

オキシコドン速放散による 突出痛治療の実例

【症例1】

50歳代、男性。腎細胞がん肺転移の診断で分子標的治療中に多発肺転移に伴う持続的な胸背部痛が増強し、非ステロイド抗炎症薬(NSAIDs)の定時投与では痛みのために夜間不眠となった。そこで、オキシコドン徐放錠20mg/日の定時投与を開始し、レスキュードースのオキシコドン速放散使用量を目安に徐放錠のタイトレーションを行った。オキシコドン徐放錠80mg/日、レスキュードースのオキシコドン速放散15mg/回となったところで持続的な痛みは消失し、持続痛と同じ場所に1日2回程度誘因なく発生する突出痛が残存した。痛みは発生からピークに達するまで15分程度であり、徐放錠のタイトレーションに用いた速放散の内服で十分な鎮痛を得ることができた。

■解説

この症例の突出痛は誘因のない突出痛であり、痛みの種類としては体性痛と内臓痛の要素が混在しているが、比較的緩徐に痛みが増強しており、タイトレーションに用いたレスキュードースの1回量や投与タイミングを変化させることなく効果を得ることができた。欧州の観察研究においてもタイトレーションに用いた薬剤がそのまま突出痛治療に使用されている割合が最も多い。ただし、持続痛がコントロールされたと判断されたときの定時オピオイド量はモルヒネ換算で200mg/日前後であったとするものが多いことから考えると、十分な持続痛コントロールが行われていれば経口オピオイドのレスキュードースも十分に突出痛治療に使えるということなのかもしれない。

【症例2】

80歳代、女性。膀胱がん多発骨転移。腰椎転移に伴う腰痛が増強し、アセトアミノフェン

3,200mg/日内服開始したが体動困難となったため放射線治療目的に入院となり、併せてオピオイド鎮痛薬導入を行った。オキシコドン徐放錠40mg/日の内服で安静時痛はコントロールされたが、突出痛のために放射線治療台に上がることが困難であった。痛みは体動と同時にピークに達し、横になると10分以内に終息するというものであった。そこでオキシコドン速放散5mgを予防的に放射線治療開始30分前に内服することとした。放射線治療開始当初はレスキュードースの予防内服でもNRS 0にはできなかったが、治療台に上がることは可能であった。10回の治療予定のうち5回目頃より突出痛の程度の軽減がみられ、治療終了後にはレスキュードースを使用せずに体動できるようになった。

■解説

この症例の突出痛は、予測できる誘因のある突出痛である。発生からピークに達するまでの時間が非常に短く、しかも痛みの持続が短い。わが国のガイドライン⁶⁾において「予測できる突出痛では、誘発する刺激を避け、誘発する刺激の前にレスキュー薬の投与を行う」としているが、欧州緩和医療学会のガイドラインにおいてはより具体的に経口オピオイドのレスキュードースを誘因の20~30分前に投与することを弱い推奨として挙げている⁷⁾。フェンタニル口腔粘膜吸収剤の予防投与については、今後の検討課題である。

おわりに

以上、突出痛治療の考え方とオキシコドン速放散を用いた突出痛治療について述べた。突出痛という言葉はこれまでわが国では痛みのパターンを表す言葉として「持続痛の有無に関わらず発生する一過性の痛みの増強」と定義され用いられてきた。しかし、突出痛治療専用薬が発売された現在、専用薬の対象となる痛みの概念を表す言葉の定義を見直す時期にきていると思われる。今回は

この概念を意識して記載したため違和感があったかもしれないが、ご容赦いただきたい。がんによる痛みの治療において、持続的な痛みの治療よりも、持続的な痛みが改善した後に残存する突出痛の治療に難渋する場合が圧倒的に多い。突出痛の治療アプローチについての臨床研究が多く行われる必要がある。そのためにも、まずは概念の整理が行われる必要がある。概念を明確化し、概念に基づく評価、その評価に基づく治療という適正なプロセスがつけられることを期待している。

文 献

- 1) Davies A, Dickman A, Reid C, et al : The management of cancer-related breakthrough pain : recommendation of a task group of the Science Committee of the Association for Palliative Medicine of Great Britain and Ireland. *Eur J Pain* **13** : 331-338. 2009
- 2) 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* **47** : 57-76. 2014
- 3) Davies A, Buchanan A, Zeppetella G, et al : Breakthrough cancer pain : an observational study of 1000 European oncology patients. *J Pain Symptom Manage* **46** : 619-628. 2013
- 4) Mercadante S, Villari P, Ferrera P, et al : Optimization of opioid therapy for preventing incident pain associated with bone metastases. *J Pain Symptom Manage* **28** : 505-510. 2004
- 5) Coluzzi PH, Schwartzberg L, Corony Jr. JD, et al : Breakthrough cancer pain : a randomized trial comparing oral transmucosal fentanyl citrate (OTFC) and morphine sulphate immediate release (MSIR). *Pain* **91** : 123-130. 2001
- 6) 日本緩和医療学会緩和医療ガイドライン作成委員会 編 : がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン2014年版. 東京, 金原出版. 2014
- 7) Caraceni A, Hanks G, Kaasa S, et al : Use of opioid analgesics in the treatment of cancer pain : evidence-based recommendations from the EAPC. *Lancet Oncol* **13** : e58-e68. 2012

特集

がん疼痛の緩和ケア：新ガイドラインをめぐるトピックス

背景知識

富安志郎

医療法人光仁会 西田病院 麻酔科

ペインクリニック

Vol.35 No.5 (2014.5) 別刷

真興交易(株)医書出版部

表1 II章「背景知識」の項目

1. がん疼痛の分類・機序・症候群
2. 痛みの包括的評価
3. WHO方式がん疼痛治療法
4. 薬理学的知識
5. 麻薬に関する法的・制度的知識
6. 患者のオピオイドについての認識
7. がん疼痛マネジメントを改善するための組織的な取り組み
8. 薬物療法以外の疼痛治療法

表2 2014年版「背景知識」における主な変更点

1. 新規追加されたもの
[薬物]
1) オピオイド
・経口：トラマドール，メサドン，タベンタドール
・非経口：オキシコドン（注射剤），フェンタニル（口腔粘膜吸収剤）
2) 非オピオイド：アセトアミノフェン注射剤
3) 鎮痛補助薬：デュロキセチン，デノスマブ
4) 副作用対策の薬剤：ルビプロストン
[項目]
1) 「6. 患者のオピオイドについての認識」における「オピオイドの服薬指導」
2) 「7. がん疼痛マネジメントを改善するための組織的な取り組み」における「国内での取り組み」
2. 主な修正点
1) 神経障害性疼痛の定義と痛みの機序
2) 突出痛の解説
3) 高用量アセトアミノフェンについての追加
4) スタドールの削除（発売中止のため）

傷に伴って発生する痛み」と定義していたが、2014年版では、より感覚神経の損傷で起こる痛みであることを強調するために、「痛覚を伝える神経の直接的損傷やこれらの神経の疾患に起因する痛み」と再定義した。また、国際疼痛学会の委員会で作成した神経障害性疼痛の診断アルゴリズムを引用・改変したものを掲載した。メカニズムについては、2010年のLancet Neurologyに掲載されたものに準拠して異所性神経活動、感作、脱抑制の3つを記載した。

2) 突出痛について

2010年版同様、定義は「持続痛の有無や程度、鎮痛薬治療の有無にかかわらず発生する一過性の痛みの増悪」というパターンを表す定義のままとしている。しかし、近年、「オピオイド投与により持続痛のコントロールされている患者に発生する一過性の痛みの増悪」や「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/できないトリガーに関連して発生する一過性の痛みの増悪」など、持続痛がコントロールされた後にみられるもののみを突出痛と定義しているものが

多い。本邦でも、昨年使用可能となったフェンタニル口腔粘膜吸収剤は、これらの定義に合致する突出痛の治療専用薬であることから、この薬剤の適正使用の面から定義の変更も検討された。しかし、今回はメジャーな修正は行わないこととし、解説に現在の動向を記載するに留めた。

2. 痛みの包括的評価

ここでは、痛みの包括的評価とは、①痛みの原因の評価と②痛みの評価からなることを説明している。①痛みの原因の評価とは、身体所見や画像、血液検査などから客観的に痛みの原因を診断することであり、②痛みの評価とは、患者の主観としての痛みの強さや日常生活への影響、治療効果を客観視できるようにする方法のことである。痛みの包括的な評価を行うことではじめて患者個々に合った痛みの治療が計画できることを示している。この項目においては大きな変更は行われなかった。

3. WHO方式がん疼痛治療法

ここでは、WHO（世界保健機関）から出版された「がんの痛みからの解放」の作成意図である全世界のあらゆる国に存在するがん患者を痛みから解放する方法として、『WHO方式がん疼痛治療法』を紹介している。がんの痛み治療は、①チームアプローチによる、がん患者の痛みの診断とマネジメント、②詳細な問診、診察、画像診断などによる痛みの原因、部位、症状の十分な把握、③痛みの治療における患者の心理的、社会的およびスピリチュアルな側面への配慮と患者への説明、④症状や病態に応じた薬物または非薬物療法の選択、⑤段階的な治療目標の設定、⑥臨床薬理学に基づいた鎮痛薬の使用法、の6項目の治療戦略で構成され、緩和ケアの中の一要素として実践すべきであることが強調されている。

鎮痛薬の使用方法においては、「鎮痛薬使用の5原則」と、痛みの強さによる鎮痛薬の選択方法を示した「三段階除痛ラダー」について解説している。2014年版の「除痛ラダーに沿って効力の順に (by the ladder)」には、2013年3月に発売になったメサドンに関する一文が加えられた。すなわち、メサドンは他の強オピオイドで治療困難な中等度から高度のがん疼痛に効果が期待される一方で、調節が難しい薬物なので使用に際して製造業者の提供する講習の受講が必要であることが追加記載されている。

『WHO方式がん疼痛治療法』は、公表から25年以上が経過し、各国のフィールド調査で70～80%の鎮痛効果が得られている。今後、厳密な無作為化比較試験などによって科学的に検証されるべき部分を含んではいるが、本ガイドラインでは、『WHO方式がん疼痛治療法』はがん疼痛の緩和治療の指針となる重要な役割があると考えている。

4. 薬理学的知識

ここでは、がん疼痛治療に使用する薬物を、オピオイド、非オピオイド、鎮痛補助薬に分けて薬理学的特徴、用法、副作用などを示すと同時に、各薬物の特徴を記載している。2010年版に記載されておらず、2014年版発売までに国内で使用可能となるメサドン、タベンタドール、オキシコドン注射剤、フェンタニル貼付剤、口腔粘膜吸収剤などのオピオイド、RANKLモノクローナル抗体などの追加、アセトアミノフェンの用量変更などの記載が行われた。また、「オピオイドローテーション」が「オピオイドスイッチング」に、「レスキュー・ドーズ」が「レスキュー薬」に用語の変更が行われた。

1) オピオイド

新しく使用可能となった薬物の一覧を表3に示す。

表3 2014年版で追加されたオピオイド一覧

一般名	商品名	剤形・規格・濃度	投与経路	投与間隔	放出機構	T _{max} (分)	T _{1/2} (分)	特徴
オキシコドン	オキファスト [®]	注： 10 mg/1 ml/A 50 mg/5 ml/A	静脈内 皮下	単回・持続	—	急速単回 静脈投与 5.0	持続静注 4.09±0.72	
フェンタニル	ワンデュロ [®]	貼付剤： 0.84 mg (0.3 mg/日) 1.7 mg (0.6 mg/日) 3.4 mg (1.2 mg/日) 5 mg (1.8 mg/日) 6.7 mg (2.4 mg/日)	経皮	24時間ごと	徐放性	18~26	20.0~22.4	72時間ごとの製剤と薬物動態が大きく変わらない
	フェントス [®]	貼付剤： 1 mg・2 mg・4 mg・ 6 mg・8 mg	経皮	24時間ごと	徐放性	20.1±6.1	25.7~31.3	
	イーフェン [®]	口腔粘膜吸収剤： 50 μg・100 μg・ 200 μg・400 μg・ 600 μg・800 μg	経口腔 粘膜	1回の突出痛に対して30分以上空けて1回のみ追加可能 4時間以上空けて、1日4回以下の使用に留める	速放	0.33~2.00	3.37±2.71	上大白歯の歯茎と頬との間にはさみこむようにおいて、溶解させる。強オピオイドが定期投与されていない患者に使用してはならない。50または100 μgから開始する。1回800 μg使用しても効果が不十分な場合は他の方法への変更を検討する
	アブストラ [®]	口腔粘膜吸収剤： 200 μg/本 400 μg/本 600 μg/本 800 μg/本	経口腔 粘膜	1回の突出痛に対して30分以上空けて1回のみ追加可能 2時間以上空けて、1日4回以下の使用に留める	速放	0.25~1.0	ND	舌下に溶かして口腔粘膜より吸収させる。オピオイドが投与されていない患者に使用してはならない。定時投与量にかかわらず、100 μgから開始する。1回800 μg使用しても効果が不十分な場合は他の方法への変更を検討する。
トラマドール	トラマール [®]	カプセル： 25 mg・50 mg	経口	4~6時間ごと	速放性	トラマドール： 1.8±0.8 M1： 2.2±1.0	トラマドール： 6.06±1.58 M1： 6.81±1.21	肝障害・腎障害患者ではC _{max} 、AUC _{0-∞} 、T _{1/2} が延長する
	トラマール [®]	注：100 mg/2 ml	筋肉内	4~5時間ごと	—	ND	ND	オピオイド作用およびモノアミン増強作用により鎮痛効果を示す。CYP2D6によって代謝されるM1がμオピオイド受容体の親和性が高い。モノアミン再取り込み阻害作用はM1よりトラマドールのほうが高い
メサドン	メサベイン [®]	錠：5 mg・10 mg	経口	8時間ごと	速放性	4.9±2.1	37.2±4.6	あるオピオイドに対する耐性を有していても、交差耐性が不完全な場合がある。換算比も一定したものがなく、過量投与に十分な注意が必要である
タベンタドール	タベンタ [®]	錠：25 mg・50 mg・ 100 mg	経口	12時間ごと	徐放性	3~6時間	4~5時間	不正使用防止を目的にポリエチレンオキサイドが使用された錠剤（TRF）で、ハンマーを使用しても壊れない構造になっている

※ スタドールは販売中止のため削除

① メサドン

鎮痛効果は μ オピオイド受容体に対する親和性と NMDA 受容体拮抗作用により発揮すると考えられている。生体内利用率は約 85% であり、中枢移行性も良好であり、効果発現時間は約 30 分と比較的早い。作用持続時間は、単回投与で 4～5 時間、反復投与 8～12 時間程度である。主に、肝臓チトクロム P450 の CYP3A4 および CYP2B6 で活性のない EDDP (2-ethylidene-1, 5-dimethyl-3, 3-diphenylpyrrolidine) に変換されるので、肝障害時は代謝が遅延する。代謝産物に活性がないため、腎障害時も比較的 safely 使用できるが、腎排泄が約 20% あるので、減量して使用する。ちなみに、メサドンは蛋白結合率が高く、透析ではほとんど除去されない。透析患者にも比較的 safely 使用できる。消失半減期が約 30～40 時間と長い。定常状態に達するまでに約 1 週間を要する。副作用として、QT 間隔延長および呼吸抑制の報告がある。多薬併用患者では薬物相互作用に注意する。メサドンとニューキノロン系抗生物質のシプロフロキサシンやトリアゾール系抗真菌薬を併用することにより、メサドンの血中濃度が上昇する可能性がある。サキナビルやエファピレンツなどの抗 HIV 薬との併用では、メサドンの血中濃度が低下するとの報告がある。また、副作用として QT 延長や torsade de pointes のある薬物とメサドンとの併用は、心毒性の副作用発現のリスクを高める。

② タペンタドール

タペンタドールの鎮痛作用は、主としてオピオイド μ 受容体作用および脊髄後角におけるノルアドレナリン再取り込み阻害作用に基づくと考えられている。徐放性経口製剤の生体内利用率は約 32% である。血漿蛋白結合率は約 20% であり、消失半減期は約 4～5 時間である。肝臓で主にグルクロン酸抱合により代謝され、活性のないタペンタドール-O-グルクロナイドとなる。タペンタドールは肝臓で代謝された後、

ほとんどが尿中に排泄され、約 3% が未変化体である。

徐放性経口剤は改ざん防止製剤 (tamper resistant formulation: TRF) で非常に硬く、機械的 (噛む、すりつぶす) および化学的 (水やその他の溶媒溶かす) に改ざんすることができないため、薬物乱用を防止することができる。等鎮痛用量比はタペンタドール経口:モルヒネ経口:オキシコドン経口=100:30:20 (mg/日) である。

③ 用語の変更

a. オピオイドスイッチング

オピオイドの副作用により、鎮痛効果を得るだけのオピオイドを投与できない時や、鎮痛効果が不十分な時に、投与中のオピオイドから他のオピオイドに変更することを 2010 年版ではオピオイドローテーションを用いていたが、これは数種類のオピオイドを順に変更し回すことを指すために意味が異なる。との判断で 2014 年版では日本の状況と近年のガイドラインの記載内容を鑑み、オピオイドスイッチングを用いることになった。ちなみに投与経路の変更もオピオイドスイッチングに含む場合があるが、本ガイドラインでは薬物の変更のみをオピオイドスイッチングと定義することとなった。

b. レスキュー薬

疼痛時の臨時追加投与については、これまで、レスキュー・ドーズと英語表記の rescue dose をカタカナにして用いていたが、日本緩和医療学会用語委員会の検討をふまえてレスキュー薬に統一されることとなった。

c. その他の追加や変更を考慮されたこと

2013 年に突出痛治療専用薬であるフェンタニルの口腔粘膜吸収剤 (バツカル錠、舌下錠) が使用可能となったことを受けて、フェンタニルの項目にこのことを追加記載するとともに、オピオイドの投与経路として経口腔粘膜投与を追加した。

便秘の治療薬として 2012 年に使用可能と

なったクロライドチャネルアクチベーターのルビプロストンが追加された。これは小腸上皮腸端膜に存在する Cl_2 クロライドチャネルを活性化し、腸管内への水分分泌を促進することで便を軟らかくする作用を持つ。欧米においては、すでにオピオイドによる便秘に有効であることが報告されており、本邦における報告が待たれる。

精神依存の定義の参考となる記述として DSM-IV の物質依存 (substance dependence) を紹介しているが、2013年に改訂された DSM-V ではこの言葉がなくなり、ギャンブルやインターネットなど物質以外のものを含む定義として新たに substance use and addictive disorders (物質使用およびアディクシオンの障害群) が用いられているため、あえて DSM-IV の定義をそのまま掲載した。

2) 非オピオイド

① アセトアミノフェンの用法・用量変更、 剤型追加

従来、アセトアミノフェンの本邦の添付文書では、がん疼痛への適応はあるものの、成人では「アセトアミノフェン 1回 300~500mg、1日 900~1,500mg を適宜増減して投与すること」とされていた。しかし、欧米およびアジアの一部でがん疼痛に対して使用されるアセトアミノフェンの経口投与量は、1回 650mg を4時間ごと、または 1,000mg を6時間ごと、1日最大量は 4,000mg/日であり、本邦でもがん疼痛では 2,400~4,000mg/日程度が妥当な鎮痛量として使用されてきた。これらの背景を受けて、2011年1月に本邦のアセトアミノフェンの用量・用法が改訂され、アセトアミノフェンとして1回 300~1,000mg を経口投与、投与間隔は4~6時間以上、1日最大量は 4,000mg/日となった。

また、海外では2002年よりアセトアミノフェンの静注液が使用されてきたが、2013年

より本邦でも使用が可能となったことを受けて追加記載を行っている。

② その他

NSAIDs の血小板、心血管障害について、コキシブ系薬物の大規模調査において、COX-2 阻害薬が PGI_2 生成抑制の一方でトロンボキサン生成に影響を与えないために血栓形成に傾くと考えられているが、非選択的な COX 阻害薬である従来の NSAIDs においても心血管障害の発症が報告されており、詳細な機序が明らかでない、ということが追加記載されている。

アセトアミノフェン過剰投与時の肝細胞壊死はアルコール常用者でリスクが高まることに加えて、栄養状態の悪化や CYP2E1 を誘導する薬物 (カルバマゼピン、フェニトイン、フェノバルビタール、リファンピシン、イソニアジドなど) の併用でもリスクが高まることが追加記載された。

3) 鎮痛補助薬

鎮痛補助薬の定義は、2010年版同様、「主たる薬理作用には鎮痛作用を有しないが、鎮痛薬と併用することにより鎮痛効果を高め、特定の状況下で鎮痛効果を示す薬物」とした。抗うつ薬、抗痙攣薬、局所麻酔薬/抗不整脈薬、NMDA 受容体拮抗薬、中枢性筋弛緩薬 (バクロフェン)、コルチコステロイド、ベンゾジアゼピン系抗不安薬、ビスホスホネート・RANKL モノクローナル抗体、その他 (消化管閉塞に対するオクトレオチド、ブチルスコポラミン臭化物) の作用機序・特徴と副作用を記載している。

新しく記載が追加された薬物は SNRI のデュロキセチン、抗痙攣薬のプレガバリン、RANKL モノクローナル抗体のデノスマブである。デノスマブは RANKL と結合し、破骨細胞およびその前駆細胞膜上に発現する RANK への RANKL の結合を特異的に阻害する分子標的薬である。RANKL 経路を介した破骨細胞

の形成、活性、生存を抑制することにより骨関連事象（SRE）を改善する。皮下投与という簡便さ、腎機能障害患者でも使用できる、というメリットがあるが、重篤な低カルシウム血症発現リスクがあるので、カルシウムおよびビタミンD製剤を併用するよう警告がなされている。

5. 麻薬に関する法的・制度的知識

この項では、「麻薬及び向精神薬取締法」の医療用麻薬取扱いに関する一般的事項を、麻薬免許証、麻薬管理、麻薬の施用・交付、麻薬の廃棄、麻薬管理における事故・盗難に分けて解説している。また、病院・診療所での取り扱い、薬局での取り扱い、在宅医療での取り扱いにおいてよくある質問に対してQ and A形式で回答している。介護施設においても、在宅医療と同様に他の医薬品と一緒に麻薬を保管・管理して差し支えない旨の一文が加わった以外に2010年版と比較してこの項の大きな変更はない。

6. 患者のオピオイドについての認識

2010年版において、この項では海外、国内の研究におけるがん患者のオピオイドについての認識に関する調査の結果から対処方法を示し、その根拠となる研究結果を紹介している。国外、国内いずれの調査においてもがん患者にはオピオイドの認識として、「麻薬中毒になる」、「寿命を縮める」、「眠気や精神症状などの副作用への心配」、「最後の手段」などがあることが明らかになっている。「麻薬中毒になる」、「寿命を縮める」などの誤解に対しては、誤解に対する患者の考えを把握し、それに基づいたオピオイドに関する説明を行うこと、副作用への心配がある場合は、鎮痛効果とバランスの取れた副作用対策を行い、精神症状に配慮すること、最後の手段など死を連想させることによる不安に対してはオピオイドを使用することで「楽に

なる」だけでなく「できないことができる」ようになることを伝え、死の不安に対するサポートを提供する必要があることを記載している。

2014年版では、これらの結果を基にオピオイドの服薬指導をどのように行うべきかの要点について、先行研究の結果を踏まえて追加記載された。以下に抜粋する

6-3 オピオイドの服薬指導

(1) 服薬指導におけるコミュニケーション
・服薬指導においては、良質なコミュニケーションに基づく医療者-患者間の相互理解や信頼関係の構築が重要である。

・基本的なコミュニケーション・スキルとして、温かさ、礼節、受容、傾聴、支持、肯定、保証および共感などを用いる。

・身体状態が日々変化し得るがん患者個々の患者の状況やニーズに合わせて柔軟な対応を図る。

(2) 痛みとオピオイドに関する正しい知識

・オピオイドに関する説明に先立ち、痛みを緩和することの意義や痛みを我慢することの悪影響について伝え、患者・家族に除痛の必要性を認識してもらう。

・痛みや治療効果の判定は、患者の主観的な訴えに基づいてなされるので、痛みの強さや性質を伝える方法を具体的に示し（numeric rating scale：NRSや「痛み日記」など）、医療者に積極的に痛みを伝えるように促す。

・誤解や懸念からオピオイドの使用に忌避感を抱いている患者に対しては、実際に心配していることを明確にし、その認識に至った背景など個々の患者のナラティブ（語り）を尊重した上で、正しい情報を提供し保証を与える。

(3) オピオイドによる疼痛マネジメントと服薬指導

疼痛マネジメントのための治療計画、オピオイドの使用法、主な副作用とその対策など

の End-of-Life Nursing Education Consortium が開発したプログラムを、本邦の実状に合わせて改訂したものである。現在、日本緩和医療学会が ELNEC-J 指導者を養成し、全国への普及を図っている。

ELNEC-J は 10 個のモジュールから構成されており、痛みに関する内容はモジュール 2 「痛みのマネジメント」に集約し、特に痛みのマネジメントにおける看護師の役割について考えることに焦点を当てている。「痛みとは」、「痛みの緩和のバリア」、「痛みのアセスメント」、「痛みに対する薬物療法」、「痛みに対する薬物療法以外の治療」、「痛みのマネジメントに有効なケア」、「患者・家族教育」といった小項目に分け、「がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン 2010 版」および PEACE プロジェクトのがん疼痛関連教育との整合性を考慮して作成され、これらの改訂に合わせて最新の痛みのマネジメント教育が提供できるよう計画されている。

おわりに

以上、背景知識を概説するとともに、主な 2014 年版における変更・追加点を紹介した。2014 年版においては推奨部分の大幅な変更は行わない方針であったことから、定義なども大

幅な変更は行わなかった。解説には世界的な流れなども記載しているので、参照していただくと幸いである。

文献

- 1) Fishman SM, Ballantyne JC, Rathmell JR, eds: Bonica's Management of Pain 4th ed. Philadelphia, Lippincott Williams, 2010
- 2) McMahon SB, Koltzenburg M, eds: Wall and Melzack's Textbook of Pain 5th ed. Philadelphia, Elsevier, 2006
- 3) Hanks G, Cherny NI, Christakis NA, et al, eds: Oxford Textbook of Palliative Medicine 4th ed, Oxford University Press, 2009
- 4) Bruera E, Higginson IJ, Ripamonti C, et al eds: Textbook of Palliative Medicine, Hodder Arnold, 2006
- 5) 世界保健機関・編 (武田文和・訳): がんの痛みからの解放. 東京, 金原出版, 1996
- 6) Caraceni A, Hanks G, Kaasa S, et al: Use of opioid analgesics in the treatment of cancer pain: Evidence-based recommendations from the EAPC. Lancet Oncology 13: e58-68, 2012
- 7) National Comprehensive Cancer Network: NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Adult cancer pain Ver. 2, 2011
- 8) Ripamonti CI, Santini D, Maranzano E, et al: Management of cancer pain: ESMO Clinical Practice Guidelines. Ann Oncol 23 (Suppl 7): vii139-154, 2012
- 9) 日本緩和医療学会 緩和医療ガイドライン作成委員会・編: がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン 2010 年版. 東京, 金原出版, 2010

※ ※ ※

