

## [原著論文]

## がんの痛みと鎮痛薬に対する負のイメージ改善を目的とした 多職種による患者教育の効果

山口 文子<sup>\*1,\*2</sup> 鈴木 滯<sup>\*1,\*2</sup> 柏木 幸子<sup>\*2,\*3</sup> 江原 晶子<sup>\*2,\*4</sup>  
木村 尚子<sup>\*2,\*5</sup> 嶋中ますみ<sup>\*2,\*3</sup> 土井 千春<sup>\*2,\*5</sup> 佐藤 透<sup>\*1</sup>

<sup>\*1</sup> 済生会横浜市南部病院薬剤部

<sup>\*2</sup> 済生会横浜市南部病院緩和ケアチーム

<sup>\*3</sup> 済生会横浜市南部病院看護部

<sup>\*4</sup> 済生会横浜市南部病院福祉医療相談室

<sup>\*5</sup> 済生会横浜市南部病院緩和医療科

(2019年5月8日受理)

**【要旨】** がんの痛みやがんの痛みに使用する鎮痛薬に対する負のイメージ改善と正しい知識の啓発を目的として、がん患者とその家族を対象に、多職種による痛みの教室（以下、教室）を実施している。2009年3月～2018年3月までの教室の参加者を対象に、教室の前後でアンケート調査を行い、がんの痛みや鎮痛薬に対する認識を調査し、負のイメージ改善における多職種による患者教育の有効性について検討を行った。「鎮痛薬を使用すると中毒になると思いますか」に代表されるがんの痛みに使用する鎮痛薬に関する設問について、教室前（61.7%）から教室後（13.7%）で有意に負のイメージの改善が認められ（ $p < 0.001$ ）、教室が有効であることが示唆された。

キーワード：がん性疼痛、痛み、鎮痛薬、患者教育、緩和ケア

### 緒 言

わが国において、がんは死因の第1位の疾患であり、今後も増加傾向であると推計されている<sup>1)</sup>。そして、がん患者全体の約30%に痛みが伴い<sup>2-4)</sup>、進行がん患者では約60%に疼痛管理が必要であるという報告<sup>5)</sup>もあり、がん診療における緩和ケアの重要性は高い。しかし、日本における医療用麻薬の必要量に対する実使用量の比率（充足率）は15.54%と先進国の中で最も低く<sup>6,7)</sup>、がん患者の疼痛管理がいまだ十分に行われていないことが推測できる。その背景には、がん患者および家族に医療用麻薬に対する誤解や偏見があることが問題視されており<sup>8,9)</sup>、医療用麻薬の使用開始の遅れや鎮痛に適切な量まで増量できない要因の一つとなっている。

がん患者に対して医療用麻薬に関する正しい知識を教育することにより、痛みや医療用麻薬についての正しい知識の習得のみならず、痛みの改善にも効果的であることが示唆されており<sup>10,11)</sup>、がん疼痛マネジメントにおける患者教育の重要性は高い。しかしながら、その研究の多くが看護師による介入であり、具体的な教育方法についても一定の見解はない。がんの痛みは、身体的苦痛をはじめ、精神的、社会的、スピリチュアル的な苦痛を伴い、それらはさ

らに身体的苦痛を増強するとされる<sup>12)</sup>。そのため、全人的な苦痛を伴うがん患者および家族に対する教育は多職種で行う必要性が高いと考えられる。

済生会横浜市南部病院（以下、当院）緩和ケアチームは、がんの痛みやがんの痛みに使用する鎮痛薬に対する負のイメージ改善と正しい知識の啓発を目的として、がん患者とその家族を対象に2009年より医師、薬剤師、看護師、医療ソーシャルワーカー（以下、MSW）の4職種による、がんの痛みの教室（以下、教室）を実施している。

今回、教室の前後でアンケート調査を行い、がん患者および家族が抱えているがんの痛みとがんの痛みに使用する鎮痛薬に対する認識を調査し、多職種で行う患者教育による負のイメージ改善効果を調査した。

### 方 法

#### 1. がんの痛みの教室内容

教室参加の対象は当院に入院中および外来通院中のがん患者とその家族とし、痛みの有無、鎮痛薬使用の有無は問わなかった。教室は、毎月2回シリーズで開催し、全2回の参加を原則とした。

第1回は「がんの痛みと鎮痛薬について」というテーマで、がんの痛みとがんの痛みに使用する鎮痛薬（非オピオイド鎮痛薬、オピオイド鎮痛薬）に関する正しい知識、痛みの治療計画と具体的な鎮痛薬の使用法に関する内容を医師と薬剤師が担当した。第2回は「痛みへの対処方

法と福祉サービスについて」というテーマで、痛みのセルフコントロール、福祉サービスに関する内容を看護師とMSWが担当した(表1)。教室1回あたりの時間は約1時間で、当院緩和ケアチームで作成した冊子をもとに説明を行い、教室終了後も繰り返し読むことができるように参加者へ冊子を交付した。

## 2. アンケートの実施

2009年3月～2018年3月までの教室の参加者のうち、全2回参加し、教室前後アンケートの両方に回答した126名を調査対象とした。アンケートは、第1回の教室開始前と第2回の教室終了後に行った。表2に示す内容で、がんの痛みに関する設問を2項目、がんの痛みに使用する鎮痛薬へのイメージに関する設問を4項目とし、回答は「そう思う」「ややそう思う」「やや思わない」「まったく思わない」の4段階選択式とした。また、教室終了後に教室の内容について、「とても参考になった」「少し参考になった」「どちらでもない」「あまり参考にならなかった」「まったく参考にならなかった」の5段階選択式の評価とした。

教室前後のアンケート解析は、Wilcoxon符号付順位検定を用いて行い、 $p < 0.05$ を統計学的に有意とし評価した。統計解析には、JMP<sup>®</sup>10(SAS Institute, Inc., Cary, NC, USA)を用いた。

なお、本研究は済生会横浜市南部病院臨床研究倫理部会の承認を得て、研究計画に従って実施した(承認番号: 2018-N13)。

## 結 果

### 1. アンケート回答者の内訳

教室前後アンケートの両方に回答した対象者の内訳を表3に示す。教室の参加者は患者55名(43.6%)、家族68名(54.0%)であり、患者と家族の参加人数に偏りはなかった。参加者の年齢は70歳代が45名(35.7%)と最も多く、次いで60歳代22名(17.5%)、50歳代21名(16.7%)であり、性別では女性の参加が男性の約1.5倍多かった。また、教室参加時に患者の16名(29.1%)に痛みがあり、13名(23.6%)がなんらかの鎮痛薬を使用していたが、痛みがある患者のうち6名は痛みがあるにもかかわらず鎮

表1 がんの痛みの教室概要

説明内容	担当者
第1回「がんの痛みと鎮痛薬について」	
・痛みの原因 ・痛みと病期の関係 ・痛みを医療従事者へ伝達することの意義 ・痛み治療の目標と計画	医師
・鎮痛薬の種類、効果と副作用 ・非オピオイド鎮痛薬とオピオイド鎮痛薬の違い ・医療用麻薬(オピオイド鎮痛薬)の誤解 ・鎮痛薬の具体的な使用方法	薬剤師
第2回「痛みへの対処方法と福祉サービスについて」	
・痛み治療の目標と計画 ・痛みを医療従事者へ伝達することの意義 ・疼痛緩和につながる薬物療法以外の方法 ・がん患者と家族を支えるサポート体制	看護師
・医療費、生活費に関する制度 ・介護保険制度 ・療養場所(緩和ケア病棟、在宅など)	MSW

表2 アンケートの設問内容

がんの痛みについて(2項目)
Q1-1 痛みが出てくるのは病気が悪化したサインだと思いますか
Q1-2 医療者に痛みについて話すのは遠慮してしまいますか
がんの痛みを使用する鎮痛薬へのイメージについて(4項目)
Q2-1 鎮痛薬を使用すると中毒になると思いますか
Q2-2 鎮痛薬の副作用で苦しむより痛みを我慢する方がいいと思いますか
Q2-3 将来痛みが強くなった時に困らないように、少しの痛みでは鎮痛薬を使用したくないと思いますか
Q2-4 鎮痛薬では、がんの痛みを緩和できないと思いますか
痛みの教室について(1項目) <sup>a)</sup>
Q3-1 痛みの教室の内容はどうでしたか

a) 教室後アンケートのみの設問項目。

表3 アンケート回答者の内訳 (n = 126)

項目	人数	(%)
回答者		
患者/家族/不明	55/68/3	(43.6/54.0/2.4)
性別		
男性/女性	49/77	(38.9/61.1)
年齢		
39歳以下	8	(6.3)
40歳代	11	(8.7)
50歳代	21	(16.7)
60歳代	22	(17.5)
70歳代	45	(35.7)
80歳以上	17	(13.5)
不明	2	(1.6)
痛みの有無 <sup>a)</sup>		
あり/なし/不明	16/38/1	(29.1/69.1/1.8)
鎮痛薬使用の有無 <sup>a)</sup>		
あり/なし	13/42	(23.6/76.4)

a) 患者のみ (n = 55).

痛薬を使用していなかった。

## 2. 痛みの教室前後におけるがんの痛みと鎮痛薬に対する認識

教室の参加者別、すなわち患者、家族のいずれにおいても同様の傾向がみられたため、まとめて集計を行った。

### 2-1. がんの痛みに対する認識の変化

教室前後におけるがんの痛みに対する認識の変化を図1 (A) に示す。「痛みが出てくるのは病気が悪化したサインだと思いますか」という設問 (Q1-1) では、教室前は「そう思う」「ややそう思う」が117名 (93.6%) であったが、教室後は87名 (69.6%) に減少し、がんの痛みに対する負のイメージを有意に改善した ( $p < 0.001$ )。

「医療者に痛みについて話すのは遠慮してしまいますか」という設問 (Q1-2) では、教室前は「そう思う」「ややそう思う」17名 (14.1%) であったが、教室後は30名 (24.0%) と増加した ( $p = 0.93$ )。

### 2-2. がんの痛みを使用する鎮痛薬に対する認識の変化

教室前後におけるがんの痛みを使用する鎮痛薬に対する認識の変化について図1 (B) に示す。「鎮痛薬を使用すると中毒になると思いますか」という設問 (Q2-1) では、教室前は「そう思う」「ややそう思う」が74名 (61.7%) であったが、教室後は17名 (13.7%) に減少し、がんの痛みを使用する鎮痛薬に対する負のイメージを有意に改善した ( $p < 0.001$ )。

その他、「鎮痛薬の副作用で苦しむより痛みを我慢する方がいいと思いますか」(Q2-2) では、教室前33名 (27.5%) から教室後17名 (13.7%)、「将来痛みが強くなった時に困らないように、少しの痛みでは鎮痛薬を使用したくないと思いますか」(Q2-3) では、教室前62名 (50.8%) から教室後31名 (24.8%)、「鎮痛薬では、がんの痛みを緩和できないと思いますか」(Q2-4) では、教室前44名

(35.4%) から教室後26名 (20.8%) に減少し、がんの痛みを使用する鎮痛薬に対する負のイメージは、すべて有意に改善が得られた ( $p < 0.01$ )。

## 3. 痛みの教室の内容に関する評価

教室の内容に関するアンケート結果を図2に示す。「とても参考になった」が104名 (82.5%)、「少し参考になった」が19名 (15.1%)、「あまり参考にならなかった」が2名 (1.6%)、無回答1名 (0.8%) であった。

## 考 察

がん医療において、患者・家族の quality of life (以下、QOL) は疾患の治癒や生存期間の延長などと同様、重要なアウトカムである<sup>13, 14)</sup>。多くの患者が、がんの経過においてさまざまな身体的、精神的、社会的、スピリチュアル的苦痛を経験しており、それらは患者のQOLを大きく損なう。そのような苦痛は適切な介入により軽減可能であるが<sup>15)</sup>、多くの患者は、適切な介入をされていないことが知られている<sup>16)</sup>。介入の阻害因子には、患者側の因子、医療者側の因子、医療システムの因子などがある。医療者側の因子に対しては、PEACEプロジェクト、ELNEC-J コアカリキュラム看護師教育プログラム、PEOPLEプログラムなどの教育プログラムがある。一方、患者側の因子に対しては、de Witら<sup>17)</sup>、Laiら<sup>18)</sup>の教育プログラムがあるが、具体的な方法と方法を比較した質の高い報告はない。「がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン」においても患者教育についての記載がされており<sup>19)</sup>、われわれの教室では、ガイドラインで推奨されている内容を実施している。さらに、MSWによる療養の場所や利用できるサービスの内容など、がん患者が抱える社会的苦痛にも対応できる内容を入れている。教室の内容に対しては、参加者の97.6%が参考になったと回答しており、教室後アンケートの自由記載欄には、「痛みは我慢せずに表現してコントロールすることが分かった」「痛み止めの思い込みが晴れた」「医療費の不安がなくなった」など、さまざまな意見があり、多職種で患者教育を実施することの必要性を認識できた。

がんの痛みに対する認識について、「医療者に痛みについて話すのは遠慮してしまいますか」の設問 (Q1-2) では、14.1%で遠慮するとの回答であった。また、教室参加時に痛みがあった患者のうち6名は、痛みがあるにもかかわらず鎮痛薬を使用していなかった。鈴木<sup>20)</sup>では、がん患者に対して、痛みのある期間を100として治療を行っても痛みがとりきれなかった期間は34%、最終的に痛みのとれていた期間は18%しかなかったとしている。すなわち、がん患者の多くが医療者への痛みの伝達がうまくできておらず、疼痛管理が十分に行われていない現状が推測される。われわれの教室では、第1回およ

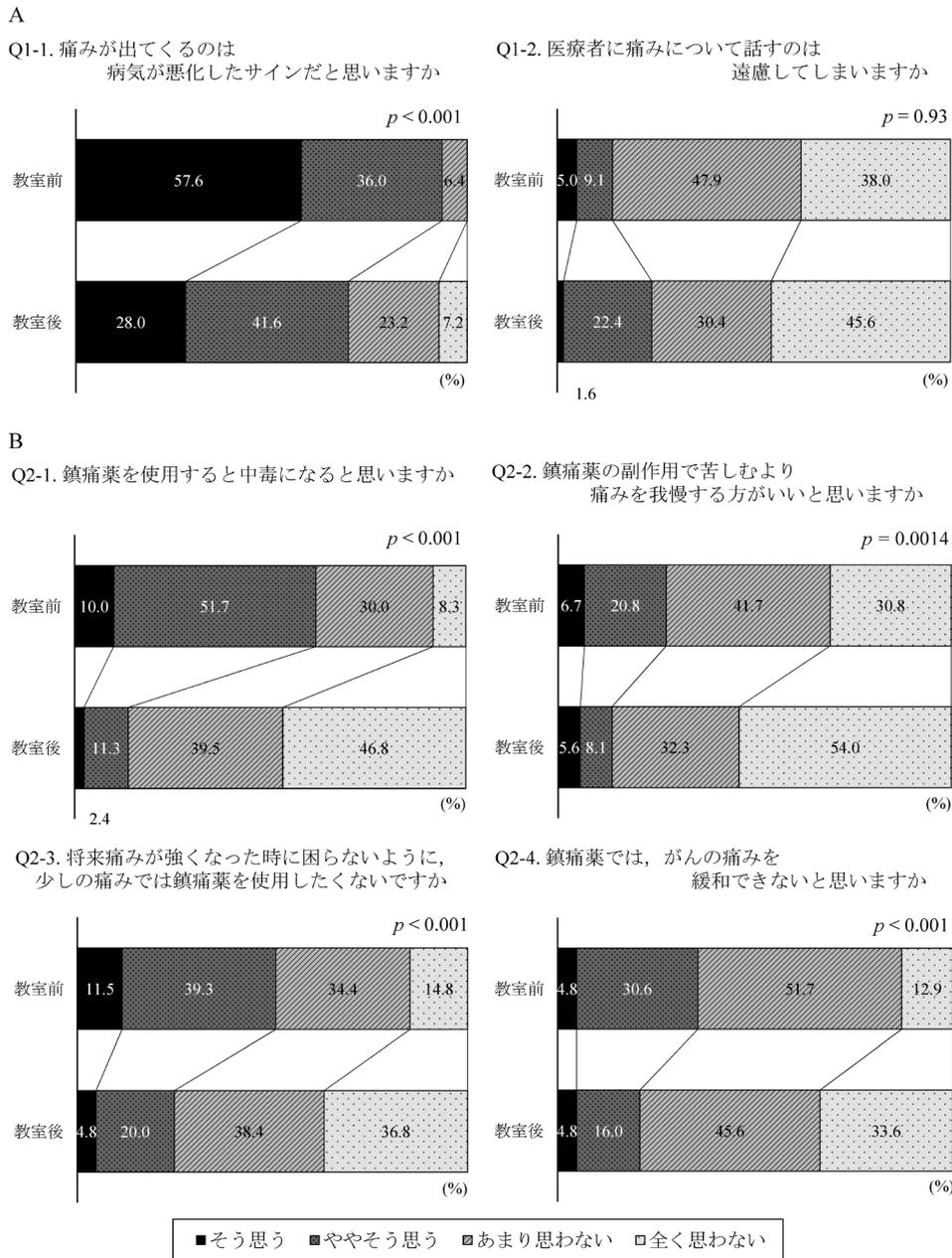


図1 痛みの教室前後におけるがんの痛みと鎮痛薬に対する認識の変化。A：がんの痛みに対する認識，B：がんの痛みに使用する鎮痛薬に対する認識について，痛みの教室前後での変化を示した（n = 126）。

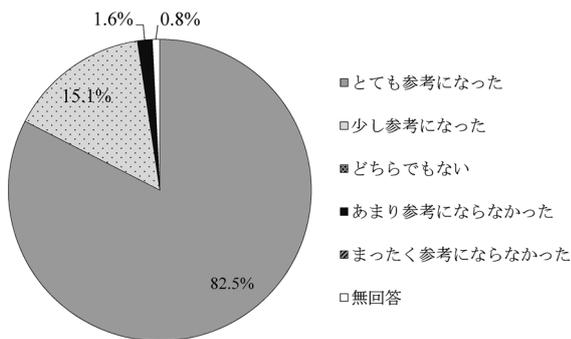


図2 痛みの教室の内容に関する評価（n = 126）

び第2回の両方で医療者へ痛みを伝達することの重要性に関する内容を入れているが、改善が得られず、「医療者へ痛みについて話すのを遠慮する」と回答する割合が教室前（14.1%）よりも教室後（24.0%）のほうが増加した。de Witら<sup>17)</sup>、Laiら<sup>18)</sup>の教育プログラムでは、numeric rating scale（以下、NRS）を用いて痛み日記を記録するなどの具体的な痛みの伝達方法をプログラムに入れている。一方、われわれの教室では、医療者への痛みの伝達の必要性および伝達してほしい内容について説明しているが、NRSによる痛みの評価や痛み日記などの記録についての説明を行っていない。医療者への具体的な痛みの伝達

方法について教室の内容に入れ、がん患者が「痛い」と言いやすい環境をつくり、適切な痛みのアセスメントへつなげる必要があると考えられた。

教室前のアンケート調査より、患者および家族のがんの痛みを使用する鎮痛薬に対する認識を知ることができた。72.5%で「痛みに対して鎮痛薬を使用したい」(Q2-2)、64.6%で「鎮痛薬でがんの痛みを緩和できる」(Q2-4)と認識している一方で、61.7%で「鎮痛薬を使用すると中毒になる」(Q2-1)、50.8%で「将来がんの痛みが強くなった時に困るので、少しの痛みでは鎮痛薬を使用したくない」(Q2-3)という認識であり、がん患者およびその家族の約半数でがんの痛みを使用する鎮痛薬は「中毒になる」「徐々に効果がなくなる」という誤解があることが明らかになった。一般市民を対象にした調査では、「依存症が出現する」「耐性ができる」という誤解が、医療用麻薬に対する誤解に強い影響を及ぼすとしている<sup>21)</sup>。がん性疼痛に対してオピオイド鎮痛薬を使用した場合、精神依存が生じる可能性は非常に低く<sup>22)</sup>、原則に従って使用する限りは耐性を考える必要はない<sup>23)</sup>。また、今井らは、モルヒネやオキシコドンの鎮痛耐性の形成は抑制される<sup>24)</sup>ことを報告している。よって、適切に使用すれば「長い間使用しても依存症は生じない」や「耐性ができて鎮痛薬の効果が弱くなることはない」という事実を積極的に伝えることが、がんの痛みを使用する鎮痛薬に対する負のイメージの改善につながると考えられる。

教室後のアンケート調査より、鎮痛薬に対する設問(Q2)すべてにおいて負のイメージの改善が得られ、教室による患者教育の有効性が明らかとなった。一方、教室後でも誤解をもったままの参加者がおり、負のイメージを完全に払拭することはできなかった。痛みは、実際になんらかの組織損傷が起こったとき、あるいはそのような損傷の際に表現されるような不快な感覚体験および情動体験と定義される<sup>25)</sup>個人的な体験である。われわれの教室では、冊子を用いた2回シリーズの集団教育を実施している。集団教育では十分に負のイメージを改善できなかった参加者に対しては、参加者個々が負のイメージをもつに至った背景などを十分に把握したうえで、個別に話を聞き説明を行うなどのフォローアップも必要であると考えられた。

今回、教室参加時に痛みがあった患者のうち6名は、痛みがあるにもかかわらず鎮痛薬を使用していなかった。患者の背景因子、すなわち痛みの有無、鎮痛薬の使用の有無などが、がんの痛みと鎮痛薬に対する認識に及ぼす影響について検討することができなかった点に本研究の限界があると考えられる。一方、がん患者とその家族の間では、がんの痛みと鎮痛薬に対して教室前の認識および教室前後の認識の変化は同様の結果であった。このことから、がんの痛みと鎮痛薬に関する教育の対象は患者だけではなく、

家族に対しても同様に行う必要があると考えられる。

本研究により、がん患者および家族の約90%が、がんの痛みやがんの痛みを使用する鎮痛薬になんらかの負のイメージをもっていることが明らかとなった。その負のイメージを改善するためには、医師、薬剤師、看護師、MSWによる多職種で行う患者教育が有効であることが示唆された。しかし、本研究では、多職種で行う患者教育による負のイメージ改善が、がん患者の痛みの改善に有用であるかどうかの確認は行っていない。今後は、がん患者を対象にして、多職種で行う教室によるがん性疼痛への影響について明らかにする必要がある。

利益相反 (COI) : 利益相反なし。

## 文 献

- 1) 厚生労働省政策統括官. 平成30年 我が国の人口動態—平成28年までの動向—. 2018.
- 2) Rustoen T, Fossa SD, Skarstein J, et al. The impact of demographic and disease-specific variables on pain in cancer patients. *J. Pain Symptom. Manage.* 2003; 26(2): 696-704.
- 3) Beek SL and Falkson G. Prevalence and management of cancer pain in South Africa. *Pain* 2001; 94: 75-84.
- 4) Strohbecker B, Mayer H, Evers GC, et al. Pain prevalence in hospitalized patients in a German university teaching hospital. *J. Pain Symptom. Manage.* 2005; 29(5): 498-506.
- 5) van den Beuken-van Everdingen MH, de Rijke JM, Kessels AG, et al. Prevalence of pain in patients with cancer: A systematic review of the past 40 years. *Ann. Oncol.* 2007; 18: 1437-1449.
- 6) Suzuki T. Treatment of cancer pain and medical narcotics. *Yakugaku Zasshi* 2015; 135(12): 1325-1334.
- 7) Duthey B and Scholten W. Adequacy of opioid analgesic consumption at country, global, and regional levels in 2010, its relationship with development level, and changes compared with 2006. *J. Pain Symptom. Manage.* 2014; 47(2): 283-297.
- 8) Morita T, Miyashita M, Shibagaki M, et al. Knowledge and beliefs about end-of-life care and the effects of specialized palliative care: A population-based survey in Japan. *J. Pain Symptom. Manage.* 2006; 31(4): 306-316.
- 9) Akiyama M, Takebayashi T, Morita T, et al. Knowledge, beliefs, and concerns about opioids, palliative care, and homecare of advanced cancer patients: A nationwide survey in Japan. *Support. Care Cancer* 2012; 20(5): 923-931.
- 10) Allard P, Maunsell E, Labbé J, et al. Educational interventions to improve cancer pain control: A systematic review. *J. Palliat. Med.* 2001; 4(2): 191-203.
- 11) Goldberg GR and Morrison RS. Pain management in hospitalized cancer patients: A systematic review. *J. Clin. Oncol.* 2007; 25(13): 1792-1801.
- 12) 世界保健機構 編, 武田文和 訳. *がんの痛みからの解放*. 第2版. 金原出版. 東京, 1997.
- 13) Peppercorn JM, Smith TJ, Helft PR, et al. American society of clinical oncology statement: Toward individualized care for patients with advanced cancer. *J. Clin. Oncol.* 2011; 29(6): 755-760.
- 14) Zikos E, Ghislain I, Coens C, et al. Health-related quality of life in small-cell lung cancer: A systematic review on reporting of methods and clinical issues in randomised controlled trials. *Lancet Oncol.* 2014; 15(2): e78-89.

- 15) Faller H, Schuler M, Richard M, et al. Effects of psychoneurologic interventions on emotional distress and quality of life in adult patients with cancer: Systematic review and meta-analysis. *J. Clin. Oncol.* 2013; 31(6): 782-793.
- 16) Forsythe LP, Kent EE, Weaver KE, et al. Receipt of psychosocial care among cancer survivors in the United States. *J. Clin. Oncol.* 2013; 31(16): 1961-1969.
- 17) de Wit R, van Dam F, Zandbelt L, et al. A pain education program for chronic cancer pain patients: Follow-up results from a randomized controlled trial. *Pain* 1997; 73(1): 55-69.
- 18) Lai YH, Guo SL, Keefe FJ, et al. Effects of brief pain education on hospitalized cancer patients with moderate to severe pain. *Support. Care Cancer* 2004; 12(9): 645-652.
- 19) 日本緩和医療学会 編. がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン. 2014年版. 金原出版, 東京, 2014.
- 20) 鈴木英介. がんの痛みは本当にとれているのか? 患者からみたがん性疼痛の治療実態. *Pharma. Med.* 2014; 32: 115-119.
- 21) 諸橋賢人, 岸本桂子, 饒 基治, 他. 中年生活者を対象とした医療用麻薬の誤解に影響を及ぼす要因解明に関する予備的研究. *医療薬* 2015; 41(3): 179-190.
- 22) Højsted J and Sjøgren P. Addiction to opioids in chronic pain patients: A literature review. *Eur. J. Pain* 2007; 11: 490-518.
- 23) Collet BJ. Opioid tolerance: The clinical perspective. *Br. J. Anaesth.* 1998; 81(1): 58-68.
- 24) Imai S, Narita M, Hashimoto S, et al. Differences in tolerance to anti-hyperalgesic effects between chronic treatment with morphine and fentanyl under a state of pain. *Nihon Shinkei Seishin Yakurigaku Zasshi.* 2006; 26(5-6): 183-192.
- 25) Pain terms: A current list with definitions and notes on usage. In Merskey H and Bogduk N. eds. *Classification of Chronic Pain*, 2nd ed., IASP Press, Seattle, 1994; 210-213.

## Effects of Multi-disciplinary Patient Education to Reduce the Negative Image of Cancer Pain and Analgesics

Ayako YAMAGUCHI,<sup>\*1, \*2</sup> Mio SUZUKI,<sup>\*1, \*2</sup> Sachiko KASHIWAGI,<sup>\*2, \*3</sup>  
Akiko EHARA,<sup>\*2, \*4</sup> Naoko KIMURA,<sup>\*2, \*5</sup> Masumi SHIMANAKA,<sup>\*2, \*3</sup>  
Chiharu DOI,<sup>\*2, \*5</sup> and Toru SATO<sup>\*1</sup>

<sup>\*1</sup> Department of Pharmacy, Saiseikai Yokohamashi Nanbu Hospital,  
3-2-10, Kounandai, Kounan-ku, Yokohama 234-8503, Japan

<sup>\*2</sup> Palliative Care Team, Saiseikai Yokohamashi Nanbu Hospital,  
3-2-10, Kounandai, Kounan-ku, Yokohama 234-8503, Japan

<sup>\*3</sup> Department of Nursing, Saiseikai Yokohamashi Nanbu Hospital,  
3-2-10, Kounandai, Kounan-ku, Yokohama 234-8503, Japan

<sup>\*4</sup> Department of Welfare and Medical Counseling, Saiseikai Yokohamashi Nanbu Hospital,  
3-2-10, Kounandai, Kounan-ku, Yokohama 234-8503, Japan

<sup>\*5</sup> Department of Palliative Care, Saiseikai Yokohamashi Nanbu Hospital,  
3-2-10, Kounandai, Kounan-ku, Yokohama 234-8503, Japan

**Abstract:** In order to reduce the negative image and provide accurate knowledge of cancer pain and analgesics, a multi-disciplinary educational program on pain was held targeting cancer patients and their families. A questionnaire regarding the perception of cancer pain and analgesics was carried out from March 2009 to March 2018, targeting persons who completed the program to reduce the negative image of cancer pain and analgesics, and the effectiveness of the multi-disciplinary patient education was considered. From questions regarding analgesics for cancer pain, such as “Do you think the use of analgesics is addictive?” a significant decrease in the negative image ( $p < 0.001$ ) was observed before the program (61.7%) and after the program (13.7%), indicating the effectiveness of the program.

**Key words:** cancer pain, pain, analgesics, patient education, palliative care