

[原 著]

麻薬性鎮痛薬使用に関する看護職者の認識

—WHO方式がん疼痛治療法を基に—

野上龍太郎^{1, 2}、樋口マキエ^{1, *}

【要 旨】 がんになっても普通の生活を続けられるには、疼痛緩和ケアが最優先事項である。しかしながら、日本におけるモルヒネ使用は少なく、除痛可能な痛みを苦しむがん患者が多く存在している。そこで本研究では、除痛目的の積極的なモルヒネ使用への看護職者の寄与を念頭に、麻薬性鎮痛薬使用に関する看護職者の認識の現状と問題点を明らかにし、対策を考える。九州北部地域の緩和ケア専門病棟の看護職者（5施設、n=58）、一般病棟看護職者（3病院、n=139）、および看護学科4年次学生（3大学、n=204）と3群に分け、質問紙調査を実施し比較検討した。WHO方式がん疼痛治療法および麻薬性鎮痛薬（特にモルヒネ）に関する知識度は、緩和ケア病棟看護職者群で高く、一般病棟看護職者群と看護学生群で同程度に低かった。後者2群では、疼痛緩和ケアにおけるモルヒネの使用に関し、特に投与量増加、死期の促進、コミュニケーション障害、呼吸抑制作用、依存などの副作用に関して正しくない知識を持つ者が多く、過剰な不安を示唆していた。これらの結果は、モルヒネ使用への患者の不安を除去し疼痛緩和ケアを一般化することに看護職者が効果的に関わっていくには、看護学生への麻薬性鎮痛薬やWHO方式がん疼痛治療法に関する教育強化と共に、一般病棟看護職者への卒後教育（特にモルヒネの副作用について）を推進する必要があることを示している。

キーワード：麻薬性鎮痛薬、WHO方式がん疼痛治療法、看護職者の認識度、緩和ケア病棟、質問紙調査

【緒 言】

1985年から1990年にかけて日本を含む7ヶ国で行なわれた、WHO方式がん疼痛治療指針に基づくモルヒネの使用を主とした疼痛緩和ケアでは、少なくともがん患者の80～90%における除痛が可能であることが実証されている^{1, 2)}。しかし、日本における1996年の実態調査では、がん患者のほぼ70%に発生している痛みの完全除痛率は、がん専門病院群で57%、大学病院群で47%と低率であり³⁻⁵⁾、2003年の調査でもこれらの数値は殆ど増加しておらず、一般病院で最も低率である⁶⁾。モルヒネの年間使用量も、他の先進国に比べ非常に少ないままで、日本には現在も除痛可能な痛みを苦しむがん患者が多く存在している²⁾。その根底には患者側の麻薬性鎮痛薬使用に対する拒否や⁷⁾、安全で有効な投与方法が確立されているにもかかわらず、麻薬施用者の資格を持つ医師は30%程度で、いま

だに麻薬性鎮痛薬の使用に消極的な医師の存在などが挙げられる^{1, 4, 5)}。さらに、患者にとって最も身近な存在であり、疼痛緩和ケアに重要な役割を担うべき看護職者の麻薬性鎮痛薬使用に関する認識不足も指摘されている^{8, 9)}。

過剰な痛みからの解放は、生活の質の向上に必須のことであり、最優先事項であると考えられる。痛みを耐えて抗がん剤などの治療を受けるか、緩和ケアで除痛は行われるががんの治療はしないかの二者択一が通常行われているが、これからは疼痛緩和ケアを行いつつ積極的ながん治療も行い、がんになっても普通の生活を続けられるよう緩和医療を改善していくことが求められる。疼痛緩和ケアはがん治療の一環として認識されるべきであろう。医療の地域格差を改善し成熟した在宅医療を展開するには、疼痛緩和ケアの一般化と看護職者の効果的な寄与が期待される場所である。

¹九州看護福祉大学看護福祉学部看護学科、^{*}連絡先、²現在の勤務先：大分大学医学部附属病院 看護部

そこで本研究では、まず看護職者の麻薬性鎮痛薬使用に関する認識の現状を知り、疼痛緩和ケアのあり方を看護職者側から模索するため、質問紙調査を計画した。調査対象者は、緩和ケアを専門に行っている病棟看護職者、内科・外科等の一般病棟看護職者、および4年次看護学生の3群に分けて比較検討した。さらに、看護職者が疼痛緩和ケアにおいてどのような役割を担い、果たしていくべきか検討した。2001年の調査であるが、2005年の現在でも、がん性疼痛に対する麻薬性鎮痛薬の使用状況はさほど変わっていないので³⁻⁶⁾、疼痛緩和ケア改善を目指す上で、今回のデータは十分検討する意義があると考えられる。

【方法】

1. 調査対象者

次の3群を調査対象とした。第1群（緩和ケア群）：九州北部の5つの中規模病院において緩和ケア専門病棟に勤務する看護職者、第2群（一般群）：九州の3つの地方中核都市総合病院の内科・外科等の一般病棟に勤務する看護職者、第3群（学生群）：九州地方の3つの4年生私立大学看護学科に在籍する4年次学生であった。ここで看護職者とは、看護に携わる者（看護師、准看護師）を指す。

2. 調査方法

上記の対象者に無記名の自記式質問紙調査を行った。いずれの群においても、表紙に質問紙調査の主旨を明記すると共に、資料を見ない、対象者同士話し合わないよう注意書きを付けた。得られたデータは、回答者個人や施設が特定出来ないように統計的処理を行い、本研究のみに使用する旨を明記し、同意した対象者より回答を得た。

緩和ケア群および一般群に対しては、各病棟に、質問紙の入った箱と回収箱を用意し、回答者の業務に支障をきたさない時間に、質問紙の入った箱から各自質問紙を取ってもらい、その場で回答を記入し、すぐさま回収箱に入れてもらった。回収箱は未開封のまま、後日調査者が回収した。学生群に対しては、集合調査法にて実施した。

3. 調査内容

10分程度で回答が終了する内容とした。回答は、全て選択形式とし、WHO方式がん疼痛治療法およびモルヒネに関する質問では、「正解」・「不正解」・「わからない」の3者択一とした。WHO方式がん疼痛治療指針の基本的事項に重点を置く、疼痛緩和ケアにおける麻薬性鎮痛薬の使用に関する質問、およびがん性疼痛緩和ケアの現状と看護職者の役割に関する質問を設定した。

4. 調査期間

2001年10月～12月。

5. データの解析法

データは、群毎に%表示した。告知の人数に関するデータは、student's t-testを用いて統計的に分析された。

【結果】

1. 回答した対象者の特性

回答してもらった質問紙は全て採用した。緩和ケア群は、5施設の緩和ケア専門病棟に勤務する臨床経験の平均年（範囲）±標準誤差が10.6（0.5-33）±0.9年の58名（女性56名、男性1名、不明1名）の看護職者であった。一般群は、3病院の一般病棟に勤務する臨床経験13.1（0.6-38）±0.7年の139名（女性135名、男性1名、不明3名）の看護職者であった。学生群は、3大学の4年次看護学生204名（女性193名、男性11名）であった。

2. 麻薬性鎮痛薬について

麻薬性鎮痛薬という言葉を知っている」と回答したのは、緩和ケア群、一般群および学生群で、各々93%、94%、95%であった。麻薬性鎮痛薬の薬物名を正しく識別しているかの質問結果を表1・表2に示す。

モルヒネは、全群が麻薬性鎮痛薬であると識別した。天然アヘンアルカロイドのコードインやアヘンの認知度は、両看護職者群で高く、学生群で低かった。ドロペリドールと併用して神経遮断性鎮痛薬として使用されるフェンタニールを緩和ケア群

表1. 麻薬性鎮痛薬の識別

薬剤グループ	薬物名	群	緩和ケア (n=58)	一般 (n=139)	学生 (n=204)
麻薬性鎮痛薬	モルヒネ		98	99	100
	コデイン		84	62	40
	アヘン		62	70	38
	フェンタニール		83	44	21
	ペチジン		33	39	10
大麻	マリファナ		31	50	50
抗精神病薬	ハロペリドール		3	13	33
解熱鎮痛	アスピリン		2	6	35
	インドメタシン		3	8	23
	アセトアミノフェン		7	7	19
ステロイド性抗炎症薬	デキサメタゾン		2	1	18
局所麻酔薬	リドカイン		12	23	48

緩和ケア病棟看護職者(緩和ケア群), 一般病棟看護職者(一般群), および看護学生(学生群)。任意の順序に並べた上記の薬物名より、麻薬性鎮痛薬に分類されるものを5つのみ選択してもらった。調査後、表を作成する時に、薬剤グループごとに薬物を分類して表示した。数値は、群ごとに、薬物ごとに、回答者数を%で示した。

の多くは知っていたが、全群で合成麻薬に関する認知度は低かった。麻薬性鎮痛薬を正しく識別できたのは、緩和ケア群 > 一般群 > 学生群の順であり、学生群に間違った回答が多かった。

3. WHO方式がん疼痛治療法について

表3は、WHO方式がん疼痛治療法についてどの程度知っているかを示す。

緩和ケア群の66%はその内容まで知っているとして回答した。その正しい内容は、WHO方式がん疼痛治療法に従った麻薬性鎮痛薬の、①望ましい投与経路は経口である、②投薬は原則的に時刻を決めて規則正しく行う、③最初の投薬は原則的に非麻薬性鎮痛薬から始める、④投与量は患者ごとに個人的な量である。正解をしたのは、知っているとして回答した66%(38名)の内84~97%であった。

表2. 麻薬性鎮痛薬の正解回答者

群	緩和ケア (n=58)	一般 (n=139)	学生 (n=204)
正解数			
0	1	1	0
1	2	11	29
2	10	15	36
3	29	27	32
4	34	37	3
5	24	9	0

モルヒネ、コデイン、アヘン、フェンタニール、およびペチジンの中から麻薬性鎮痛薬として選択した数を正解数欄に0~5で示す。群欄には、各々の正解数をえた回答者の割合を示す(%表示)。

表3. WHO方式がん疼痛治療法の認知度

群	緩和ケア (n=58)	一般 (n=139)	学生 (n=204)
認知度			
内容も知っている	66	6	6
言葉だけ知っている	26	39	35
わからない	8	55	59

(%表示)

一般群および学生群の94%は内容を知らなかった。一般群では、6%のみが内容まで知っているとして回答し、実際、前述の①②③の項目に関してそのほとんどが正解、④に関しては、6%の内67%が正解であった。学生群では、6%のみが内容まで知っているとして回答したが、①②③④の項目を正しく理解していたのは、その6%の内、各々31%、54%、100%および77%であった。

(正解率)

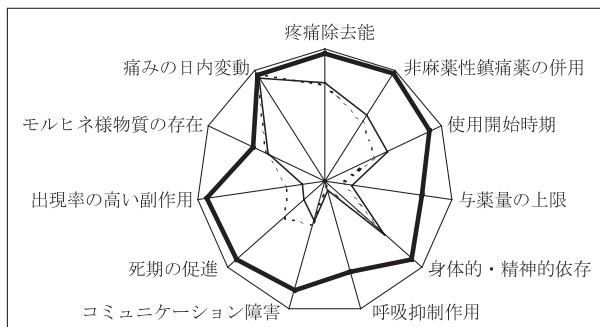
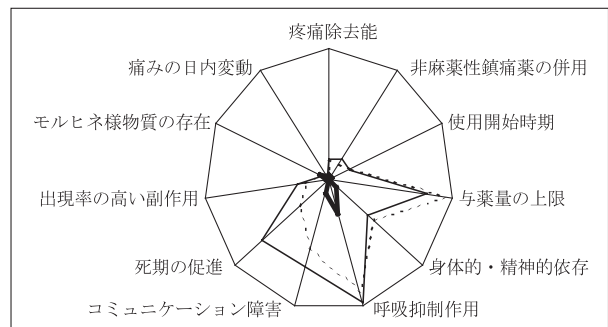


図1. モルヒネ使用に関する認知度

疼痛緩和ケア病棟看護職者群(—、n=58), 一般病棟看護職者群(---、n=138), 看護学生群(---、n=204)。中心点0%, 外枠を100%として表示する。

(不正解率)



4. モルヒネについて

モルヒネに関する質問の正解率および不正解率を図1に示す。「わからない」を選択した結果は示していない。

人間の体内にもモルヒネと同様の作用を示す物質が存在することを、各群の約半数（49-62%）は知っていた。疼痛の程度に日内変動があることは、各群のほとんどが知っていた（93~98%）。モルヒネによりすべての種類の疼痛が除去されるかという質問では、「されない」を正解とした。緩和ケア群97%、一般群74%、および学生群では73%の正解率であった。モルヒネの使用開始以降も非麻薬性鎮痛薬を併用した方が効果的な場合があると認識している看護職者は、緩和ケア群98%、一般群59%、および学生群では52%であった。モルヒネの使用を開始する時期は、「余命約3ヶ月になってから」ではなく、「痛みが強ければいつでもよい」を選択したのは、緩和ケア群90%、一般群54%、および学生群では42%であった。以上の項目で正解でない場合は、わからないと答えた人が多かった。

モルヒネの投与量には上限が「ない」と正解したのは、緩和ケア群77%、一般群21%、および学生群では14%であった。「ある」と回答した者は、緩和ケア群23%、一般群64%、および学生では76%であった。がん性疼痛緩和のためモルヒネを使用し続けると精神的・身体的依存が「形成されることがある」を選択したのは、緩和ケア群90%、一般群62%、および学生群では57%であり、「容易に形成される」を選択したのは、緩和ケア群0%、一般群33%、および学生群38%であった。モルヒネの長期使用において、投与量の増加に依存して呼吸抑制作用は、「強くならない」を選択したのは、緩和ケア群71%、一般群7%、学生群5%であった。

「強くなる」を選択したのは、緩和ケア群22%、一般群78%、学生群71%であった。モルヒネの使用は家族とのコミュニケーションの重大な障害に「ならない」を選択したのは、緩和ケア群86%、一般群31%、学生群34%であった。「なる」を選択したのは、緩和ケア群9%、一般群55%、および学生群では44%であった。モルヒネの投与が患者の死期を早めることに「つながらない」と選択

したのは、緩和ケア群91%、一般群22%、学生群42%であった。「つながる」を選択したのは、緩和ケア群0%、一般群57%、および学生群25%であった。

モルヒネ使用上の副作用について出現率が高いものとして3つ選択してもらった。頻度の高い「嘔吐・吐気」と「便秘」の2つを選択したのは、緩和ケア群93%、一般群は18%、学生群は30%であった。出現率が高い副作用として選択された各々の結果を表4に示す。緩和ケア群の97%は頻度の高い副作用として、嘔吐・吐気、便秘および眠気を正しく選択したが、一般群と学生群では約半数であり、呼吸抑制を選択した者が多かった。

表4. モルヒネの使用時、出現頻度の高い副作用の認識度

副作用	群	緩和ケア (n=58)	一般 (n=139)	学生 (n=204)
嘔吐、吐気		97	53	65
便秘		97	44	51
眠気		97	53	46
錯乱		0	53	51
呼吸抑制		10	84	52
かゆみ		0	1	2
排尿障害		0	4	16
わからない		0	3	7

モルヒネ使用による副作用について、上記の中から出現率が高いと思われるものを3つ選択してもらった。群ごとに、副作用ごとに選択者数を%で示す

5. がん性疼痛緩和ケアの現状と看護職者の役割

表5は、各病院での痛みの強さの判定者を示す。緩和ケア群と学生群では、約8割が「患者自身」である・あるべきだと認識していたが、一般群では、約3割のみであり、6割は「主治医」が判断している。

表5. 痛みの強さの判定者

判定者	群	緩和ケア (n=58)	一般 (n=139)	学生 (n=204)
主治医		14	60	12
担当看護職者		9	11	6
患者自身		77	29	82

緩和ケアおよび一般群へは、痛みの強さの判定は誰がおこなっているか、学生群へは、誰が判定者であるべきか質問した。群ごとに回答者数を%で示した。

表6は、終末期がん患者に対する病名告知の有無を示す。全群で8割以上の者が、告知は「患者による」を選択している。緩和ケア群および一般群のこれらの回答者に、対象となる患者10名に対し、約何人の方に告知しているか質問したところ、緩和ケア群では6.2±0.5名（平均値±標準誤差）、一般群では3.0±0.3名であり、有意に緩和ケア群

表6. 終末期がん患者に対しての病名告知

認識	群	緩和ケア (n=57)	一般 (n=125)	学生 (n=204)
積極的に行う		5	0	19
患者による		95	80	81
行わない		0	20	0

緩和ケアおよび一般群へは現状を、学生群へは告知すべきか質問した。群ごとに%で表示す。

が多かった ($p < 0.05$)。

今回の調査対象である緩和ケア群および一般群の看護職者が勤務する病院において、がん性疼痛緩和ケアは効果的に行われているのか調査した現状を表7に示す。

表7. がん性疼痛緩和ケアの現状

現状	群	緩和ケア (n=57)	一般 (n=124)
十分行なわれている		58	15
不十分である		42	77
行なわれていない		0	8

(%表示)

緩和ケア群では約4割、一般群では約8割が「行なわれているが十分ではない」と回答した。不十分である理由に、緩和ケア群では約半数の者が「医師および看護職者の知識・技術の不足」と「麻薬（モルヒネ）の使用に対する患者の拒否」を挙げ、一般群では「個室等の設備の不足」を約半数の者が、「医療スタッフの知識・技術の不足」、「医療チーム間の連帯不足」、「スタッフの人数不足」を約1/3の者が選択した。また、両群で、「麻薬（モルヒネ）等に関する患者への説明不足」を各々17%の者が選択していた。

今回調査対象となった学生群の所属する大学でのがん性疼痛緩和ケアに関する講義は、27%が「十分行なわれている」、46%が「行なわれているが十分

ではない」、そして27%が「行われていない」と選択した。十分でない理由として、講義の時間数不足や具体的でない講義内容を挙げる者が多かった。

がん性疼痛緩和ケアにおいて重要と考える看護職者の役割について、8項目の中から特に重要であると思う3項目選択し優先順位をつけてもらった調査結果を表8に示す。緩和ケア群では、「痛みのアセスメント」を重要と考える者が最も多く、一般および学生群では、「患者への精神的ケア」を重要と考える者が最も多かった。

表8. がん性疼痛緩和ケアで重要と考える看護職者の役割

役割	群	緩和ケア (n=50)	一般 (n=139)	学生 (n=204)
病名告知		1	3	4
痛みのアセスメント		30	19	19
ケアの方法の選択		7	6	6
鎮痛薬に関する説明		4	2	2
鎮痛薬の効果の判定		16	7	2
患者への精神的ケア		19	33	37
患者への身体的ケア		14	20	18
患者家族に対するサポート		9	10	12

優先順位1位=3点、2位=2点、3位=1点として、項目ごとに得点を計算した。全項目の合計点を各群の総得点とし、その総得点に対する項目ごとの割合を%表示する。

【考察】

1. 麻薬性鎮痛薬の識別について

今回の調査によると、殆どの対象者は麻薬性鎮痛薬としてモルヒネを認識している。緩和ケア専門病棟看護職者群は、8割以上の者がモルヒネ、コデイン、フェンタニールの麻薬性鎮痛薬を識別できている。一方、一般病棟看護職者群では、天然アヘンアルカロイドを識別できる者は多かったが、合成麻薬に関しては4割程度である。看護職者間のこれらの差は、日常での使用頻度が関係しているのかもしれない。看護学生群においては、モルヒネ以外の麻薬性鎮痛薬の認知度は低く、しかも誤った認識が多く、麻薬性鎮痛薬に関する教育の徹底が必要とされる。両看護職者においても合成麻薬のペチジンの認知度は低く、大麻はまだしも、局所麻酔薬リドカインを麻薬性鎮痛薬として認識

している者が多い。麻薬の取り扱い上の規制面からも、卒後教育の必要性が示唆される。

2. WHO方式がん疼痛治療法について

今回の2001年の調査では、その内容を正しく理解しているのは、緩和ケア専門病棟看護職者群でも約60%、一般病棟看護職者群および看護学生群では2~6%のみである。WHO方式がん疼痛治療法が日本に紹介されてから15年以上が経過しているが、いまだ看護職者には十分に普及していないことを示しており、これらはまた、日本の医療界の常識になっていないことと平行している^{3,6)}。2005年の現在においても同様であり、モルヒネが麻薬性鎮痛薬であることは解っていても、その正しい知識と実際の使用法について緩和ケア群以外は殆ど知らないことを示している。

3. モルヒネについて

モルヒネは、WHO方式がん疼痛治療法において第3段階の第1選択薬であるが、痛みが強ければ最初から使用することが推奨されている。モルヒネを正しく使用するには正しい知識が必要である。今回の調査は、緩和ケア専門病棟看護職者群の多くはモルヒネのほとんどの特性について正しく把握しているが、一般病棟看護職者群や看護学生群における認識は不十分であり、誤って認識していることも示している。疼痛に日内変動があることはほとんどの看護職者が知っているが、モルヒネ様の物質が生体内に存在することを認識しているのは約半数である。

骨転移痛や神経性の痛みなどモルヒネにより除去しきれない痛みもある^{10,11)}。またがん患者の痛みは、身体・精神・社会および霊的な面の因子が関わり構成された全人的な痛みである¹¹⁾との視点からも、モルヒネは万能な鎮痛薬ではなく、他の非麻薬性の鎮痛薬や中枢神経作用薬などとの併用が有効な場合がある。痛みの種類により適切な薬物の選択と組み合わせが必要であることを、緩和ケア専門病棟看護職者群は認識していると思われるが、一般病棟看護職者群や看護学生群では理解が少ない。

WHO方式がん疼痛治療指針によれば¹⁾、最初は非

麻薬性鎮痛薬から始めるのが原則であるが、患者の痛みが強ければ、モルヒネの投与から始めても良く、痛みの発生するリズムを予知し、その前に規則正しく投与するようにする。モルヒネの投与量に常用量はなく、患者に適切な投与量から徐々に増量してゆけば、呼吸抑制作用も強くならず、患者の死期を早めるわけでもない²⁾。それどころか、モルヒネを使用することにより、痛みが消失している状態が続くと、患者はよく眠れるようになり、食欲も回復し、生活の質を大きく改善する効用がある。実際、モルヒネ投与量の上限の有無については、1日に1,500mgを経口投与しても意識清明で日常生活に支障がなかった症例や、5年8ヶ月にわたって1日80mgを内服していた症例も報告されている¹²⁾。痛み自身がオピオイド鎮痛薬の中枢作用に対する拮抗作用を持っており、正しいモルヒネの使用が行われれば、呼吸抑制は発生しにくい^{1,13,14)}。しかし今回の調査で、モルヒネのこれらの特性に対する、特に一般病棟看護職者群や看護学生群の認識の低さが明らかになり、これは除痛へのモルヒネ使用を一般化し促進する上で問題となろう。正しい知識と正しい使用法が、特に呼吸抑制が出やすい高齢者へのモルヒネ使用には不可欠であることは言うまでもない。

痛みのある生体にはモルヒネによる精神的依存の発生を抑制する機序が存在することや¹⁵⁾、突然の投与中断による退薬症状としての発症はあるが、モルヒネを漸減しながら中止すれば、身体的依存についても防止することが可能である^{1,2,14)}。しかし、今回の調査では、疼痛緩和ケアにおけるモルヒネ使用で身体的・精神的依存は容易に形成されると考えている看護職者が多いことは明らかである。また、モルヒネ使用によるコミュニケーションの障害や死期との関連などについても、一般および学生群では約半数が間違った認識を持っている。これらの看護職者の誤った認識は、無意識に麻薬使用への患者の拒否反応を後押しすることにもなり、がん患者のQOLを低下させる方向に働く可能性がある。

モルヒネの使用時、発現頻度の高い副作用は、嘔吐・吐気、便秘および眠気であるが、嘔吐・吐気や便秘の副作用が発生しても、鎮痛に必要な量の

モルヒネは減らさず、嘔吐・吐気には制吐薬を、便秘には緩下剤を基礎併用薬として用いる¹¹⁾。嘔吐・吐気は短時間で耐性が生じるので短期間の併用でよい場合もあるが、便秘はモルヒネを使用している限り続く症状なので、緩下剤併用の他に早期の水分摂取など患者にとって苦痛の少ない方法の選択が求められ¹¹⁾、看護の面からも検討の余地が残されている。また、除痛に必要な量での眠気は、モルヒネの投与初期や増量直後に生じることがあるが、多くのがん患者は、家族や友人との面会時には容易に目覚め、会話することができ、コミュニケーション障害が問題になることは少ない。むしろ休息としての「うたた寝」をもたらし、心身の疲労の回復につながるのではないかとの観点がある²⁾。

看護職者は、医療チームの中で患者に身近に長時間接する機会がある。麻薬性鎮痛薬は麻薬施用の資格を持った医師が処方し、薬剤師が調剤・管理するものであるが、投与による除痛や副作用発現の防止など、患者のQOL向上に看護職者の果たすべき役割は大きい。しかしながら、今回の調査で得られた一般看護職者群での麻薬性鎮痛薬に関する低い認識では、在宅でがんになっても普通の生活を続けられるよう支援していくことは難しくなる。これからの一般の医療現場で、科学的な根拠に基づいた看護を行い、その役割を十分に果たすには緩和ケア専門病棟看護職者群のレベルに近づく必要がある。臨床現場で看護職者による患者への正しい説明と支援が行われるならば、麻薬性鎮痛薬使用に対する患者側の拒否も減少するものと思われる。

4. がん性疼痛緩和ケアの現状と看護職者の役割

今回の調査では、一般病棟看護職者群の約70%が、患者の痛みの強さを判定しているのは患者自身ではなく、医療従事者（医師・看護者）であると回答している。ここ数年、がん性疼痛に限らず、主観的なものである痛みを客観的に判定する様々な方法が報告されている¹⁶⁾。しかし、これらの方法は、あくまで医療チームが患者の持つ痛みに対して共通した認識を持つためのものであり、患者自身が感じている痛みを正確に評価できるもので

はない。患者の持つ痛みを理解しようとする努力は必要であるが、現時点で患者が持つ痛みの強さを医療者が正確に判断することは難しい。今回の調査における緩和ケア専門病棟看護職者からの回答結果から明らかなように、特に緩和ケアにおいては、痛みの強さを判定するのは患者自身であり、患者の訴えをありのままに受け入れ、対応していくことが求められている。この点に対する看護学生への教育は結果に表われている。しかし、緩和ケア病棟数の少ない現状と在宅医療へ移行していく傾向にあるこれからの医療を考えると、一般病棟看護職者が正しい知識を得て、疼痛緩和ケアに対する認識を高めることが重要であり、その為の卒後教育の充実が求められる。

麻薬性鎮痛薬は、本来、患者の痛みに応じて選択して使うものであるが¹⁾、日本では「麻薬＝末期」というイメージを持つ者が多く¹³⁾、今回の調査でも、一般病棟看護職者群の約6割もが、モルヒネの与薬は患者の死期を早めることにつながると考えている。また、病名告知率も低く、麻薬性鎮痛薬の使用に支障が生じることが考えられる。麻薬性鎮痛薬を用いたがん性疼痛緩和ケアを適切に行うには、病名告知の問題もあるが、看護職者の麻薬性鎮痛薬、特にモルヒネに関する正しい知識の修得が必須であろう。麻薬（モルヒネ）使用に関する患者の不安の軽減には、看護職者による科学的根拠に裏付けされた知識の伝達が有効であると思われるからである。

がん性疼痛緩和ケアの現状について、緩和ケア専門病棟看護職者群では4割、一般病棟看護職者群では9割の者が、現状が満足いくものではないと感じている。その要因として、「医療従事者（医師・看護者）の知識・技術の不足」を挙げた者が多く、緩和ケア専門病棟看護職者群では約半数近くが、一般病棟看護職者群では1/3の者が、麻薬性鎮痛薬やWHO方式がん性疼痛治療法に関する認識の不足を自覚しているようである。がん（悪性新生物）は、昭和56年以降、男女ともに日本人の死因第一位であり¹⁷⁾、がん性疼痛緩和に関する正しい認識を全ての看護職者が持つ必要があろう。そうすることが、麻薬（モルヒネ）使用を拒否する患者の説得や医療チーム間の連携につながると思

われる。また、ある緩和ケア専門病棟看護職者によれば、一般病棟からホスピスや緩和ケア病棟へ移ってくる時期や移動理由・目的を患者が納得していない場合、疼痛緩和ケアが効果的に開始されないようである。一般病棟の医師・看護職者は、疼痛緩和ケアを開始する時期を的確に把握し、患者・家族に対し、納得いく適切な説明を行う必要がある。さらに、近年、緩和ケアは死の直前の医療ではなく、まず痛みを取り除くことにより積極的にがん治療に取り組む気力体力を取り戻す治療でもあると位置づけられてもいる。

がん性疼痛緩和ケアにおける看護職者の役割については、3群に共通して「痛みのアセスメント」、「患者への精神的・身体的ケア」を重要と考える者が多かった。また、緩和ケア専門病棟看護職者群では、特に「鎮痛薬の効果の判定」を重要と考える者が多かった。これらの項目は疼痛緩和ケアを効果的に行っていく上で重要であり、実際、緩和ケア病棟の看護職者の自覚が高いことを示している。患者に接する時間が長く、直接観察できる立場にある医療従事者として、看護職者全てに求められる役割であろう。目に見えるケアの実施だけでなく、患者の状態を的確に把握し、それに基づいて行われたケアが効果的であったか評価していくことも重要だと思われる。

【結論】

多くの医療が在宅へと移行していく傾向にあり、がん患者のQOLを上げる効果的ながん疼痛緩和ケアを行うことが求められている。そこで、多くの一般の看護職者が麻薬性鎮痛薬、特にモルヒネの副作用防止について正しい知識を習得し、その効用と限界を知りがん患者に対応すれば、継続看護により、在宅におけるがん患者も安心して麻薬性鎮痛薬による疼痛緩和ケアを受け、QOLの向上が期待される。

緩和ケア専門病棟看護職者の麻薬性鎮痛薬、WHO方式がん疼痛治療法およびモルヒネに関する認識度は高いが、一般病棟看護職者では看護学生と同程度に低い。後者2群の多くが、疼痛緩和ケアでのモルヒネの使用において、特に投与量増加、死期の促進、コミュニケーション障害、呼吸抑制作用、依存などの副作用に関して正しくない知識を

持ち、過剰な不安を示している。そこでまずモルヒネの上述の副作用について、正しい知識を習得するための卒後教育が必要であろう。

【謝辞】

本研究を進めるにあたり、御協力いただいた施設、病院および大学関係者各位、特に質問紙調査に回答いただいた看護職者および看護学生の方々に深く感謝致します。

【文献】

- 1) WHO(武田文和 訳). がんの痛みからの解放—WHO方式がん疼痛治療法—第2版. 東京: 金原出版; 1990. p. 1-41.
- 2) 森田 雅之, 松本 禎之. ナースのための鎮痛剤によるがん疼痛治療法. 東京: 医学書院; 2004. p. 1-81.
- 3) 武田 文和. がん患者の緩和ケアに関する研究. 厚生省(編). がん克服新10ヵ年戦略プロジェクト研究第1期総括集. 東京: 厚生省; 1997. p. 233-239.
- 4) 平賀 陽一. 本邦における癌性疼痛管理の現状と今後の展望. ペインクリニック. 1999; 20 (4): 479-484.
- 5) 平賀 陽一, 武田 文和. 日本におけるがん疼痛治療の現状と今後の展望—大学病院におけるがん疼痛治療の推移を主に. 緩和医療. 1999; 1 (2):23-31.
- 6) 志真 泰夫. 【オピオイド鎮痛薬による痛みの治療の現況と展望】がんの痛み治療におけるオピオイド鎮痛薬使用の現状と改善への提案. がん患者と対症療法. 2003;14(2):6-11.
- 7) 森田 達也, 井上 聡, 千原 明. モルヒネをこばむ患者の背景—心理的側面から. ペインクリニック. 1995; 16(6) : 878-884.
- 8) MacCaffery M, Ferrell BR. Nurses' knowledge about cancer pain: A survey of five countries. Journal of Pain and Symptom Management. 1995;10:356-369.
- 9) 丸山 正則. 新潟市民病院における癌疼痛対策に関する10年間の意識の変遷. 新潟市民病院医誌. 2000; 21 (1) : 29-34.
- 10) 奈良林至. 【がんの痛みのマネジメントにおけるオキ

シコドン その基礎と臨床】オキシコドン徐放錠の幅広い有用性. がん患者と対症療法. 2005; 16(2): 22-26.

- 11) 花岡 一雄. 疼痛コントロールABC. 東京: 医学書院; 1998. p. 1-357.
- 12) 恒籐 暁. 末期癌患者の疼痛対策. 癌と化学治療. 1989;16 (4) :759-766.
- 13) 岡田 美賀子. がん疼痛マネジメントマニュアル. 東京: 医学書院; 1999. p. 15-39.
- 14) Twycross RG, Lack SA. Oral Morphine in Advanced Cancer. Second Edition. 進行癌患者と経口モルヒネ (武田文和 訳). 大阪: 最新医学社; 1989. p. 1-40.
- 15) 鈴木 勉. モルヒネ様オピオイド鎮痛薬の薬物依存・耐性発現の内因性オピオイド受容体活性化による抑制-オピオイドのすべて. 東京. ミクス; 1999. p. 179-187.
- 16) 田口 隆久. モルヒネによるがん疼痛緩和-服薬指導を中心に. 東京: ミクス; 1997. p. 196-199.
- 17) 厚生統計協会. 国民衛生の動向. 東京: 厚生統計協会; 2001. p. 43-70.

[Original Article]

Nurses' Knowledge of Opioid Analgesics and WHO Cancer Pain Relief Guidelines in Japan

Ryutaro Nogami, Makie Higuchi *

*Div. of Pharmacology, Kyushu Univ. of Nurs. & SW, Tamana,
Kumamoto 865-0062, Japan.*

【Abstract】

Pain management is essential to good quality of life. However, in Japan even now, many patients suffer pain from cancer. It may be caused by patients' refusal to use morphine, and many physicians and nurses having negative-ideas regarding use of narcotic analgesics, on the basis of lack of knowledge and clinical experience of using narcotics. The aim of the present study is to clarify the status of cancer pain control and palliative care, and nurses' knowledge of WHO cancer pain relief guidelines in Japan. Nurses in Kyushu area of Japan were divided into three groups: Nurses for palliative care (5 wards or hospices, n=58); hospital nurses (3 hospitals, n=138); and fourth grade nursing students (3 universities, n=204): Each groups' knowledge was surveyed for comparison.

The knowledge of WHO cancer pain relief guidelines and opioid analgesics, particularly morphine, was higher in the palliative care group than in the hospital group, and similarly low in the student group. Many nurses in the latter 2 groups had incorrect knowledge of morphine, especially the opioid agent's adverse effects: tolerance, dose, hastening one's death, impediment of communication, respiratory depression and physical and psychological dependence. The results show that more concrete nursing education about opioid analgesics and WHO cancer pain relief guidelines is required for generalizing the ideal management of pain and effective nursing attitudes.

Key words : Narcotic analgesics, WHO cancer pain relief guidelines, Questionnaire, Nurses' understandings, Palliative care wards.

* Corresponding author. FAX: +81-968-75-1878, E-mail: higuchim@kyushu-ns.ac.jp