

医療用麻薬の使用に対する遺族の 体験に基づいた認識と意向

新城 拓也*

サマリー

本研究の目的は、家族としての医療用麻薬についての体験、認識や意向、医療者から受けた説明を明らかにすること、そしてそれらの関連を探索することである。2010年にホスピス・緩和ケア病棟103施設の997名の遺族に発送した。432名(43%)を解析し、医療用麻薬の使用の意向には、薬に対する価値観、医療用麻薬の使用で患者の生活の質が向上したこと、医療者の説明のうち「痛みの原因が良くなったり、何か不都合なことがあったりしたら、やめることができる

」「慣れが生じたり、あとで効かなくなったようなことはない」という体験、痛み止めの医療用麻薬は生活の質を向上する、中毒や習慣性が起こる、慣れが生じて効かなくなってくる、副作用と関連があるという認識、そして望ましい最期にとって重要と思うことのうち、「からだに苦痛を感じないこと」「医師と話しあって治療を決めること」「自然に近いかたちでさいごを迎えること」が関連していた。

はじめに

疼痛はがん患者にとって、最も多い症状の1つである。がん性疼痛に対する、医療用麻薬の使用は推奨されているが¹⁾、現時点でも鎮痛治療が十分行われているとはいえない²⁾。その原因としてさまざまなバリアの存在が挙げられ、患者と家族のバリア、医療者のバリア、システムのバリアがあることが指摘されている³⁾。

そのうち患者に関するバリアの研究が多く行われており、欧米での質問紙(Barrier Questionnaire)

を用いた研究⁴⁾、質的研究⁵⁾、および日本人を対象とした研究がある^{6,7)}。先行研究では、医療用麻薬に関する患者のバリアとして、耐性、依存、生命の短縮、死の連想、認知機能の低下、病状の進行に関する心配が挙げられている。また、最近の「医療用麻薬をこれから使用する患者」を対象とした質的研究の結果では、耐性や依存よりも、医療用麻薬が「苦痛のない死を目的としているように」感じられることや、「家族としてがん患者が医療用麻薬の投与を受けた時の否定的な体験や医師からの説明」がより強いバリアであることが

*しんじょう医院(研究代表者)

示唆されている⁵⁾。

がん患者の家族は「将来のがん患者」とも考えられ、患者になってからではなく、家族の時の医療用麻薬の体験や医師からの説明が重要であることが示唆される。にもかかわらず、実際の患者に対する治療を通じての経験が、家族の医療用麻薬についての認識や意向にどのような影響を及ぼすかを検討した研究はない。

本研究の目的は、①家族としての医療用麻薬についての体験、医療者から受けた説明を明らかにすること、②家族の医療用麻薬についての認識や意向を探索することである。

方法

1) 対象

日本ホスピス緩和ケア協会会員施設のうち、調査協力の承諾を得たホスピス・緩和ケア病棟 103 施設において、2008 年 1 月 1 日から 2009 年 12 月 31 日各施設適格条件を満たす各施設 100 名を調査対象として設定した。10,642 名の対象者のうち、636 名が除外され、10,006 名を対象とし、本研究はそのうち 997 名を無作為に選択し、2010 年 11 月から 12 月に質問紙を発送した。返答のない遺族に対しては、2011 年 2 月に再度同じ質問紙を発送した。

適格基準は、患者ががんと診断されていること、20 歳以上であること、質問紙を発送する遺族が 20 歳以上、患者の入院から死亡まで 3 日以上とした。

除外基準は、①遺族（キーパーソン、身元引受人）の同定ができない、②治療関連死、または ICU 病棟で死亡した、③退院時の状況から、遺族が認知症、精神障害、視覚障害などのために調査用紙に記入できない、④退院時および現在の状況から、精神的に著しく不安定なために研究の施行が望ましくないをそれぞれの施設で判断した。

各施設の倫理委員会で研究の実施は承認された。

2) 調査項目

本研究の調査項目は、系統的文献検索、緩和ケア臨床経験のある医師・看護師による focusing group の討論を経て作成した^{3~8)}。作成した質問紙を 2009 年 10 月に、本研究に参加していない遺族 20 名に返答と質問紙の評価を得た。結果を基に質問紙を改訂し、さらに focusing group で討論し、質問紙を完成した。

遺族の背景因子として、年齢、性別、患者との関係、患者の死亡から調査までの期間を質問した。

医療用麻薬の使用についての遺族の意向として、全般的に医療用麻薬を使用するか、全身状態がよく医療用麻薬によって生活が拡大する場合に医療用麻薬を使用するか（事例：全身状態が良い時）、全身状態が悪く、生活は拡大しない場合に医療用麻薬を使用するか（事例：全身状態が悪い時）、の 3 つの場合について、「絶対に使わない」から「絶対に使う」の 6 件法で質問した。事例の質問については、イラストを付した。

遺族の体験として、患者に生じた体験として、鎮痛効果（生活の質が向上した：「痛みがとれて、いろいろなことができるようになった」「痛みがとれて、表情が穏やかになった」「痛みがとれて、よりよい生活がおくれるようになった」；Cronbach $\alpha=0.77$ ）、精神依存（「痛みがないときも、“くすり（麻薬）がほしい”と言うようになった）、耐性（「痛みが強くなってから、くすり（麻薬）を増やしても効かなくなった」）について、副作用（副作用があった：「吐き気が強くなった」「食事が食べられなくなった」「眠る時間が長くなった」「変な言動・幻覚や混乱がおこった」「容態（病状）が急に悪くなった」； $\alpha=0.69$ ）について、「なかった」「あった」のいずれかに回答を求めた。

医療者からの一般的な説明として、「がんの痛みを、おさえることができる」「がんの痛みは、早くから治療した方がよい」「一度使い始めても、痛みの原因がよくなったり、何か不都合なことがあったりしたらやめることができる」、精神依存（「中毒や習慣（依存症）になることはない」）、

耐性（「早く使い始めても、慣れが生じたり、あとで効かなくなったりするようなことはない」）、副作用（副作用がある：「吐き気が起こることがある」「食事が食べられなくなる」「便秘が起こることがある」「眠る時間が長くなることがある」「変な言動・幻覚や混乱がおこることがある」； $\alpha = 0.80$ ）、死との関連（死と関連がある：「最後に使うくすりである」「呼吸が止まるかもしれない」「寿命をちぢめてしまう」； $\alpha = 0.76$ ）について、「なかった」「あった」のいずれかに回答を求めた。

医療用麻薬に関する、遺族の認識として、Barrier Questionnaire⁸⁾の日本語訳⁶⁾を含む項目、鎮痛効果（生活の質を向上する：「がんの痛みを取り除くことはできる」「“よりよい生活をおくる”ためのくすりである」； $\alpha = 0.65$ ）、精神依存（「中毒や習慣性（依存症）が起こる」）、耐性（「早く使い始めると、慣れが生じて効かなくなってくる」）、副作用（副作用がある：「痛み止めの薬による副作用をがまんするよりは、痛みをがまんした方がましである」「吐き気を起こす」「便秘になる」「眠る時間が長くなる」「もうろう状態になる」「変な言動・幻覚や混乱を起こす」； $\alpha = 0.79$ ）、死と関連（死と関連がある：「“薬に最期を迎えるため”のくすりである」「“末期の患者”に使うものである」「“最後の手段”である」「“死”を連想させる」「寿命をちぢめる」； $\alpha = 0.70$ ）について、「とてもそう思わない」から「とてもそう思う」の6件法で回答を求めた。

このほか、「薬についての価値観」（「もともと病気になるっても薬を使わない」「“薬”がきらいである」「薬をできるだけ使わずにがまんする」「薬を使うより、できれば自分の力で病気を治したい」； $\alpha = 0.87$ ）「望ましい最期にとって重要と思うこと」⁹⁾（「からだに苦痛を感じないこと」「医師と話し合って治療を決めること」「意識や思考がしっかりしていること」「希望をもって過ごすこと」「自然に近いかたちでさいごを迎えること」「死を意識せずに、普段と同じように毎日を送れること」）について回答を求めた。

3) カルテ調査

各施設の主治医は、患者の背景因子として、年齢、性別、原発臓器、初診から死亡までの期間を調査した。

4) 解析

調査対象者を調査後に比較に妥当な2群に分類した。「全般的にがんのため痛みがある時、医療用麻薬を」絶対に使わない、使わない、どちらかといえば使わない、どちらかといえば使うと返答した群と（医療用麻薬の使用に消極的な群）、使う、必ず使うと返答した群と（医療用麻薬の使用に積極的な群）に分類した。単変量解析を連続関数にはt検定を、カテゴリ変数には χ^2 分析を用いた。「薬についての価値観」は質問の合計点数を解析に用いた。解析結果は、 $p < 0.05$ で統計学的に有意と判断した。解析にはStatistical Package for Social Sciences (version 20.0 ; IBM)を用いた。

結果

997名の遺族に発送し、618名(62%)が返答した。そのうち回答を拒否した38名を除外した580名の質問紙を抽出し、さらに、「患者様は、医療用麻薬を使用していましたか」に“はい”と返答し、かつ主調査項目（全般的にがんのため痛みがある時、あなたらな医療用麻薬を使うか）に返答のあった、432名(43%)を解析対象とした。

患者と遺族の背景因子についてを表1に示す。

医療用麻薬の使用についての遺族の意向について表2に示す。全般的にがんのため痛みがある時、医療用麻薬を、患者が医療用麻薬を投与されていたと返答した遺族の過半数が、医療用麻薬の投与を受けると返答した。

患者が医療用麻薬の処方を受けた経験のある遺族の、薬に対する価値観についての結果を表3に示す。薬の投与に関して消極的な考えをもつ遺族は少数であった。

医療用麻薬に関する、遺族の体験についての結

表1 患者、遺族の背景因子

	n (%)
患者, 人数	432
年齢 (標準偏差)	72 (12)
性	
男	221 (51)
女	211 (49)
原発臓器	
肺	121 (28)
胃	42 (9.7)
大腸, 直腸	44 (10)
肝臓	25 (5.8)
胆管, 膵	67 (16)
食道	14 (3.2)
乳腺	20 (4.6)
前立腺, 腎臓, 膀胱	25 (5.8)
頭部, 頸部	17 (3.9)
子宮, 卵巣	22 (5.1)
その他	35 (8.1)
初診から死亡までの日数; 平均 (標準偏差)	41 (53)
遺族, 人数	432
年齢 (標準偏差)	59 (12)
性	
男	139 (32)
女	285 (66)
患者との関係	
配偶者	184 (43)
子	161 (37)
嫁, 婿	30 (6.9)
兄弟, 姉妹	29 (6.7)
その他	20 (4.6)
遺族の入院中の健康状態	
非常に良い	109 (25)
良い	231 (54)
悪い	66 (15)
非常に悪い	16 (3.7)
看病をかわってくれる人がいるか	
いる	321 (74)
いない	102 (24)
患者の死亡から調査までの月数; 平均(標準偏差)	15 (4.6)

果を表4に示す。医療用麻薬に関する、生活の質の向上に関して、患者が医療用麻薬を使った後から、「痛みがとれて、いろいろなことができるようになった」「痛みがとれて、よりよい生活が送

表2 医療用麻薬の使用についての遺族の意向

全般的にがんのため痛みがある時、医療用麻薬を	人数 (%)
必ず使う	112 (26)
使う	175 (41)
どちらかといえば使う	133 (31)
どちらかといえば使わない	8 (1.9)
使わない	3 (0.7)
絶対に使わない	1 (0.2)

表3 薬に対する価値観

	*人数 (%)
もともと病気になっても薬を使わない	42 (9.4)
「薬」がきらいである	68 (16)
薬をできるだけ使わずにがまんする	77 (17)
薬を使うより、できれば自分の力で病気を治したい	142 (33)

*とてもそう思う、そう思う人数

表4 医療用麻薬に関する、遺族の体験

患者が医療用麻薬を使った後から、	*人数 (%)
生活の質が向上した	
痛みがとれて、いろいろなことができるようになった	228 (53)
痛みがとれて、表情が穏やかになった	350 (81)
痛みがとれて、よりよい生活が送れるようになった	246 (57)
痛みがないときも、「くすり (麻薬) が欲しい」と言うようになった	35 (8.1)
痛みが強くなってから、くすり (麻薬) を増やしても効かなくなった	152 (35)
副作用があった	
吐き気が強くなった	108 (25)
食事が食べられなくなった	221 (51)
眠る時間が長くなった	294 (68)
変な言動・幻覚や混乱がおこった	202 (47)
容態 (病状) が急に悪くなった	163 (38)

*該当する体験があると返答した人数

れるようになった」と返答した遺族が半数、表情が穏やかになったと返答した遺族が、大多数であった。一方で副作用に関して、「食事が食べられなくなった」「眠る時間が長くなった」「変な言動・幻覚や混乱がおこった」と返答した遺族が、半数以上あった。

医療用麻薬に関する、医療者 (医師, 看護師, 薬剤師) の一般的な説明についての結果を表5

に示す。遺族は医療者から医療用麻薬について、「がんの痛みを、おさえることができる」とほとんどすべて説明を受けていたと返答した。また、「最後に使うくすりである」「呼吸が止まるかもしれない」「寿命をちぢめてしまう」と医療者から説明されていたと返答した遺族も、20~30%あった。

医療用麻薬に関する、遺族の認識を表6に示す。患者が医療用麻薬の処方を受けた経験のあるほとんどの遺族は、医療用麻薬について、「がんの痛みを取り除くことはできる」と認識していた。また、「よりよい生活をおくる」ためのくすりである」と半数の遺族が認識している反面、「末期の患者」に使うものである」「最後の手段」である」と半数の遺族が認識していた。

遺族の考える、望ましい最期にとって重要と思うことについて表7に示す。「医師と話し合って治療を決めること」「希望をもって過ごすこと」を必要であると考えた遺族が多かった。

単変量解析では、全般に医療用麻薬を使うか使わないかの意向に関して、薬に対する価値観、遺族の体験のうち医療用麻薬の使用で患者の生活の質が向上したこと、医療者の説明のうち「痛みの原因が良くなったり、何か不都合なことがあったりしたらやめることができる」「慣れが生じたり、あとで効かなくなったりするようなことはない」、遺族の認識のうち、痛み止めの医療用麻薬は生活の質を向上する、中毒や習慣性が起こる、慣れが生じて効かなくなってくる、副作用と関連があること、そして望ましい最期にとって重要と思うことのうち、「からだに苦痛を感じないこと」「医師と話しあって治療を決めること」「自然に近いかたちでさいごを迎えること」に関して、統計学的に有意差を認めた(表8)。

全身状態が良い時に医療用麻薬を使うか使わないかの意向に関しては、全般の場合と異なり、医療者の説明のうち「痛み早くから治療した方がよい」「中毒や習慣性になることはない」、望ましい最期にとって重要と思うことのうち「意識や思考がしっかりしていること」に関して、有意差を認

表5 医療用麻薬に関する、医療者の一般的な説明

	*人数 (%)
痛みを、おさえることができる	394 (91)
痛みは、早くから治療した方がよい	232 (54)
痛みの原因がよくなったり、何か不都合なことがあったりしたらやめることができる	263 (61)
中毒や習慣性になることはない	227 (53)
慣れが生じたり、あとで効かなくなったりするようなことはない	177 (41)
副作用がある	
吐き気がおこることがある	237 (55)
食事が食べられなくなる	226 (52)
便秘がおこることがある	246 (57)
眠る時間が長くなることがある	294 (68)
変な言動・幻覚や混乱が起こることがある	225 (52)
死と関連がある	
最後に使うくすりである	163 (38)
呼吸が止まるかもしれない	92 (21)
寿命をちぢめてしまう	89 (21)

*医療者の説明があったと返答した人数

表6 医療用麻薬に関する、遺族の認識

痛み止めの医療用麻薬は	人数 (%)
生活の質を向上する	
がんの痛みを取り除くことはできる	316 (73)
「よりよい生活をおくる」ためのくすりである	223 (52)
中毒や習慣性が起こる	65 (15)
慣れが生じて効かなくなってくる	27 (6.3)
副作用がある	
痛み止めの薬による副作用をがまんするよりは、痛みをがまんした方がましである	21 (4.9)
吐き気を起こす	54 (13)
便秘になる	88 (20)
眠る時間が長くなる	166 (38)
もうろう状態になる	147 (34)
変な言動・幻覚や混乱を起こす	104 (24)
死と関連がある	
「楽に最期を迎える」ためのくすりである	284 (66)
「末期の患者」に使うものである	222 (51)
「最後の手段」である	204 (47)
「死」を連想させる	138 (32)
寿命をちぢめる	75 (17)

*とてもそう思う人数

めた。また、全身状態が悪い時に医療用麻薬を使うか使わないかの意向に関しては、医療者の説明のうち、「痛みは早くから治療した方がよい」「中毒や習慣性になることはない」に関して、有意差を認めた。

考 察

本研究の結果から、実際に医療用麻薬の処方患者が受けていた、遺族の過半数は自分が患者と同じ状況になれば、医療用麻薬を積極的に使用すると考えていることが分かった。また、比較的全身状態が良い時でも、全身状態が悪い時でも医療用麻薬を使用すると考えていた。

医療用麻薬の使用に強く関連することは、実際に患者が治療で痛みが取れたという体験が関与していた。また、医療者からも治療を通じて、医療用麻薬で痛みを抑えることができることを説明されていることが、遺族の考えに反映していた。さらに、単に痛みが緩和されるだけでなく、「いろいろなことができるようになった」「表情が良くなった」といった生活の質が向上したという体験が家族の考えに反映していた。

したがって、医療者の説明も、単に医療用麻薬で痛みが緩和されるということだけでなく、痛みによって患者の生活が具体的にどう損なわれているのか、医療用麻薬によって、患者の生活がどう改善されるのか、治療前、治療中に具体的に説明することが求められる。加えて、「からだに苦痛を感じないこと」「医師と話し合っただけでなく、痛みによって患者の生活が具体的にどう損なわれているのか、医療用麻薬によって、患者の生活がどう改善されるのか、治療前、治療中に具体的に説明することが求められる。加えて、「からだに苦痛を感じないこと」「医師と話し合っただけでなく、痛みによって患者の生活が具体的にどう損なわれているのか、医療用麻薬によって、患者の生活がどう改善されるのか、治療前、治療中に具体的に説明することが求められる。」を多くの遺族は重要と考えていることから、苦痛の緩和を保証し、患者とよく話し合っただけでなく、痛みによって患者の生活が具体的にどう損なわれているのか、医療用麻薬によって、患者の生活がどう改善されるのか、治療前、治療中に具体的に説明することが求められる。

医療用麻薬は慣れが生じて効かなくなってくると考えていると考える遺族も少数いた。実際に痛みが強くなってから、医療用麻薬を増やしても効かなくなったという体験を35%の遺族があったと返答している。さらに、「医療用麻薬は、早く使い始めても、慣れが生じたり、あとで効かなくなったりするようなことはない」と説明を受けた家族は、半数に満たなかった。

表7 遺族の考える、望ましい最期にとって重要と思うこと

	平均±標準偏差 (range1~7)*
からだに苦痛を感じないこと	5.9 ± 0.9
医師と話し合っただけでなく、痛みによって患者の生活が具体的にどう損なわれているのか、医療用麻薬によって、患者の生活がどう改善されるのか、治療前、治療中に具体的に説明することが求められる。	6.3 ± 0.7
意識や思考がしっかりしていること	5.9 ± 0.9
希望をもって過ごすこと	6.1 ± 0.9
自然に近いかたちでさいごを迎えること	6.0 ± 0.9
死を意識せずに、普段と同じように毎日を送れること	5.9 ± 1.0

* (1:全く必要ではない~7:絶対に必要である)

表8 遺族の医療用麻薬を「使う」「使わない」の決定因子(その1)

	使う 人数 (%) (n=287)	使わない 人数 (%) (n=145)	p
患者			
年齢(平均(標準偏差))	71 (12)	73 (11)	0.11
遺族			
年齢(平均(標準偏差))	59 (12)	60 (13)	0.29
関係			0.74
配偶者	118 (42)	66 (46)	
子ども	114 (40)	47 (32)	
嫁、婿	18 (6.3)	12 (8.3)	
兄弟姉妹	19 (6.6)	10 (6.9)	
その他	14 (4.9)	6 (4.1)	
最後の入院の時の健康状態			0.24
よい	81 (28)	28 (19)	
まあまあ	144 (50)	87 (60)	
悪い	44 (15)	22 (15)	
とても悪い	12 (4.2)	4 (2.8)	

欠損データのため、合計が100%にならない箇所がある

この結果から、遺族は医療用麻薬は、いずれ効果がなくなるという誤認をしている可能性が高いと、医療者は認識しておく必要がある。そして、そのような誤認を解消するために、医療者は、医療用麻薬には耐性がないということを教育すると同時に、将来痛み、苦痛が強くなっても、対応する方法はあるという将来の苦痛の緩和に関する保証を患者、家族に伝えることが必要であると示唆される。

表8 遺族の医療用麻薬を「使う」、「使わない」の決定因子 (その2)

	全般			全身状態が良い時			全身状態が悪い時		
	使う (n=287) 得点 (標準偏差)	使わない (n=145) 得点 (標準偏差)	p	使う (n=224) 得点 (標準偏差)	使わない (n=208) 得点 (標準偏差)	p	使う (n=225) 得点 (標準偏差)	使わない (n=207) 得点 (標準偏差)	p
薬に対する価値観 [†]	4.8 (4.0)	6.2 (3.6)	<0.001	4.6 (4.0)	5.9 (3.7)	0.001	4.7 (4.0)	5.8 (3.7)	0.004
遺族の体験									
生活の質が向上した [§]	2.2 (1.1)	1.7 (1.2)	0.001	2.2 (1.1)	1.9 (1.2)	0.009	2.2 (1.1)	1.8 (1.2)	0.005
痛みがない時も、くすりが欲しいと言うようになった	0.08 (0.28)	0.09 (0.28)	0.91	0.10 (0.30)	0.07 (0.26)	0.32	0.08 (0.28)	0.09 (0.28)	0.93
痛みが強くなってから、くすりを増やしても効かなくなった	0.37 (0.48)	0.39 (0.49)	0.69	0.39 (0.49)	0.37 (0.48)	0.66	0.40 (0.49)	0.36 (0.48)	0.45
副作用があった [§]	2.5 (1.6)	2.6 (1.6)	0.53	2.6 (1.6)	2.4 (1.6)	0.27	2.5 (1.6)	2.6 (1.6)	0.55
医療者の説明									
痛みを、おさえることができる	0.97 (0.16)	0.92 (0.26)	0.052	0.97 (0.16)	0.94 (0.23)	0.15	0.97 (0.18)	0.95 (0.22)	0.325
痛みは早くから治療した方がよい	0.63 (0.48)	0.55 (0.50)	0.17	0.66 (0.47)	0.53 (0.50)	0.009	0.67 (0.47)	0.53 (0.50)	0.004
痛みの原因が良くなったり、何か不都合なことがあったりしたらやめることができる	0.74 (0.44)	0.58 (0.50)	0.002	0.75 (0.44)	0.61 (0.49)	0.005	0.73 (0.45)	0.64 (0.48)	0.058
中毒や習慣性になることはない	0.63 (0.48)	0.54 (0.50)	0.092	0.68 (0.47)	0.53 (0.50)	0.003	0.66 (0.48)	0.54 (0.50)	0.020
慣れが生じたり、あとで効かなくなったりするようなことはない	0.53 (0.50)	0.39 (0.49)	0.010	0.54 (0.50)	0.41 (0.49)	0.011	0.55 (0.50)	0.39 (0.49)	0.002
副作用がある [§]	3.3 (1.8)	2.8 (1.8)	0.017	3.4 (1.7)	2.8 (1.8)	0.005	3.3 (1.7)	2.9 (1.8)	0.016
死と関連がある [§]	0.90 (1.1)	0.92 (1.1)	0.83	0.87 (1.1)	0.95 (1.1)	0.47	0.93 (1.1)	0.89 (1.1)	0.72
遺族の認識									
生活の質を向上する [¶]	8.1 (1.6)	6.6 (1.6)	<0.001	8.2 (1.7)	7.0 (1.5)	<0.001	8.2 (1.7)	6.9 (1.6)	<0.001
中毒や習慣性が起こる	2.3 (1.3)	2.7 (0.95)	0.002	2.3 (1.3)	2.6 (1.0)	0.013	2.3 (1.3)	2.5 (1.1)	0.050
慣れが生じて効かなくなってくる	1.6 (1.3)	2.3 (0.95)	<0.001	1.5 (1.3)	2.1 (1.0)	<0.001	1.5 (1.2)	2.1 (1.1)	<0.001
副作用がある [¶]	15.0 (5.1)	16.6 (4.1)	0.002	15.1 (5.3)	16.0 (4.1)	0.073	15.0 (5.3)	16.1 (4.3)	0.026
死と関連がある [¶]	15.4 (5.1)	16.2 (4.0)	0.104	15.3 (5.2)	16.2 (4.3)	0.056	15.7 (4.9)	15.7 (4.7)	0.978
望ましい最期にとって重要と思うこと									
からだに苦痛を感じないこと [‡]	6.1 (0.84)	5.6 (0.98)	<0.001	6.3 (0.81)	5.6 (0.95)	<0.001	6.3 (0.79)	5.6 (0.96)	<0.001
医師と話しあって治療を決めること [‡]	6.5 (0.63)	6.1 (0.85)	<0.001	6.5 (0.71)	6.3 (0.72)	0.001	6.5 (0.64)	6.2 (0.78)	<0.001
意識や思考がしっかりしていること [‡]	6.0 (0.87)	5.9 (0.86)	0.10	6.1 (0.89)	5.9 (0.83)	0.023	6.0 (0.88)	5.9 (0.86)	0.30
希望をもって過ごすこと [‡]	6.1 (0.87)	6.1 (0.79)	0.45	6.2 (0.89)	6.1 (0.78)	0.095	6.2 (0.87)	6.0 (0.81)	0.40
自然に近いかたちでさいごを迎えること [‡]	6.2 (0.87)	6.0 (0.77)	0.011	6.3 (0.86)	5.9 (0.79)	<0.001	6.2 (0.90)	6.0 (0.76)	0.002
死を意識せずに、普段と同じように毎日を送れること [‡]	6.0 (1.1)	6.0 (0.88)	0.94	6.0 (1.1)	5.9 (0.91)	0.18	6.0 (1.1)	5.9 (0.88)	0.77

[†]各要素の得点の合計. [§]各要素の得点の合計 (1=あった,0=なかった). [¶]各要素の得点の合計 (5=とても思う, 4=だいぶ思う, 3=やや思う, 2=あまり思わない, 1=ほとんど思わない, 0=まったく思わない). [‡]得点 (7=絶対に必要である, 6=必要である, 5=やや必要である, 4=どちらともいえない, 3=あまり必要ではない, 2=必要ではない, 1=まったく必要ではない)

痛みの悪化には、医療用麻薬の増量、オピオイドの変更（オピオイドスイッチング）、時には鎮静での対応が臨床で実証されている。一方で、オピオイドの変更に関する知見で推測されているように、医療用麻薬には臨床的に耐性を生じる可能性がある。したがって、医療用麻薬には耐性はなく、痛みが強くなっても増量すれば鎮痛できるという根拠を改めて臨床的に実証する必要があると考えられる。

医療用麻薬の副作用に関しては、半数近い遺族が、「食事が食べられなくなった」「眠る時間が長くなった」「変な言動や・幻覚や起こった」という体験をしていた。その結果、医療用麻薬は、眠る時間が長くなったり、もうろう状態となると認識している遺族も1/3であった。

本研究の対象となった、ホスピス・緩和ケア病棟に入院していた患者は、41日と1カ月程度の短い期間で初診から死亡に至っている。このことから、食欲不振、傾眠、せん妄といった副作用は、医療用麻薬とすべて関連した事象であるとは考えにくい。死に至る自然な過程で起こりうる事象を、医療用麻薬の副作用と遺族は考える傾向があると示唆される。また、医療者は実際に、「眠る時間が長くなることがある」「変な言動・幻覚や混乱が起こることがある」と説明していたと、半数以上の遺族が返答していることから、医療者自身も、死に至る自然な過程で起こりうる事象を医療用麻薬の副作用と認識し、説明していることが推測される。

がんの終末期患者に出現する食欲不振、傾眠、せん妄の原因を特定することは困難で、かつ原因は複数にわたることがほとんどである。しかし、患者、特に家族には、食欲不振、傾眠、せん妄は医療用麻薬の副作用というだけではなく、予後が1カ月未満の患者には起こりうる一般的な事象で、さらに予後が1週間未満であればほとんどの患者にみられることを説明する必要があると考えられる。

本研究は、対象者の60%を超える高い返答率にもかかわらず、いくつかの限界がある。まず、

後方視的な研究で、リコールバイアスがあること。さらに高度な緩和ケアが提供される、ホスピス・緩和ケア病棟でのケアを調査していることから、わが国の一般的な病院での状況を反映しているとはいえず、また統計解析も低い感度となること。また、説明はホスピス・緩和ケア病棟に勤務する医師であるため、一般的な医師の説明とは質的に異なる可能性があること、そして本研究のような横断的な調査方法では、同定された因果関係が当てはまらない可能性があることである。さらに、本研究で用いられた質問紙は十分に信頼性と妥当性を検討していないことである。

結 論

本研究の結果から、医療用麻薬を実際に患者が受けていたという遺族の大多数は、実際に自分が同じ状況になれば医療用麻薬の治療を受けると考えていることが分かった。そして、遺族の考えには、実際に患者の痛みがとれたという体験、患者の治療にあたった医療者が医療用麻薬で痛みがとれると説明していたこと、耐性を生じることはないと説明していたことが反映することも分かった。

文 献

- 1) World Health Organization (2007) WHO's pain relieve ladder. [http://www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/. Accessed 5 August 2009]
- 2) Maltoni M, Scarpi E, Modonesi C, et al. A validation study of the WHO analgesic ladder : a two-step vs three-step strategy. *Support Care Cancer* 2005 ; 13 (11) : 888-894.
- 3) Sun VC, Borneman T, Ferrell B, et al. Overcoming barriers to cancer pain management : an institutional change model. *J Pain Symptom Manage* 2007 ; 34 (4) : 359-369.
- 4) Gunnarsdottir S, Donovan HS, Serlin RC, et al. Patient-related barriers to pain management : the Barriers Questionnaire II (BQ-II). *Pain* 2003 ; 99 (3) : 385-396.
- 5) Reid CM, Goberman-Hill R, Hanks GW. Opioid analgesics for cancer pain : symptom control for

the living or comfort for the dying? A qualitative study to investigate the factors influencing the decision to accept morphine for pain caused by cancer. *Ann Oncol* 2008 ; 19 (1) : 44-48.

- 6) 近藤由香, 渋谷優子. 痛みのある外来がん患者のモルヒネの使用に対する懸念と服薬行動に関する研究 日本がん看護学会誌 2002 ; 16 (1) : 5-16.
- 7) Morita, T, Tsunoda, J, Inoue, S, et al. Concerns of Japanese hospice inpatients about morphine therapy as a factor in pain management : a pilot study. *J Palliat Care* 2000 ; 16 (4) : 54-58.
- 8) Ward SE, Goldberg N, Miller-McCauley V, et al. Patient-related barriers to management of cancer pain. *Pain* 52 (3) : 1993
- 9) Miyashita M, Sanjo M, Morita T, et al. Good

death in cancer care: a nationwide quantitative study. *Ann Oncol* 2007 ; 18 (6).

〔付帯研究担当者〕

森田達也（聖隷三方原病院 緩和支援治療科），**平井啓**（大阪大学 人間科学研究科），**宮下光令**（東北大学大学院 医学系研究科 保健学専攻 緩和ケア看護学分野），**清水 恵**（東北大学大学院 医学系研究科 保健学専攻 緩和ケア看護学分野），**恒藤 暁**（大阪大学大学院 医学研究科 緩和医療学），**志真泰夫**（筑波メディカルセンター病院 緩和医療科）