

## 【参考資料】痛みによる障害の評価の仕方：尺度

- Brief Pain Inventory (BPI: 簡易疼痛評価票) の障害評価①  
全般的活動、②気分・情緒、③歩行能力、④通常の仕事、⑤  
対人関係、⑥睡眠、⑦生活を楽しむこと 以上の7項目のス  
コアの平均値を使用
- Pain Disability Assessment Scale (PDAS: 疼痛生活障害尺  
度) ①腰を使う活動、②日常生活活動、③社会生活活動の3  
因子で構成
- Roland-Morris disability questionnaire (RDQ: ローランド・モリ  
ス機能障害質問票) 腰痛による日常生活の機能障害評価

厚生労働省科学研究「痛みの教育コンテンツ」

65

## 【参考資料】 痛みに伴う心理状態の評価： 日本語版のある尺度の例

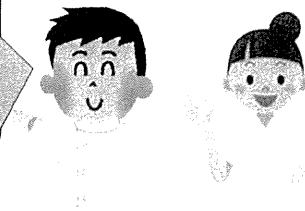
- 痛みに対する破局的思考: Pain Catastrophizing Scale (PCS)
- 人格特性: Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI): ミネ  
ソタ多面人格目録
- 心理的・精神的な症状チェックリスト: Symptom Check List 90-R  
(SCL-90R)
- 一時的な気分や感情の状態: Profile of Mood Status (POMS)
- 不安と抑うつ: Hospital Anxiety and Depression Score (HADS)
- 抑うつ: Beck depression Scale (BDI)
- 抑うつ: Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)
- 不安: State Trait Anxiety inventory (STAI)

厚生労働省科学研究「痛みの教育コンテンツ」

66

# Tailored careを基に収集した情報やアセスメントから、個別性のあるケアを計画し、実施・評価しましょう

スダジさんには、带状疱疹後の神経障害性疼痛と、侵害受容性疼痛である腰痛と筋肉痛があるかも。ADLを低下させないためには、生活の仕方を見直して、スダジさんにごできるセルフケアを一緒に見つけることや、薬物療法やその副作用の観察、これ以上の筋力低下を起さないためのリハビリ、家族への介護指導とかが必要かな。



スダジさんの痛みの方がだいぶ解ってきたみたいね。これからは、多職種連携も重要ね。痛みへの治療やケアは日々進歩、変化しているの。これからも高齢者の痛みに関する勉強を続けてね。

67

## 痛みへのケアの例

- 薬物療法や治療（神経ブロックなど）への支援（服薬アドヒアランス向上や、副作用の早期発見等への指導）
- 痛みに関する教育（原因、治療法、セルフケアの獲得、効果的な緩和法など）
- 認知行動療法（Cognitive behavior therapy: CBT）
- マッサージ、温・冷罨法、リラクゼーション
- 一時的な安静

など

その人に合ったケアを選ぶことが重要  
そして、効果の有無を評価しながら行っていく

68

## 日々のケアの中での痛みへのケア

- 痛みを予防することが痛みへの第一の防衛策となる。

例えば、普段から適度な運動習慣を身につける。高齢者を介護する際に適切な注意を払うことにより、骨折、褥瘡、表皮剥離などの痛みがおこりやすい状態の発生を防止できる。

- 慢性的な痛みがある場合の第一の目標は、痛みを緩和するのと同時に、機能面での向上(ADL面での自立、いろいろな活動への参加、認知・心理・睡眠等の向上等)についても考えることが求められる。

- 動くときに痛みが起こる場合は、痛みが最小限になるように工夫して介助することや補助具の利用が必要である。

- 安静にしたり体の一部を使わないようにすることは、一般的な慢性痛ケアとして推奨できない。安静が続くことにより、元々あった身体機能への回復が妨げられ、さらなる障害を招く可能性があるからである。そのため高齢者へは、痛みへの不安を軽減し、体を動かすことの重要性を理解できるよう支援する。

「高齢者への慢性痛ケア基準」より

69

## 痛みへのケアとともに高齢者の日常生活を見直すことで痛みの緩和につなげる

- 睡眠(無理に長時間寝ようとしていないか? 睡眠薬の有無、副作用など)
- 食事・栄養状態(低栄養、肥満など)
- 排泄(便秘の有無、失禁や適切なオムツの選択、排泄のパターンなど)
- 姿勢(姿勢補正への支援が必要かどうか)
- 補助具の利用(杖、装具、コルセットなど)
- 活動内容と量(散歩等運動の有無、リハビリやペーシングなど)
- 心理社会的状況(心配なこと、不安、抑うつなど)
- 家庭内での役割の見直し(過度に安静を強いていないか?、又は過度な家事負担はないか?、生活上支援の必要な内容については介護サービスの利用の検討)
- 社会的活動への参加状況(外出の有無、内容、地域の人との関係性等)
- 薬物療法(薬の副作用に対する高齢者の知識、多剤併用の有無、相互作用) など

70

## セルフケアへの支援

- 慢性痛は、長期にわたり症状が続く可能性が高く、薬物療法だけに頼るのではなく、高齢者個々が、自分の体の痛みと上手に付き合っていけるように支援すること、つまりセルフケアの獲得への支援が重要といえます。
- 痛みを一番良く理解しているのは、高齢者自身であると言えます。たとえ認知機能低下があっても、痛みを落ちつける独自の対策を持っている方もいらっしゃいます。
- 痛みにも多様性があるように、セルフケアにも多様性があります。高齢者がより良いセルフケアを用いて痛みと共存していけるような支援が重要です。
- セルフケアとは、対象が良い健康状態を維持するために、自ら実施する日常生活上及び健康管理上の行動（看護科学学会） 71

## 慢性痛患者が行っているセルフケアの例： 海外の研究のレビューより(Takai et al., 2014)

- 活動性の維持、ライフスタイルを変える、暖める/冷やす、安静にする、リラックスするなど（腰痛患者へのインタビューより、Kawi, 2012）
- 自分の力や体力を見極める、楽しいことに目を向ける、痛みを負けないなど（慢性痛患者へのインタビューより、West, et al., 2012）
- 運動する、薬をのむ、暖めるなど（腰痛患者へのインタビューより、Crowe, et al., 2010）

その人にとって効果的なセルフケアなのか、非効果的なのか（又は悪化要因となるのか）をアセスメントしましょう

## 認知行動療法(CBT)

- 人間の気分や行動が認知のあり方(ものの考え方や受け取り方)の影響を受けるという理解に基づいて、患者が痛みへの認識の誤りに気づき、痛みに関連した非適用的な思考をより適応的で積極的な思考に変えるための支援などの

認知の誤りを修正し、問題解決を手助けすることによって治療することを目的とした療法

多職種による連携や  
患者の参加がキーとなる



### 参考図書

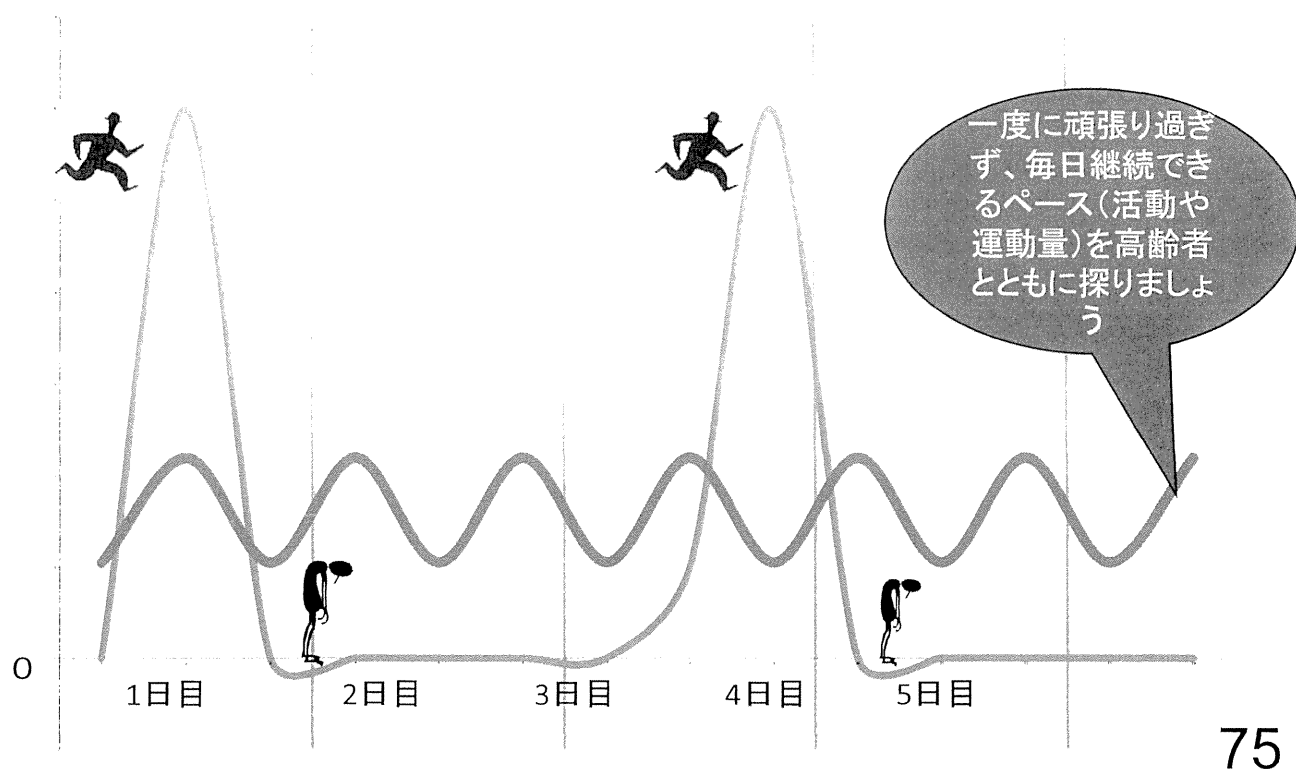
伊像正臣, 清水栄司監訳(2011):慢性疼痛の治療:治療者向けガイドー認知行動療法によるアプローチ, 星和書店, 東京.

73

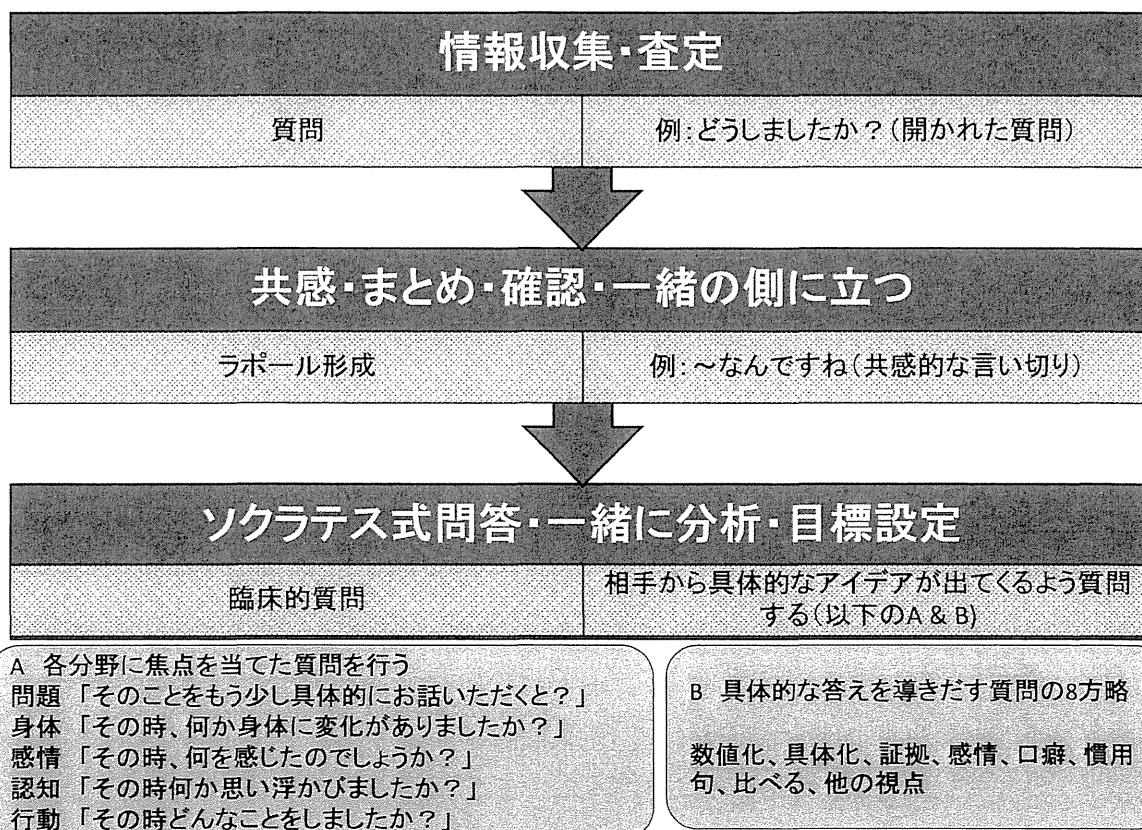
## 【参考資料】CBTリハの実際 ー内容ー

- 教育の例  
痛みと身体所見との因果関係がないこと  
fear-avoidance modelによる痛みの悪循環に陥っていること  
動くと悪化する(安静が安全)という誤解を是正すること
- ゴール設定の例  
趣味(トレッキング)を再開できる体力と考え方を身につける  
自己決定(納得)した運動を1日1~2回実施する  
社会的役割(家事など)を見つけて少しずつ増やしていく
- ペーシング  
日常生活に直結する運動(歩行)を低負荷, 短時間でいいので継続  
日常活動の課題(テレビ体操, ストレッチング)を継続  
↓ 2~4週後 フィードバック(ゴールセッティング, ペーシングの見直し)
- 「できた運動」は, 確実に継続できるようになれば負荷・頻度を漸増
- 「できた家事」は, 頻度・種類を増やしていく
- 趣味の再開に向けた具体的な運動プログラムを導入する

# 「ペーシング」とは：高齢者と一緒に一日のペース配分を見直すことです



## 認知行動療法をはじめる前に学んでおきたいスキル



詳しくは【堀越勝：コミュニケーションスキル・トレーニング，日本看護協会出版，2013】参照

## 【参考資料】非特異的慢性腰痛に対するリハビリテーションのエビデンス

APS Guidelines Panel. Ann Intern Med 147: 478-491, 2007.

介入方法	エビデンスレベル	純効果	推奨グレード
運動療法	良	適度	強く推奨
集学的リハビリテーション	良	適度	強く推奨
認知行動療法	良	適度	強く推奨
脊柱マニピュレーション	良	適度	強く推奨
短期間の個別教育	可	適度	強く推奨
マッサージ	可	適度	強く推奨
腰痛教室	可	小	推奨しない
牽引	可	効果なし	推奨しない
バイオフィードバック	低	判定不可	エビデンス不十分
TENS	低	判定不可	エビデンス不十分
干渉波	低	判定不可	エビデンス不十分
低出力レーザー	低	判定不可	エビデンス不十分
超短波	低	判定不可	エビデンス不十分
超音波	低	判定不可	エビデンス不十分
腰椎支持	低	判定不可	エビデンス不十分

厚生労働省科学研究「痛みの教育コンテンツ」

77

## 慢性痛（急性増悪時を含む） への代表的な薬物療法等

慢性痛への薬物療法の  
ゴールは、痛みの消失・  
軽減ではなく、ADLやQOL  
の向上を目指します。



78

## 我が国の臨床現場での治療に関連した問題点

- 有効性が乏しい従来通りの鎮痛剤による治療が行われている
- 身体疾患に対する治療だけで、精神医学的・心理学的な介入が乏しい
- 患者への説明が十分になされず、痛みの慢性化・難治化させている場合がある。

(厚生労働省「慢性の痛みに関する検討会」より, 2010)

慢性痛治療に関する最新の知識を身につけ、高齢者への治療が適切に行われるよう支援することが重要である

79

## 薬物療法について: 海外のガイドラインより

高齢者の慢性痛への薬物療法を考える際には、アセトアミノフェンを第一選択薬として検討する。特に、筋骨格系の疼痛に対しては、その鎮痛効果と安全性が検証されている。  
(high quality of evidence; strong recommendation)

## アセトアミノフェンの用量設定の各国の違い

	1回の最大投与量	1日の最大投与量
日本	500mg	1,500mg
韓国	1,000mg	4,000mg
米国	975mg	3,950mg
英国	1,000mg	4,000mg

\* 2011年より

1日最大投与量1500mgから4000mgまで拡大 1g×4回

80



## アセトアミノフェン

- アセトアミノフェン(製品名例:カロナール等)は, NS AIDsと違い胃粘膜障害, 腎機能障害などの副作用が少なく、高齢者の治療の第一選択薬であるといわれている。長期投与の場合には、肝機能障害のモニタリングが必要である(AGSガイドライン)
- 抗炎症作用はほとんどないといわれている

例)カロナール錠 1回300~1000mg 1日4回まで  
最高血中濃度到達時間 約30分

81

## NSAIDs(非ステロイド性消炎鎮痛薬)

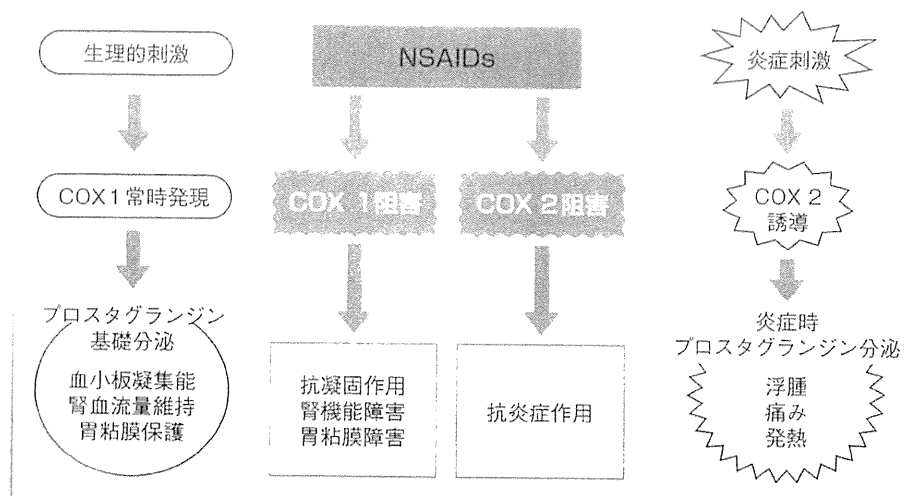
- 製品名例:ボルタレン、インテバン、ロキソニン、モーラステープ(湿布)など
- 適用症
  - リウマチ性疾患、運動器疾患(関節リウマチ、関節症等)
  - 術後、外傷後痛、がん性疼痛
  - 発熱を伴う疾患、等
- 主な副作用
  - 過敏性、ショック
  - 消化器症状(消化管潰瘍・穿孔・出血)
  - 腎障害・肝障害・膵炎・出血傾向・溶血性貧血
  - インフルエンザ脳症増悪、アスピリン喘息、等

例)ロキソニン錠 1回60mg 1日3回  
最高血中濃度到達時間 約30分  
慎重投与 高齢者

82

## COX1阻害薬とCOX2選択的阻害薬

- COX1阻害薬                    インドメタシン(製品名例:インテバン)
  - COX2選択的阻害薬            セレコキシブ(製品名例:セレコックス)
- ⇒消化管障害の出現は少ないが、腎障害や心血管系合併症は他のNSAIDsと変わらないと言われている



(的場元弘：がん疼痛治療のレシピ2007年版. p.19. 春秋社, 2007より改変)

図4-2-1 COX1とCOX2のはたらきとNSAIDsの影響

【出典】林章敏編(2008)がん性疼痛マネジメント, 学研

83

## 非がん性痛に対するオピオイド適用について

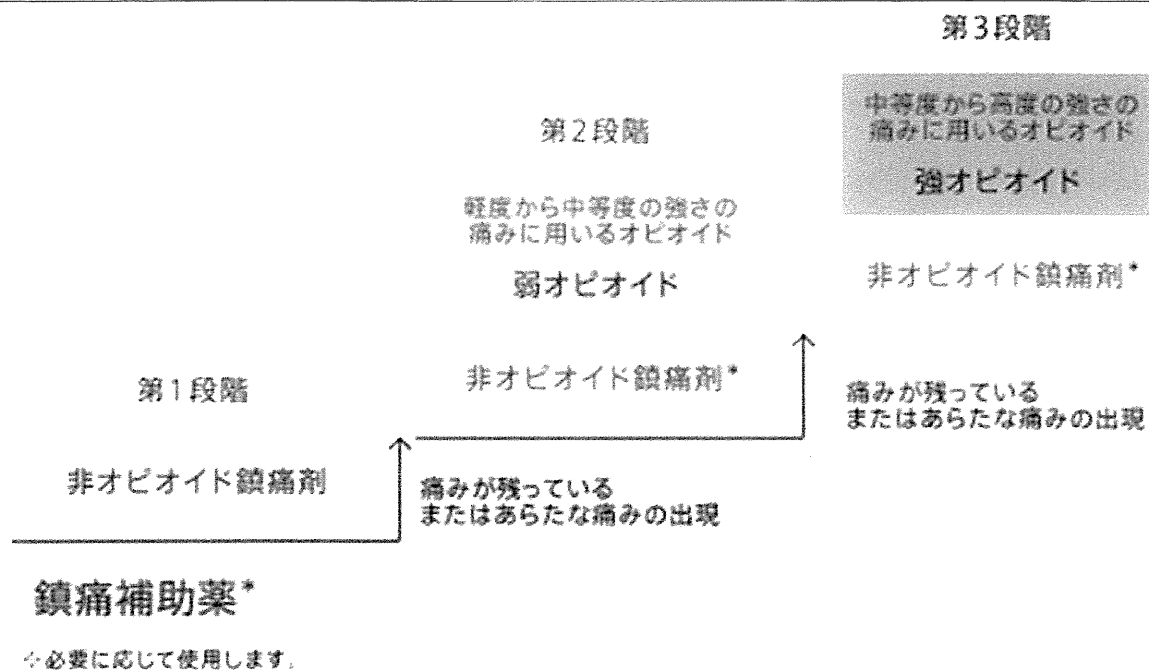
- 本邦での非がん性慢性痛へのオピオイド治療においては、がん性痛に対する治療理念とは全く異なる理念に基づくことを認識しなければならない

【非がん性慢性[疼]痛に対するオピオイド鎮痛薬処方ガイドライン】より

- 非がん性疼痛へのオピオイド適用の基準
  - 1) 持続する痛みの器質的原因が明白である
  - 2) オピオイド治療以外に有効な痛みの緩和手段がない
  - 3) オピオイド治療の目的が理解できている
  - 4) 薬のアドヒアランスが良好である(服薬遵守できる)
  - 5) 物質あるいはアルコール依存の既往がない
  - 6) 心因性[疼]痛及び精神心理的な問題・疾患が否定されている

84

# 【参考資料】がん性疼痛に対するWHOの3段階除痛ラダー



「がんの痛みネット」より

## 薬物療法：オピオイド鎮痛薬の副作用と依存性

■ オピオイドには、固有の副作用があり、依存や耐性が生じる可能性もある。

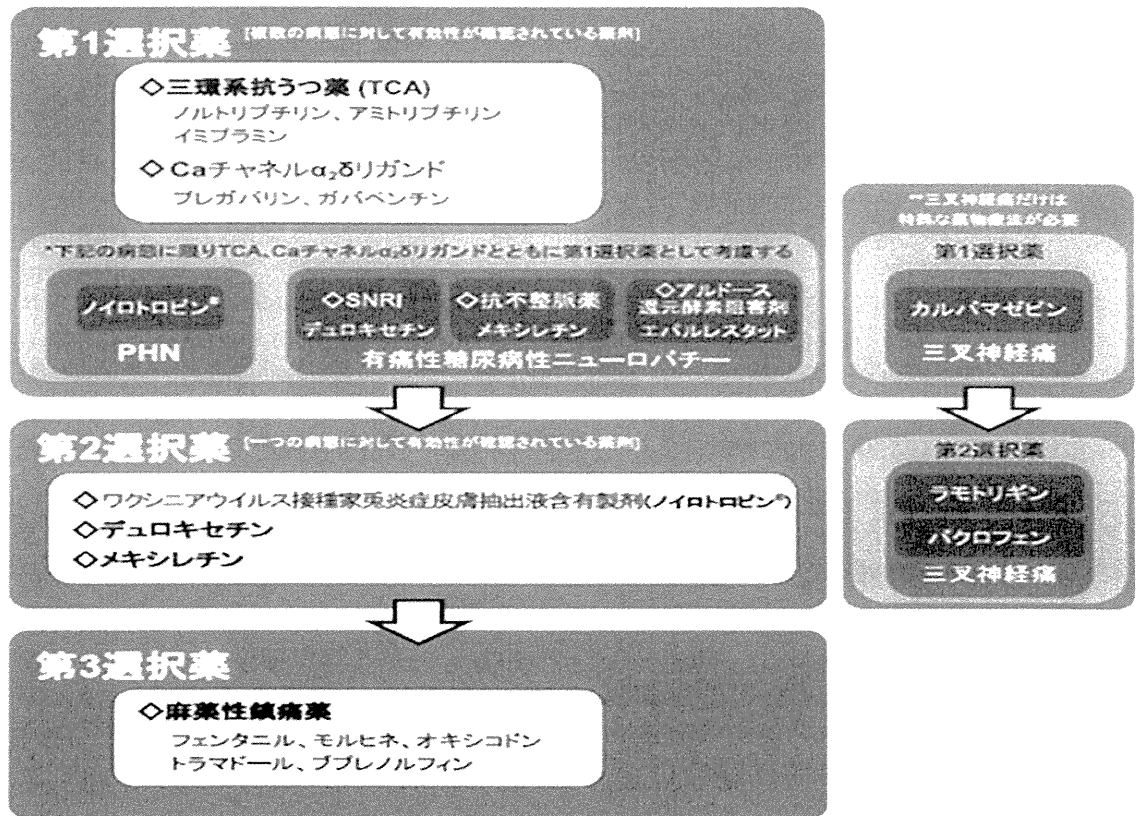
- 嘔気と便秘への対策が処方開始時に必要
- 身体依存-退薬症状 精神依存-適切な処方下で0.2%

モルヒネの鎮痛効果のED50を1：副作用発現に必要な用量  
(星薬科大学動物実験 鈴木勉提供)

鎮痛	1
便秘	0.02
嘔吐	0.1
行動抑制（鎮静）	2.6
呼吸抑制	10.4
致死量	357.5

つまり、数字が大きければ大きいほど、多くの量を服用しないと起こらない副作用

# 神経障害性疼痛 薬物療法アルゴリズム



PHN = 帯状疱疹後神経痛 SNRI = セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬

(日本ペインクリニック学会, 2011)

## 神経障害性疼痛への鎮痛補助剤の例と主な副作用

鎮痛補助剤	代表的な薬剤	主な副作用
三環系抗うつ剤 (TCAs)	ノルトリプチン、アミトリプチリン等	口渇、めまい、傾眠、振戦等
抗うつ剤(SNRI)	デュロキセチン、ミルナシプラン塩酸塩等	嘔気、嘔吐、眠気、口渇、頭痛等
抗けいれん薬	プレガバリン/ガバペンチン	眠気、ふらつき、体重増加等

高齢者の場合は、特に副作用への注意が必要である

SNRI: セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬

# 高齢者の薬物療法時の課題

- 慢性痛への薬物療法は、ADLやQOLの向上を目標とし、痛みの消失としない。
- 複数科受診や多剤併用状況を把握し、過量服薬や薬物間の相互作用に注意する。
- 加齢による生理的変化や認知機能の低下に注意する。  
(例、吸収速度の低下、代謝機能の低下、排泄機能の低下、飲み間違いなど)
- 良好な服薬アドヒアランスには、高齢者にとって実行可能な治療か、服薬を妨げる要因は何か、問題を解決するには何が必要かなど、医療者と高齢者が信頼関係を築きながらともに考え、相談し、決定していくことが必要である。(奥野他, 2014)

89

## 【参考資料】神経ブロック

定義	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 脳・脊髄神経や交感神経節の近傍に針を刺入して、局所麻酔薬または神経破壊薬を用いて化学的に、あるいは高周波熱凝固法などによって物理的に、神経機能を一時的または長期的に遮断する方法</li> </ul> <p style="text-align: right;">(日本ペインクリニック学会治療指針第3版)</p>
意義	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 理論的に知覚神経ブロックは一時的あるいは長期にわたり、ブロックした神経領域に無痛状態を生じさせることができる。したがって、</li> <li>• 知覚神経ブロックは、             <ol style="list-style-type: none"> <li>① 治療的意義として、鎮痛薬や他の方法による除痛が不十分な場合</li> <li>② 診断的意義として、原因となる神経を特定したい場合      などに使用する。</li> </ol> </li> <li>• 交感神経節ブロックは、             <ol style="list-style-type: none"> <li>① 交感神経系が関与している痛みの除痛法として、</li> <li>② 血流増加を目的とした治療法として用いられる。</li> </ol> </li> </ul>
種類	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 硬膜外ブロック; 頸部硬膜外ブロック, 腰部硬膜外ブロック など</li> <li>• 交感神経節ブロック; 星状神経節ブロック, 腰部/胸部交感神経節ブロック など</li> <li>• 末梢神経ブロック; 三叉神経ブロック, 腕神経叢ブロック, 坐骨神経ブロック など</li> <li>• 内臓神経ブロック; 腹腔神経叢ブロック, 上下腹神経叢ブロック など</li> <li>• 神経根ブロック; 頸椎, 胸椎, 腰椎, 仙骨神経 など</li> <li>• 椎間関節ブロック・後枝内側枝ブロック; 頸椎, 胸椎, 腰椎 など</li> </ul>
薬剤	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 局所麻酔薬; リドカイン, メピバカイン, プピバカイン, ロピバカイン, レボプピバカイン</li> <li>• 神経破壊薬; エタノール, フェノール水, フェノールグリセリン</li> <li>• ステロイド剤; 神経の炎症/絞扼症状が強い場合に局所麻酔薬に適量添加して用いる。</li> </ul>

厚生労働省科学研究「痛みの教育コンテンツ」

90

## まとめ

- あなたが年をとり、もし毎日痛みにより辛い思いをしているときに、「年だからしょうがない」と言われたらどのような気持ちになるでしょうか？
- 高齢者は、慢性痛を抱えながら生活している人の割合が高いのですが、周りに正しく理解されず、適切な支援やケアを受けれていないこともあります。
- 慢性痛自体は治癒困難な場合が多いですが、適切な支援やケアによって、ADLやQOLの向上が望めます。
- 私たちのケアによって、高齢者の生活を変えることが出来るかもしれません。それには、多面的なアセスメント、個別性に沿ったケアプランの立案、多職種による連携とが重要です。
- 今後も、学習を深めていってくださることを応援しています。

91

## これから学習を深めたい方向けの図書の紹介

- 外澄美夫：痛みの声を聴け，克誠堂出版，東京，2005.
- 山本則子編集：高齢者訪問看護の質指標，日本看護協会出版会，2008.
- 山田律子他編集：生活機能から見た老年看護過程，医学書院，東京，2012.
- 鈴木みずえ：急性期病院で治療を受ける認知症高齢者のケア-入院時から退院後の地域連携まで，日本看護協会出版会，東京，2013.
- 池田清子他：ナースのための補完・代替療法ガイドブック，MCメディ化出版，大阪，2005.
- 慢性疼痛の治療：治療者向けガイドー認知行動療法によるアプローチ，星和書店，東京，2011.
- 菅原努：慢性疼痛はどこまで解明されたか，昭和堂，東京，2005.
- 日本ペインクリニック学会神経障害性疼痛薬物療法ガイドライン作成ワーキンググループ編：神経障害性疼痛薬物療法ガイドライン，真興交易(株)医書出版部，東京，2011.
- 日本ペインクリニック学会非がん性慢性【疼】痛に対するオピオイド鎮痛薬処方ガイドライン作成ワーキンググループ編：非がん性慢性【疼】痛に対するオピオイド鎮痛薬処方ガイドライン，真興交易(株)医書出版部，東京，2012.
- 中村利考編：高齢者の痛み②腰痛，老年医学，45(8)，947-1031. 2007
- 堀越勝：コミュニケーションスキル・トレーニング，日本看護協会出版，東京，2013.
- 松平浩，小西宏昭他：ホントの腰痛対策を知ってみませんか，公益財団法人労災保険情報センター，東京，2013.

92

## 「痛みの教育コンテンツ」

厚生労働省科学研究

「痛み」に関する教育と情報提供システムの構築に関する研究

Ver1.03 2013年11月

# これから学習を 深めたい方向け のインターネット 教材の紹介

<http://www.jspm.ne.jp/html/20121002.html>

## 痛みの教育コンテンツ —理学療法士・作業療法士学生用—

厚生労働省科学研究

・「痛み」に関する教育と情報提供システムの構築に関する研究

93

## 参考文献

- 熊澤卓朗（2006）：痛みのケア，照林社，東京.
- 菅原努（2005）：慢性疼痛はどこまで解明されたか，昭和堂，東京.
- 伊像正臣，清水栄司監訳（2011）：慢性疼痛の治療：患者さん用ワークブッカー認知行動療法によるアプローチ，星和書店，東京.
- 伊像正臣，清水栄司監訳（2011）：慢性疼痛の治療：治療者向けガイド認知行動療法によるアプローチ，星和書店，東京.
- 井関雅子他（2009）：痛みのフィジカルアセスメント，Nurse Senka, 29(9), 8-47.
- 吉村典子(2011)：わが国における変形性関節症の疫学 大規模住民コホート研究ROADより，Clinical Calcium, 21 (6) , 821-825
- 山崎健他(2013)：腰部脊柱管狭窄症の疫学調査 一般住民の有病率と健康関連QOL調査，Journal of Spine Research, 4 (2) , 158-163.
- 尾上尚志他編(2012)：病気が見える脳・神経，MEDIC MEDIA，東京.

94

## 参考文献

- 小山なつ（2010）：痛みと鎮痛の基礎知識，技術評論社，東京.
- 日本ペインクリニック学会神経障害性疼痛薬物療法ガイドライン作成ワーキンググループ編（2011）：神経障害性疼痛薬物療法ガイドライン，真興交易（株）医書出版部，東京.
- 日本ペインクリニック学会非がん性慢性【疼】痛に対するオピオイド鎮痛薬処方ガイドライン作成ワーキンググループ編（2012）：非がん性慢性【疼】痛に対するオピオイド鎮痛薬処方ガイドライン，真興交易（株）医書出版部，東京.
- 中村利考編（2007）：高齢者の痛み②腰痛，老年医学，45(8), 947-1031.
- 緩和医療ガイドライン作成委員会(2010):がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン,金原出版株式会社，東京.
- 服部政治(2008)：がん性疼痛の最適治療法(2)オピオイド，コンセンサス癌治療，7(3),130-135.
- 堀越勝（2013）コミュニケーションスキル・トレーニング，日本看護協会出版，東京.

95

## 参考文献

- AGS Panel on Persistent Pain in Older Persons. (2002). The Management of Persistent Pain in Older Persons. *Journal of American Geriatrics Society*, 50, 205-224.
- Takai, Y., Yamamoto-Mitani, N., Chiba, Y., Nishikawa, Y., Hayashi, K., & Sugai, Y. (2010) Abbey Pain Scale: Development and validation of the Japanese version. *Geriatrics & Gerontology International*, 10(2), 145-153.
- Takai, Y., Yamamoto-Mitani, N., Abe Y. & Suzuki, M. Literature review of pain management for people with chronic pain, Japan Journal of Nursing Science, Article first published online: 19 NOV 2014 | DOI: 10.1111/jjns.12065
- Jones, K., Vojir, C. P. Hutt, E. & Fink, R. (2007) Determining mild, moderate, and severe pain equivalency across pain-intensity tools in nursing home residents. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 44(2), 305-314.
- Kim, J. & Buschmann, T. (2006) Reliability and validity of the Faces Pain Scale with older adults, *International Journal of Nursing Studies*, 43(4):447-456.
- Takai, Y., Yamamoto-Mitani, N., Chiba, Y., Nishikawa, Y., Sugai, Y., Hayashi, K. (2013) Prevalence of Pain among Residents in Japanese Nursing Homes: A Descriptive Study, *Pain Management Nursing*, doi: 10.1016/j.pmn.2011.01.005
- Takai, Y., Yamamoto-Mitani, N., Suzuki, M., Furuta, Y., Sato, A., & Fujimaki, Y. (2013). Developing and validating a Japanese version of the Assessment of Pain in Elderly People with Communication Impairment. *Arch. Gerontol. Geriatr.* doi: 10.1016/j.archger.2013.06.002
- Herr, KA, Spratt, K, Mobily, PR, & Richardson, G. (2004). Pain intensity assessment in older adults: use of experimental pain to compare psychometric properties and usability of selected pain scales with younger adults. *Clin J Pain*, 20(4), 207-219.

96



# 看護師用 痛みの教育コンテンツ(ver1.) 製作協力者

## 研究代表者

柴田 政彦 大阪大学大学院医学系研究科疼痛医学寄附講座 教授

## 研究分担者

高井ゆかり 東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻 講師

山本 則子 東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻 教授

住谷 昌彦 東京大学医学部附属病院緩和ケア診療部・麻酔科・痛みセンター 准教授

## 協力者

阿部 吉樹 筑波大学医学医療系 助教

佐藤 幹代 東海大学東海大学健康科学部看護学科 講師

上山 真美 群馬大学大学院医学系研究科 講師

齋藤 繁 群馬大学大学院 教授

鈴木千春 愛知医科大学病院痛みセンター がん性疼痛看護認定看護師

梨木恵実子 群馬県看護協会訪問看護ステーション 老人看護専門看護師

97

# 「痛みの教育コンテンツ」

厚生労働省科学研究

「痛み」に関する教育と情報提供システムの構築に関する研究

Ver1.01 2012年8月

1

## 臨床編

2

## 初回面談時の聞き取り項目

- 使用しているすべての薬物（内服薬、シップ薬、坐薬、点眼薬など）
- 過去の副作用歴
- 過去のアレルギー歴
- 鎮痛薬の効果
- 薬に対する考え（できれば飲みたくない、無いと不安、副作用が心配など）

3

## 薬剤のポイント

4

## コデインの特徴

- コデインの $\mu$ 受容体への親和性は低く、鎮痛効果はO脱メチル化されたモルヒネによる
- 経口投与時の初回通過効果は少ない
- CYP2D6により約10%がモルヒネに代謝される
- 軽度～中等度のがん疼痛に効果がある
- 鎮咳作用はコデインによる
- 副作用はモルヒネと同様である

## コデインの体内動態

生体内利用率	40%
効果発現時間	30～60分
作用時間	4～6時間
血中濃度半減期	1～2時間
代謝	CYP2D6 グルクロン酸抱合
排泄	尿中