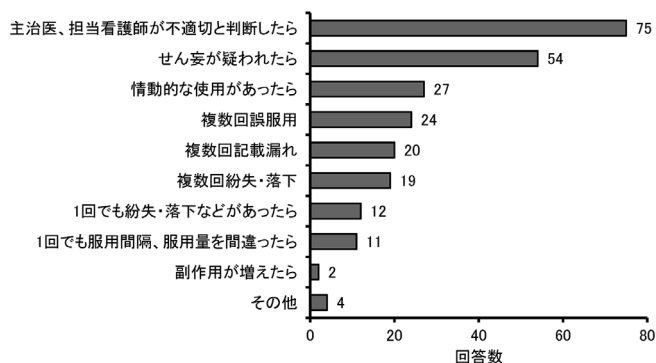
一方, 中止要件を決めているという回答は, 実施経験のある回答者の50%に過ぎなかった(Q8-2). 中止要件としては, 88名の回答者から248件の回答が得られ, 主治医や看護師の主観的な判断(75件), せん妄(54件), 情動的な使用(27件), 複数回の誤服用(24件), 複数回の使用記録漏れ(20件)などが回答された(Q8-3)(図2B).

自己管理実施中に問題となった事例の経験は, 自己管理導入経験のある回答者の35%で「ある」と回答された(Q12-1). 事例は, 61名の回答者から96件の回答が得ら

A)自己管理する際に患者が持つべき要件(n=176)



B)具体的な中止要件(n=88)



C)自己管理中問題となった事例(n=61)

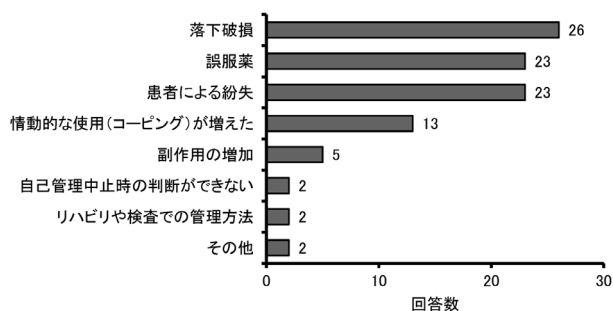


図2 自己管理の実施および中止要件と経験された問題. 医療用麻薬の自己管理実施状況に関する回答数(複数回答あり)を棒グラフで示した. 括弧内は, 有効回答者数. 自己管理する際に患者がもつべき要件をA), 具体的な中止要件をB), 自己管理中問題となった事例をC)に棒グラフで示す.

れ, 落下破損(26件), 誤服用(23件), 患者による紛失(23件)などが回答された(Q12-2)(図2C).

4. 自己管理未実施の理由, 実施に向けた懸念について

自己管理が未実施の理由については, 52名の回答者から166件の回答を得た(Q14). 回答の多い順に, 事故への懸念(40件), 院内ルールの未整備(33件), ベッドサイドでの麻薬の保管場所がない(22件)などが回答された(図3A).

自己管理が実施されない人的障壁については, 62名の回答者の55%がどちらかといえばある, 24%がどちらかといえない, 21%がわからないという回答であった(Q15-1). 人的障壁の対象については, これがあると回答した34名から68件の回答が得られた. 回答の多い順に,

看護部の管理者や看護師長の理解が得られない(24件), 薬剤部の管理者や麻薬管理者の理解が得られない(16件), 現場の各種医療スタッフの理解が得られない(12件), 医療安全責任者の理解が得られない(11件), 病院長の合意が得られない(5件)が回答された(Q15-2).

自己管理導入に対する懸念については, 52名の回答者から201件の回答を得た(Q16). 多い順に, 患者による紛失(45件), 誤使用(37件), 患者が服用時期を適切に判断できない(32件)であった(図3B).

未実施施設における懸念や障壁がありながら, 自己管理させることへの要望があるか否かについては, 66名から回答が得られ, 48%が患者から要望あり, 11%が看護師から要望あり, 4%が医師から要望ありと, 全体として

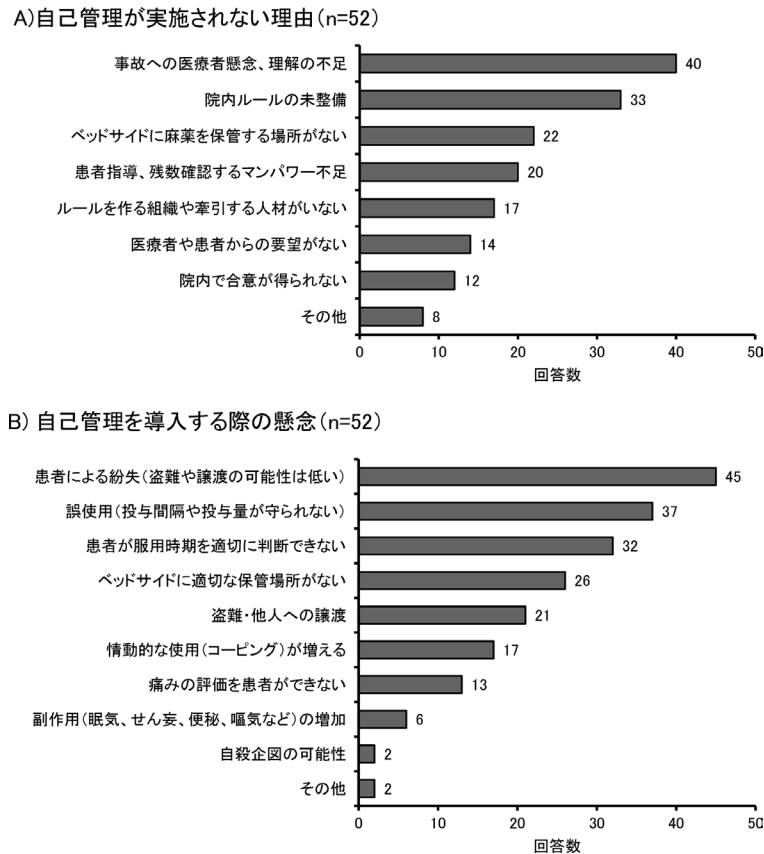


図3 自己管理未実施の理由，導入への懸念，自己管理未実施の理由，導入への懸念への回答数（複数回答あり）をそれぞれA)およびB)に棒グラフで示す。括弧内は、有効回答者数。

63%が要望を受けていた（Q13）。

5. 自己管理を推進するべきか，推進に向けて自施設や学会が整備すべき要件について

厚生労働省の医療用麻薬適正使用ガイドランスの周知に関しては，228名の回答者の94%がガイドランスの存在を認知し，さらに86%がガイドランスにおいて自己管理の推進に関する記載があることを認知していた（Q18～19）。

入院患者への医療用麻薬の自己管理を推進すべきかどうかに関しては，228名の回答者の52%がとてもそう思う，36%がややそう思うという回答があり，全体の88%が自己管理の推進に肯定的な意見であった（Q20-1）（図4A）。

医療用麻薬の自己管理は，患者の除痛やQOL改善に寄与していると思うかという質問に対しては，174名の回答者の67%がとてもそう思う，31%がややそう思うとの回答であり，全体の98%が自己管理による除痛やQOL向上のメリットがあるのとらえていた（Q10）。

医療用麻薬の自己管理による医療者の負担軽減については，174名の回答者から19%がとてもそう思う，45%がややそう思うとの回答があり，全体の64%が肯定的にとらえていた。しかし，26%がわからない，8%があまりそう思わない，2%がまったくそう思わないと回答し，負担

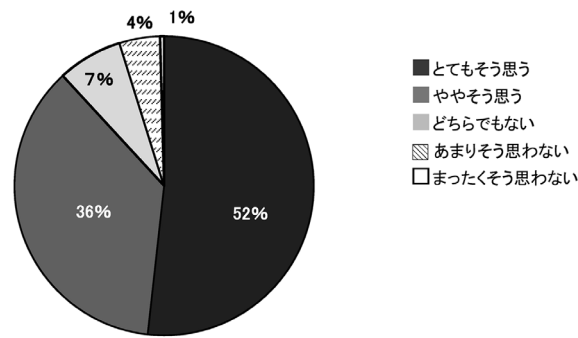
軽減が明確ではないあるいはむしろ負担増加のデメリットを実感している回答も36%存在した（Q11）。

自己管理推進に向けて所属施設が整備すべき要件については，228名の回答者から658件の回答を得た（Q17）。回答の多い順に，病棟実施スタッフの理解と支援（206件），マニュアルの整備（169件），管理的医療スタッフの理解と支援（155件），患者や家族の理解協力（124件）が回答された（図4B）。同様に学会が整備すべき要件については，回答の多い順に，手順書（標準的管理方法）の公示（148件），適用患者のスクリーニング方法の公示（130件），学会で推奨（112件），患者指導せんの公示（83件），成功事例の紹介（74件），患者会での紹介（50件）であった（Q20-2）（図4C）。

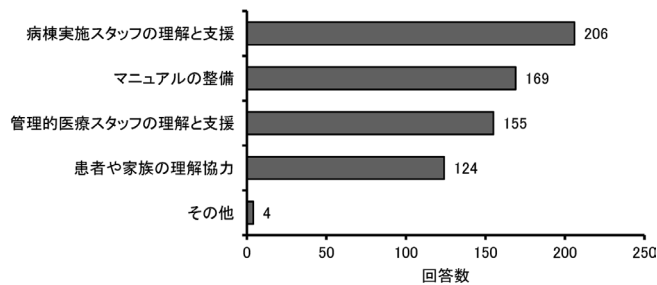
考 察

今回の会員アンケート結果から，入院患者に対する麻薬自己管理の実施状況は回答者の71%で実施されていたものの，検討したが実施されていない，中止された，あるいは検討されていないという回答が29%あった。入院患者への麻薬自己管理については，2006年12月に厚生労働省医薬食品局監視指導・麻薬対策課より交付されている

A) 入院患者への医療用麻薬の自己管理を推進すべきか(n=228)



B) 自己管理を推進するために自施設で整備すべき要件(n=228)



C) 自己管理を進めるために、学会が推進すべきことはなにか(n=228)

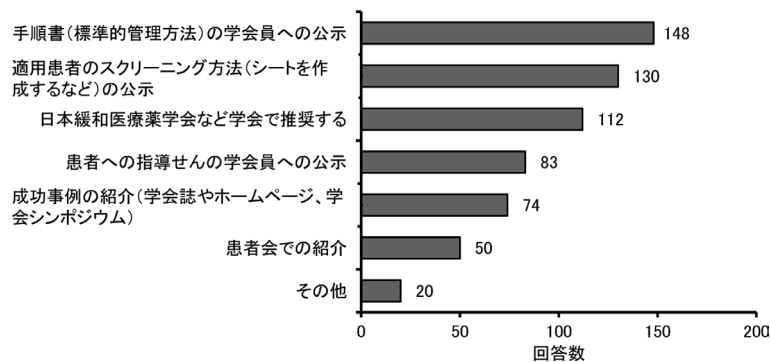


図4 自己管理の推進に関する意向、整備する要件。A)において、入院患者への医療用麻薬の自己管理を推進すべきかについて、回答比率を円グラフで示す。自己管理を推進するために自施設および学会が整備すべき要件についての回答数(複数回答あり)をそれぞれB)およびC)に棒グラフで示す。いずれも括弧内は、有効回答者数。

「病院・診療所における麻薬管理マニュアル」¹²⁾において、入院患者の手元で麻薬を管理すること、仮に紛失等が生じた場合にも麻薬事故届は不要であることが明記された。さらに、同課より2017年に交付された「医療用麻薬適正使用ガイドンス」⁸⁾においても、より踏み込んだ表現「自己管理を一律に制限することがないよう、院内マニュアル等の見直しを行い、患者に合わせた服薬管理が可能となるよう考慮する」ことが明記されている。

これまで著者らは、2017年6月に日本緩和医療薬学会年会で開催されたワークショップの参加者(74名)を対象に、アナライザーにおける会場アンケートを解析しており、この際の自己管理実施率は52%であったことを報告

した¹¹⁾。回答者の背景の違いにより単純に比較はできないが、約3年経た今回の実施率は71%と向上した。また今回のアンケートでは、自己管理の実施場所については緩和ケア病棟などを限定せずすべての病棟で可能という回答が72%を占め、より多くの患者が自己管理できる療養環境下にある可能性も考えられた。さらに、自己管理の提案者においては、看護師や患者自身が多い点は同様であるが、今回主治医という回答が少なからず得られた。これは、医師にも自己管理のメリットが認識されてきた可能性がある。

今回の結果において自己管理をしている麻薬の種類については、レスキュー薬のみという回答が79%を占めた。

さらに、自己管理する量も1～3回分が73%と多かった。レスキュー薬1回分という自己管理は、「飲んでしまったらまた要望しなくてはならない」という心理的障壁になり、患者にがん性疼痛を我慢させる可能性もある。退院後の副作用への対処を身につけるためにも、定期薬やレスキュー薬をより広く管理することが有用であると考えられ、今後の自己管理内容の拡充が期待された。

今回、自己管理をする際に患者がもつべき要件については、半数以上の回答者が「服薬タイミングの理解」、「服薬記録」、「突出痛とレスキュー薬の使用判断」の3項目を挙げた。自己管理の実施経験を有する回答者の施設では、このような実施要件が設定されていると推察される。実施要件の明確化ならびに判断精度の向上は、安全に自己管理ができる対象者をスクリーニングするために有用であると考えられる。一方、中止要件に関する回答(88件)は、実施要件に関する回答(176件)に比べ少なかった。また、その内容についても「主治医や担当看護師が不適切と判断したら」という不明確な判断基準が最多であった。実際に問題となった事例には、落下破損や誤服薬、紛失、判断ができないなどの事例が経験されており、中止要件にあるせん妄が関連している可能性も考えられた。せん妄を含めて中止要件を明確化することも、安全に自己管理を行うために重要であると思われた。

今回、自己管理が実施されない理由とその懸念に関するアンケート結果から、複数の障壁があると思われた。まず、第一に医療者が自己管理のメリットより事故(紛失、誤服用、コーピングなど)への懸念を抱いてしまう不安と自己管理を行うことが特殊な取り組みであるという誤解であろう。前述のとおり、厚生労働省の医療用麻薬適正使用ガイダンスにおいては、自己管理の推進が明記されているが、このガイダンスおよびそでの自己管理推進に関する記載の認知度は、自己管理を検討も実施もしていない施設では、23%で認知されていなかった。これは、自己管理をすでに実施あるいは導入を検討した施設における13%より高かった。例えば、今回未実施の理由に関する回答では、麻薬を保管する場所がないという回答も少なくなかったが、ガイダンスでは、保管する場所は患者のベッドまわりの引き出しなどで紛失しない場所であればよい旨が記載されている。これらの理解不足やガイダンスの周知の低さが人的障壁となって普及を妨げていると推測され、実際今回の未実施施設における回答の過半数(55%)において、人的障壁があると回答されていた。この多くは、看護師や薬剤師の管理的立場の理解や懸念、現場の看護師の不安である。自己管理の普及には、実施スタッフ管理的スタッフが突出痛の生理と自己管理の医学的メリットを理解する必要がある。突出痛は、「持続痛が適切にコントロールされているにもかかわらず自然にまたは予測できる/できない

一過性の痛みの増強¹³⁾であることから、突出痛の頻度と予測の可否、ピークまでの到達時間にもよるが、多くの患者が速やかに服薬できる療養下にあることが望ましいと理解すべきである。そして、自己管理は、がん性疼痛の軽減に寄与することが示されている¹⁴⁾。自己管理の実施に懸念を抱く医療者がいるなかで、院内でそれを普及させていくには、実施(中止)要件を含む確かな院内ルールを策定し、これら懸念をもつ医療者を対象とした普及活動が重要であると考えられた。これらの活動が結実するまで、そして自己管理ができる体制となっても、緩和ケアチームの薬剤師など運用を牽引する人材が必要である。しかし、そのマンパワー不足が第二の障壁となっていると考えられた。これは、自己管理の医療者の負担軽減に関する質問で、36%が軽減を実感しないあるいは負担増を回答していたことにも裏づけられた。

今回、未実施施設の回答者においても、63%が患者および他職種からの自己管理実施への要望を受けており、回答全体を通して88%の回答者が自己管理を推進すべきである、98%が除痛やQOL向上に寄与すると肯定的な意見を示した。以上を踏まえると、自己管理の普及広報活動や標準的な管理手順、患者スクリーニング方法の公示による実施者の負担軽減などを学会が取り組むべきニーズとして示唆された。

今回のアンケート調査の結果の解釈には、注意(Limitationの存在)がある。回答率は8%であり、回答者は認定薬剤師やがん診療連携拠点病院が多いという点から、自己管理に対する意識が高い会員に偏在していた可能性がある。さらに、回答は無記名で、個人を特定しない形で集積された結果、同じ施設から複数の回答がなされた可能性がある。また、回答者の施設で500床以上の病院が6%と少なく、多数のがん患者を抱える病院での自己管理の実施に関する実態や課題について、本研究からは十分に検証できていない。しかし、これらLimitationを踏まえても、自己管理の実施率の向上に向けた課題や障壁が依然あるものと推測された。

以上の結果より、がん性疼痛を有する入院患者が、あらゆる医療機関において、希望すれば医療用麻薬を自己管理できることを目指し、緩和医療に関わる医療者や学会が一丸となって、さらなる普及活動を進めることが必要であると示唆される。

利益相反：報告すべき利益相反はない。

謝 辞

アンケートにご回答いただきました、日本緩和医療薬学会の会員の皆様に御礼申し上げます。

文 献

- 1) Deandrea S, Corli O, Consonni D, et al. Prevalence of breakthrough cancer pain: A systematic review and a pooled analysis of published literature. *J. Pain Symptom Manage.* 2014; 47: 57-76.
- 2) Mercadante S, Marchetti P, Cuomo A, et al. Breakthrough cancer pain: Preliminary data of the Italian oncologic pain multisetting multicentric survey (IOPS-MS). *Adv. Ther.* 2017; 34: 120-135.
- 3) 高木安雄. がん療病ケアに患者と医療者で意識のズレ. *薬事* 2009; 51: 1102-1103.
- 4) 片岡理恵. 患者に我慢をさせない診療を—がん患者の疼痛緩和ケア. *Mainichi Med. J.* 2008; 4: 533-536.
- 5) Laugsand EA, Sprangers MA, Bjordal K, et al. Health care providers underestimate symptom intensities of cancer patients: A multicenter European study. *Health Qual. Life Outcomes* 2010; 8: 104.
- 6) 佐藤淳也, 木村裕輔, 長澤昌子, 他. 入院がん患者を対象とした麻薬性鎮痛薬自己管理プロトコルの構築と有用性. *日緩和医療誌* 2013; 6: 1-9.
- 7) 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.
- 8) 医療用麻薬適正使用ガイドンス. がん疼痛及び慢性疼痛治療における医療用麻薬の使用と管理のガイドンス. 厚生労働省医薬・生活衛生局 監視指導・麻薬対策課, 平成 29 年 4 月, 73-77 頁.
- 9) 中村和行, 杉浦礼菜, 野田実希, 他. がん診療連携拠点病院等を対象とした入院患者の麻薬レスキュー薬自己管理の実態に関する全国調査. *日病薬師会誌* 2019; 55: 1202-1210.
- 10) 尾崎正和, 佐藤真也, 伊東真由子, 他. 山口県下の病院における患者の麻薬自己管理に関する実態調査. *日緩和医療誌* 2017; 10: 97-104.
- 11) 佐藤淳也, 岡本禎晃, 高橋寛名, 他. 入院患者の麻薬自己管理の実施実態に関するアンケート調査. *日緩和医療誌* 2018; 11: 7-12.
- 12) 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, 平成 23 年 4 月, 6-7 頁.
- 13) Davies AN, Dickman A, Reid C, et al. The management of cancer-related breakthrough pain: Recommendations of a task group of the Science Committee of the Association for Palliative Medicine of Great Britain and Ireland. *Eur. J. Pain* 2009; 13: 331-338.
- 14) 佐藤淳也, 木村裕輔, 長澤昌子, 他. 入院がん患者を対象とした麻薬性鎮痛薬自己管理プロトコルの構築と有用性. *日緩和医療誌* 2013; 6: 1-9.

National Survey on the Prevalence of Medical Narcotic Self-management by Inpatients: Report from the Research Promotion Committee of the Japanese Society for Pharmaceutical Palliative Care and Sciences

Junya SATO,^{*1, *9} Masayuki MIYAZAKI,^{*2, *9} Hisamitsu TAKASE,^{*3, *9}
Maho TAGUCHI,^{*4, *9} Katsuya MAKIHARA,^{*5, *9} Yoshihiro YAMAMOTO,^{*6, *9}
and Yasuhito UEZONO^{*7, *8, *9}

^{*1} Department of Pharmacy, International University of Health and Welfare Hospital,
537-3, Iguchi, Nasushiobara 329-2763, Japan

^{*2} Department of Pharmacy, Nagoya University Hospital,
65, Tsurumai-cho, Showa-ku, Nagoya 466-8560, Japan

^{*3} Department of Pharmacy, Nippon Medical School Tamanagayama Hospital,
1-7-1, Nagayama, Tama 206-8512, Japan

^{*4} Laboratory of Regulatory Sciences, Yokohama University of Pharmacy,
601, Matano-cho, Totsuka-ku, Yokohama 245-0066, Japan

^{*5} Department of Pharmacy, Yodogawa Christian Hospital,
6-9-3, Higashi-nakajima, Higashi-yodogawa-ku, Osaka 533-0033, Japan

^{*6} Departments of Pharmacy, Komaki City Hospital,
1-20, Jobushi, Komaki 485-8520, Japan

^{*7} School of Medicine, Jikei University,
3-25-8, Nishi-shimbashi, Minato-ku, Tokyo 105-8461, Japan

^{*8} Division of Supportive Care Center, National Cancer Center Hospital East,
6-5-1, Kashiwanoha, Kashiwa 277-8577 Japan

^{*9} Research Promotion Committee, Japanese Society for Pharmaceutical Palliative
Care and Sciences,
1-4-8, Tosabori, Nishi-ku, Osaka 550-0001, Japan

Abstract: To effectively manage cancer pain, it is important to adjust the narcotic analgesic dose based on the patient's subjective evaluation of pain, followed by the prompt use of rescue drugs. Self-management of medical narcotics by inpatients is effective for alleviating pain. However, the prevalence of self-management of medical narcotics by inpatients is not clear. In this study, the prevalence of medical narcotic self-management by inpatients was investigated among hospital pharmacists who are members of the Japanese Society for Pharmaceutical Palliative Care and Sciences. Responses were obtained from 228 members through an anonymous online survey. Of these, 60% worked at the cancer medical treatment cooperation base hospital. In addition, 73% of the respondents were members of a palliative care team and 58% were board certified pharmacists in palliative pharmacy. Overall, 71% of the respondents reported that medical narcotics were self-administered by inpatients at their facility. With regard to including respondents that had considered or were considering self-management, 84% were found to be positively engaged in self-management. However, in 60% of respondents, rescue narcotics were limited to one dose. Furthermore, several issues were also highlighted: for example, lack of criteria to determine when self-management becomes too challenging for patients. It is important that the benefits of self-management are well known and standard management methods formulated to encourage the self-management of medical narcotics by inpatients.

Key words: narcotic analgesic, cancer pain, self-management, nationwide prevalence