



和顔愛語

がん性疼痛治療の最近の要点

薬剤師会勉強会

- ①ガイドラインの変更点
- ②慢性疼痛に対するオピオイド
- ③緩和ケア 悪液質と予後評価
- ④PCA
- ⑤患者教育



痛み治療の目標

第一目標

痛みに妨げられない夜の良眠

第二目標

安静時に痛みが消失

第三目標

体動時の痛みが消失

最終目標

痛みの消失が維持され、平常の生活に近づくこと

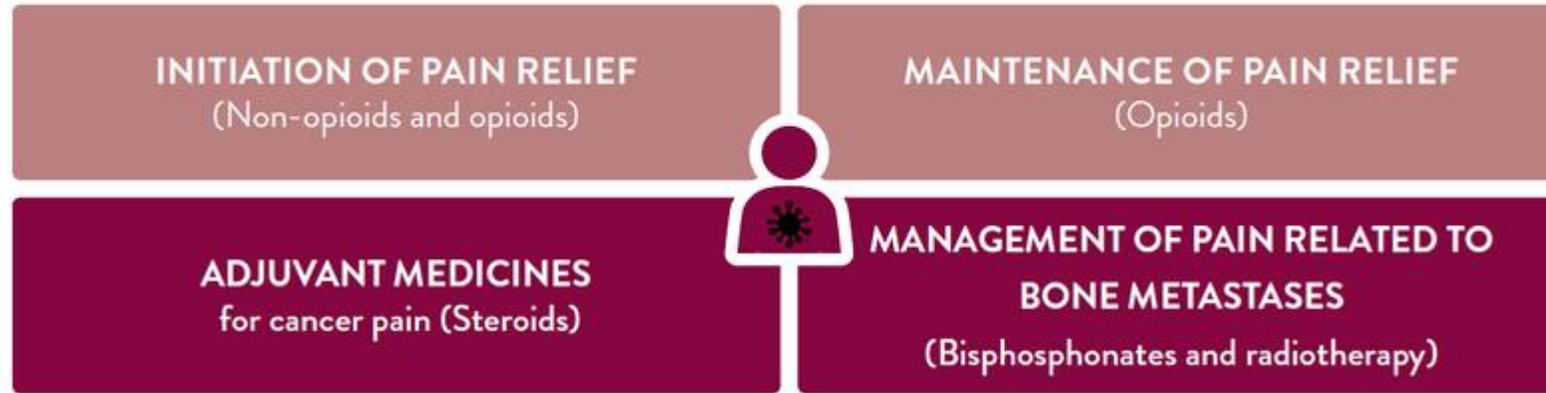
4 WHOの5原則



- 経口投与で (by mouth)
- 時刻を決めて規則正しく (by the clock)
- ~~ラダーにそって効力の順に (by the ladder)~~
- 患者ごとの個別用量で (for the individual)
- その上で細かい配慮を (attention to detail)



The main components of the WHO Guidelines are:



ADMINISTRATION OF ANALGESIC MEDICINE

BY MOUTH

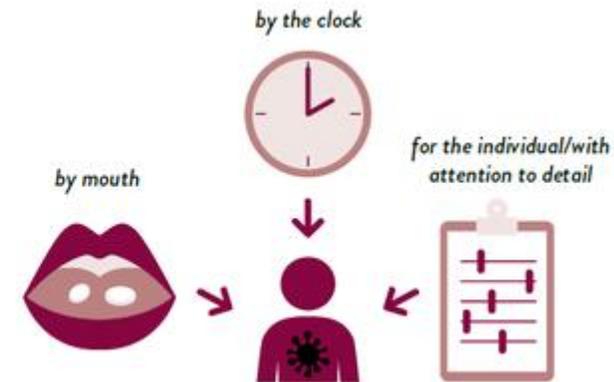
Oral administration is preferred to parenteral administration.

BY THE CLOCK

Analgesics should be given on a regular basis *by the clock* rather than *on demand*.

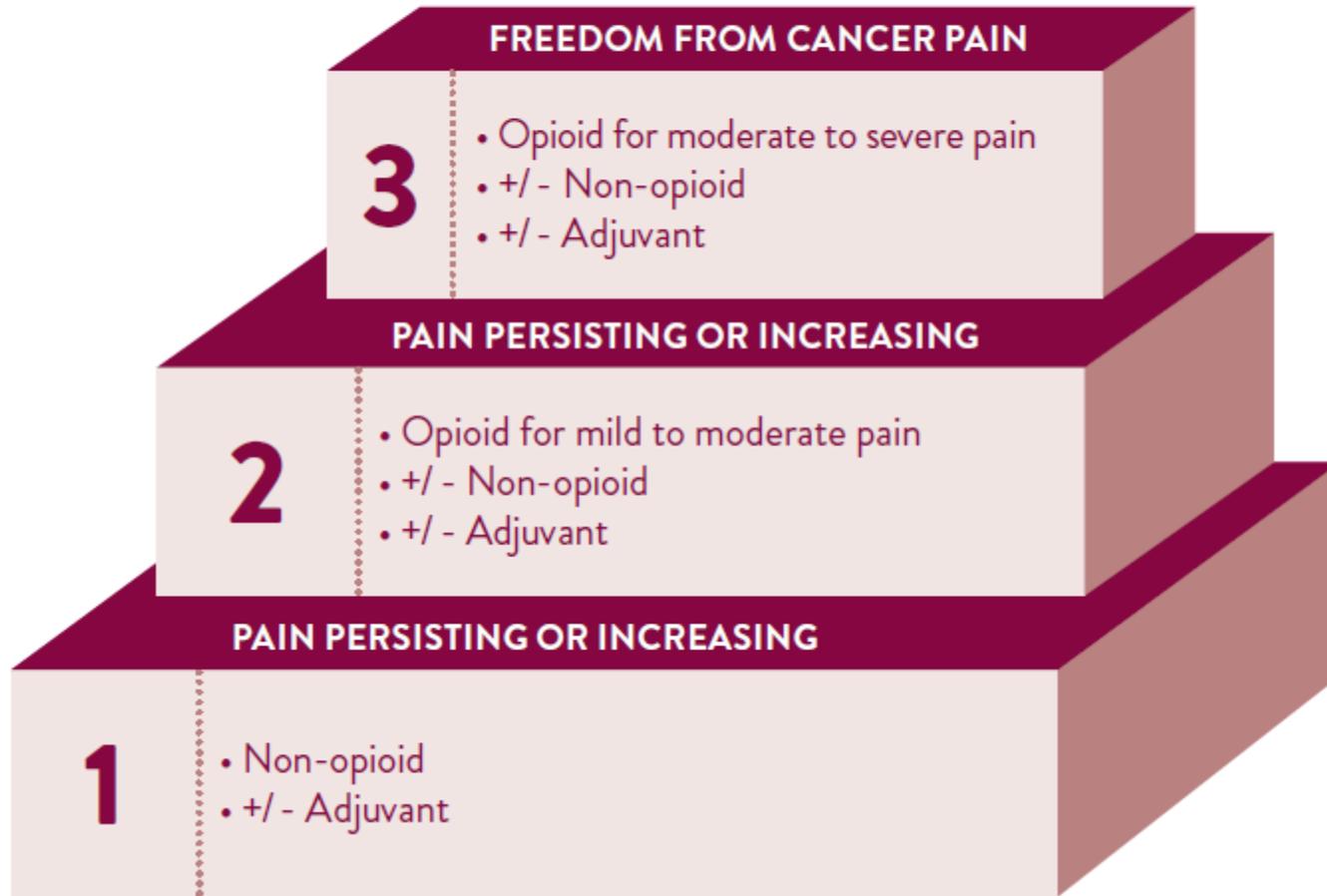
FOR THE INDIVIDUAL, WITH ATTENTION TO DETAIL

The dose of an analgesic should be determined on an individual basis.



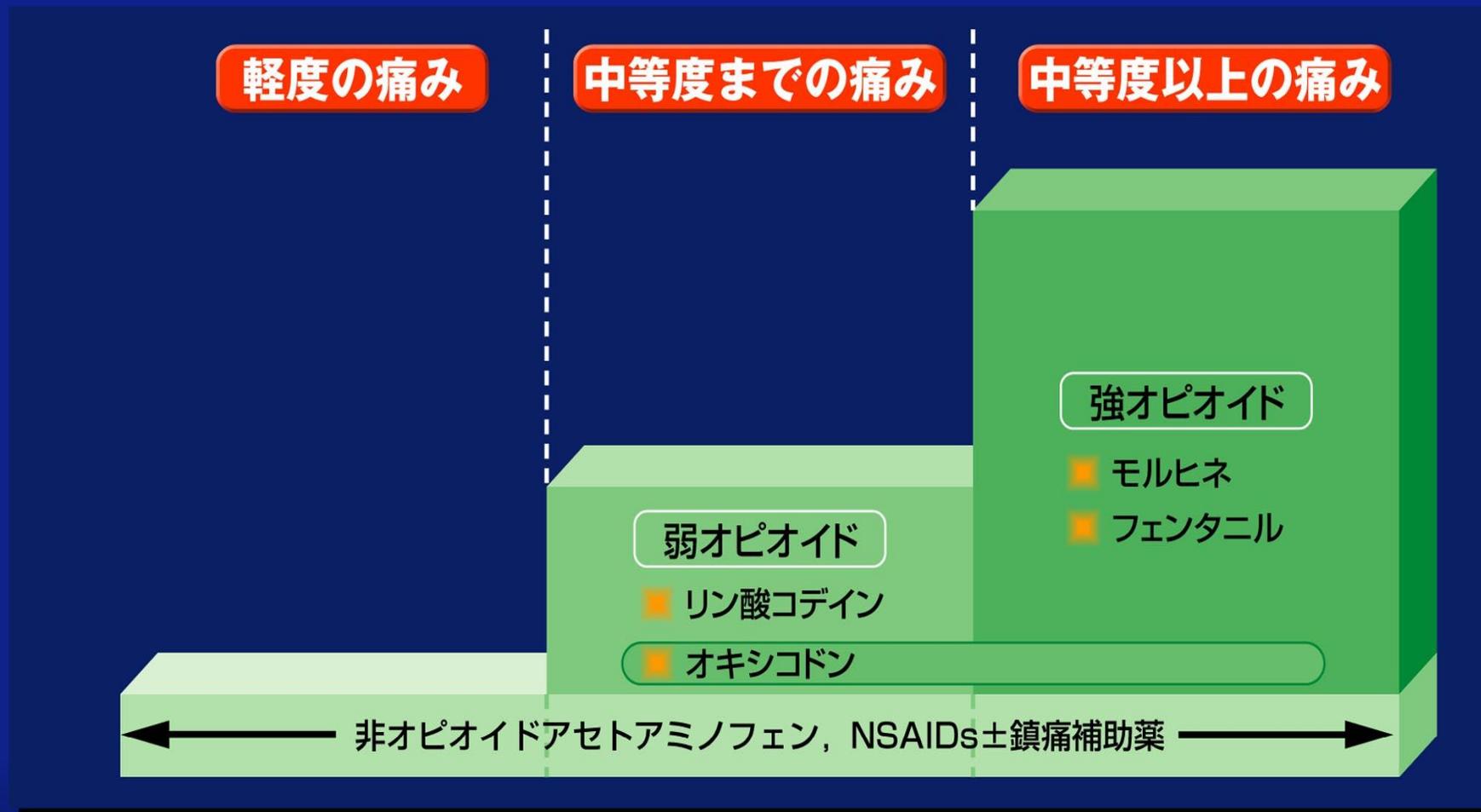


THREE-STEP ANALGESIC LADDER

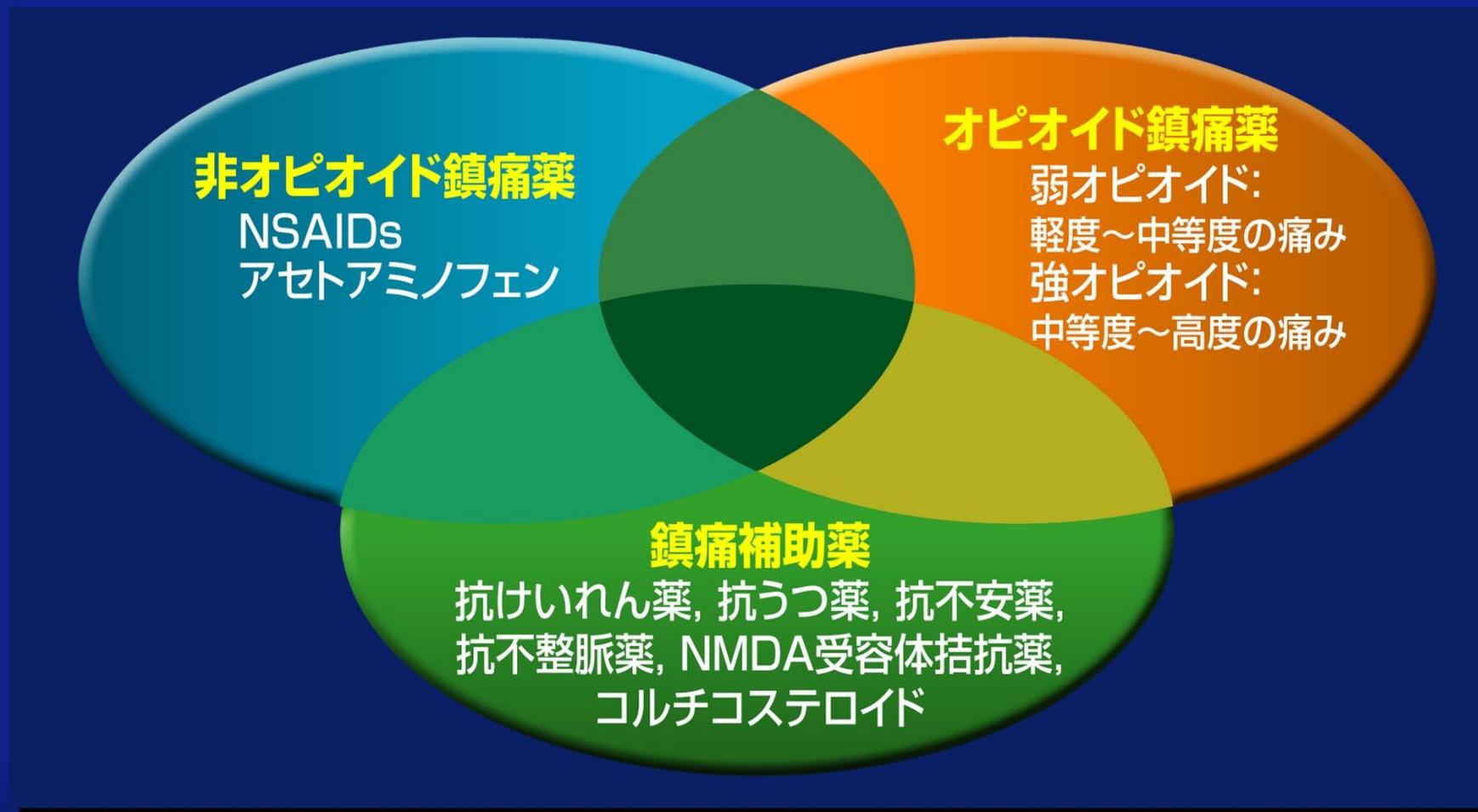


The concept of a ladder explains the need for pain assessment and for appropriate management of pain based on the severity of pain.

WHOの3段階除痛ラダー



鎮痛薬の分類



各種オピオイド剤型



和顔愛語

錠剤、カプセル；

- 1) 塩酸モルヒネ錠
- 2) MSコンチン錠®
- 3) カディアンカプセル®
- 4) オキシコンチン®
- 5) MSツワイスロン®
- 6) ピーガード®
- 7) パシーフ®
- 8) タペンタ®
- 9) ナルサス®
- 10) ナルラピド®

液剤； オプソ®

坐薬； アンペック坐薬®

バツカル錠；イーフェン®

舌下錠；アブストラル®

細粒；

- 1) 塩酸モルヒネ沫
- 2) カディアンステイツク®
- 3) モルペス細粒®
- 4) オキノーム®

注射剤；

- 1) 1%塩酸モルヒネ
- 2) 4%塩酸モルヒネ
- 3) フェンタネスト注
- 4) パビナール®

貼付剤；

フェンタニールパッチ
MT
フェントステープ



和顔愛語

経口 坐薬 経皮	経口モルヒネ (mg/日)	30	60	120	240	360
	モルヒネ坐薬 (mg/日)	20	40	80	160	240
	オキシコドン徐放錠 (mg/日)	20	40	80	160	240
	フェントステープ (mg/日)	1	2	4	8	12
	デュロテップMTパッチ (mg/日)	2.1	4.2	8.4	16.8	
	コデイン (mg/日)	180				
	トラマール (mg/日)	300				
	レペタン (mg/日)	0.6	1.2			
	タベンタ (mg/日)	100	200	400		
	ナルサス (mg/日)	6	12	24	48	72
静脈 皮下	モルヒネ (mg/日)	15	30	60	120	180
	フェンタニル (mg/日)	0.3	0.6	1.2	2.4	3.6
	オキシコドン (mg/日)	15 (1.5A)	30 (3A)	60 (6A)	120 (12A)	180 (18A)
	ナルベイン (mg/日) (注1,2,3)	他のオピオイドからナルベインに変えるとき				
		1.2 (0.6A)	2.4 (1.2A)	4.8 (2.4A)	9.6 (4.8A)	14.4 (7.2A)
		ナルベインから他のオピオイドに変えるとき				
		2.4 (1.2A)	4.8 (2.4A)	9.6 (4.8A)	19.2 (9.6A)	28.8 (14.4A)

注1) ナルベインの換算について。ナルサス⇔ナルベインは経口⇔注射、注射⇔経口の換算比が同じではないといわれています。ナルサス⇔ナルベインは5分の1です。経口に戻す(ナルベイン⇔ナルサス)ときは、2.5(～3)倍で換算してください。

注2) モルヒネを経由した場合の数値の違いについて。モルヒネ注射⇔ナルベインは8分の1です。経口モルヒネ⇔モルヒネ注射を3分の1で計算するか2分の1で計算するかでナルベインの量が異なります。経口モルヒネ60mg⇔モルヒネ注射20～30mg⇔ナルベイン2.5～3.8mgになります。

注3) ナルベイン注には、1アンプル(A)が2mg(1ml)と、20mg(2ml)の2つの規格がありますが、この表では1A 2mgの計算でアンプル数を表記しています。

在宅で多い**非がん性疼痛**（慢性疼痛）

- 1) **器質的疼痛**：骨・関節変形（拘縮など）
- 2) **中枢性疼痛**（視床痛など）
- 3) **CRPS**（複雑性疼痛症候群）
- 4) **PHN**（帯状疱疹後疼痛）
- 5) その他

多くは薬剤処方以上に、**心のケアと機能リハビリ**が重要なことも多い

非がん性疼痛（在宅）運動器障害による疼痛



NSAIDs投与が一般的だが、体重40kg以下の超高齢者への**漫然とした長期投与には注意が必要**である。半減期の短い薬剤の投与や投与経路を考慮した坐薬など患者さんに適切な薬剤の選択が重要である。胃粘膜病変の発症、浮腫にも注意し長期投与の場合、**貧血の進行、腎機能や便潜血のチェック**を忘れない。

理学療法が重要で、そのための疼痛管理でもある（理療しやすくするため・・・）



非がん性疼痛（慢性疼痛）

- 1) アセトアミノフェン・NSAIDs など薬物療法
 - 2) 理学療法、物理療法
 - 3) 自宅での生活（介護）工夫
 - 4) 心理的アプローチも有用なことが多い
 - 5) **鎮痛補助剤**（抗うつ剤、抗けいれん剤など）
- } **ポイント**



- オピオイド併用を検討（がん性疼痛と異なり第1選択にはならない） **重要**

慢性疼痛の薬物治療

- 1) アセトアミノフェン（腎、消化器症状少ない）

第1選択

- 2) NSAID s
- 3) ترامadol、トラムセットなど
- 4) **鎮痛補助剤**併用（抗けいれん剤、抗うつ剤など）



無効時

- 5) フェントス、モルヒネ錠、オキシコンチンTR錠が
使用可

神経障害性疼痛 薬物療法アルゴリズムと 神経障害性疼痛薬物療法ガイドライン

改訂第二版 追補版



神経障害性疼痛 薬物療法アルゴリズム

第一選択薬 [複数の病態に対して有効性が確認されている薬物]

- ◇Ca²⁺チャネル $\alpha_2\delta$ リガンド
プレガバリン, ガバペンチン
- ◇セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬
デュロキセチン
- ◇三環系抗うつ薬 (TCA)
アミトリプチリン, ノルトリプチリン, イミプラミン

第二選択薬 [1つの病態に対して有効性が確認されている薬物]

- ◇ワクシニアウイルス接種家兔炎症皮膚抽出液
- ◇トラマドール

第三選択薬

- ◇オピオイド鎮痛薬
フェンタニル, モルヒネ, オキシコドン,
ブプレノルフィン, など

図5 本邦における神経障害性疼痛薬物療法アルゴリズム

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改訂版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 改訂第2版, P.48-55, 真興交易医書出版部, 2016

神経障害性疼痛薬物療法ガイドライン 改訂第2版 追補版

末梢性神経障害性疼痛の治療にあたって、ミロガバリンはプレガバリンと同様に使用できると考えている (2019年11月20日発行)

神経障害性疼痛 (全般) の治療にあたってミロガバリンはプレガバリンと同様に使用できると考えている (2022年7月7日発行)

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改訂版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改訂第2版, 追補版 https://www.jspc.gr.jp/Contents/public/kaiin_guideline09.html

非がん性疼痛（慢性疼痛）でのオピオイド



和愛語

- 1) すべての非がん性疼痛に関して、オピオイドは適応になるが**第1選択にはならない**
- 2) **心因性疼痛**に対しては、適応すべきではない（**要禁忌**）
- 3) **レスキュー**は使用しない
- 4) 本邦において非がん性慢性疼痛に適応が承認されている医療用麻薬は**オキシコンチン®TR錠・デュロテップ®MTパッチ・ワンデュロ®パッチ・フェントス®テープの4製剤**
- 5) 非がん性慢性疼痛では、**痛みの軽減を図りつつ、機能回復によるADLやQOLを改善することが治療の目標**であるため、がん性疼痛時の使い方と同じではなく、副作用と乱用・依存に細心の注意を払いながら、慎重に医療用麻薬を投与する。そして、医療用麻薬処方開始時から、常に投与中止の可能性について検討し続けることが重要。



和顔愛語

緩和ケアの要点！

- ① 傾聴
- ② 共感
- ③ 手当て
- ④ ユーモア



がん患者に生じる痛みの原因



和顔愛語

- **がん自体**に起因する痛み
 - 内臓や神経の破壊・虚血・圧迫・牽引
- **がん治療**に伴って生じる痛み
 - 術後痛、化学療法や放射線治療の有害事象
- **消耗や衰弱**によって生じる痛み
 - 筋肉や関節の萎縮・拘縮、褥瘡
- **がんとは直接関係のない痛み**
 - 変形性関節症、胃潰瘍や胆石などの偶発症



がん患者が経験する「痛み」

●がん患者が経験する痛みの分類と特徴

	侵害受容性疼痛		神経障害性疼痛
	体性痛	内臓痛	
原因	腫瘍による 組織への機械的刺激	臓器被膜の伸展 管腔の拡張・牽引	腫瘍による 神経・脊髄への圧迫・浸潤
痛みの部位	骨、筋肉、皮膚、胸膜、腹膜	内臓、消化器	神経、脊髄
痛みの範囲	ピンポイントで限局的 いわゆる「点」の痛み	広範囲 いわゆる「面」の痛み	神経の支配領域
痛みの特徴と 随伴症状	動かすと痛みが増強 圧痛がある	悪心・嘔吐・発汗などを 伴うことがある	感覚鈍麻、感覚過敏、 運動麻痺を伴うことがある
痛みの表現	うずくような、ズキズキ、 ヒリヒリ、鋭い痛み	重だるい痛み、鈍痛、 ズーンとした押されるような痛み	ジンジン・ビリビリしびれ痛み、 電撃痛、灼熱痛
治療	鎮痛薬が有効 体動時痛には鎮痛薬以外の 治療が必要なことも多い	鎮痛薬(特にオピオイド)が有効	鎮痛補助薬の併用が必要な ことが多い



がん患者が経験する「神経障害性疼痛」

●がん患者が経験する「神経障害性疼痛」とその代表例^{1)~3)}

①がんによる直接的な神経障害性疼痛	がんの神経浸潤、脊髄圧迫などによる痛み ^{1)、2)}
②がん治療の副作用に伴う神経障害性疼痛	手術療法、化学療法、放射線療法など、がん治療に関連する痛み ^{2)、3)} <ul style="list-style-type: none">・手術療法後：乳房切除術後、開胸術後 など^{2)、3)}・化学療法後：CIPN(化学療法誘発性末梢神経障害)の痛み^{2)、3)}<ul style="list-style-type: none">- 感覚障害が主だが、運動神経や自律神経にも障害が発生³⁾- 日常生活への影響時は、抗がん剤の用量変更等を考慮³⁾・放射線療法後：腕神経叢障害 など^{2)、3)}
③がんあるいはがん治療とは関係ない神経障害性疼痛	免疫機能の低下に伴う帯状疱疹後神経痛、糖尿病性末梢神経障害、脊椎の変形や椎間板障害に伴う神経根由来の痛み など ²⁾

CIPN : Chemotherapy-Induced Peripheral Neuropathy

1) 一般社団法人 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改訂版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 改訂第2版』p.113-114. 真興交易医書出版部. 2016

2) 的場元弘、加賀谷肇 監修、『Q&Aでわかる がん疼痛緩和ケア 第2版』p.11、339-341. じほう. 2019

3) 特定非営利活動法人 日本緩和医療学会 ガイドライン統括委員会 編、『がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン 2020年版』p.32. 金原出版. 2020 より作表



Cancer pain relief (WHO)

- がん疼痛は治療可能であり治療されるべき
- がん疼痛の評価と治療は**チームアプローチ**によって最善の結果が得られる
- がん疼痛治療の主軸は**薬物療法**である
- 非オピオイド鎮痛薬、オピオイド鎮痛薬、鎮痛補助薬を、痛みの機序に応じて適切に組み合わせることで、おおむね良好な鎮痛が得られる



悪液質とは？

癌の進行とともに炭水化物・蛋白質・脂肪 代謝など、さまざまな代謝が**異化亢進状態**



体重減少や腹水・胸水・全身浮腫をきたす



悪液質の臨床症状

- ① 進行性の体重(骨格筋)減少
- ② 活動性の低下
- ③ 脂肪組織の減少
- ④ 食欲不振や易疲労性
- ⑤ 低アルブミン
- ⑥ 浮腫や貧血



悪液質のステージ

前悪液質	悪液質	不応性悪液質
6カ月以内に 体重減少 \leq 5% 食思不振 代謝変化の発生	①体重減少 \geq 5% ②BMI $<$ 20かつ体重減少 $>$ 2% ③サルコペニア,体重減少 $>$ 2% ①,②,③いずれか 経口摂取不良,全身炎症を 伴うことが多い	種々の程度の悪液質 異化亢進が あり治療抵抗性の 状態、PSの低下 生命予後 3カ月未満 人工的な栄養投与が適さない

項目	得点 (赤字)
Palliative Performance Scale*	10~20 (4.0)、 30~50 (2.5)、60以上 (0)
経口摂取量 (消化管閉塞のため高 カロリー輸液を施行 している場合は0点)	著明に減少 (数口以下) (2.5)
	中程度減少 (減少しているが数口よりは多い) (1.0)
	正常 (0)
浮腫	あり (1.0)、なし (0)
安静時呼吸困難	あり (3.5)、なし (0)
せん妄	あり (原因が薬物単独のものは含めない) (4.0)
	なし (0)

PPISコア

* Palliative Performance Scale (PPS)

	起居	活動と症状	ADL	経口摂取	意識レベル
100	100%起居している	正常の活動が可能 症状なし	自立	正常	清明
90		正常の活動が可能 いくらかの症状がある			
80		いくらかの症状はあるが、 努力すれば正常の活動が可能			
70	ほとんど起居している	何らかの症状があり通常の 仕事や業務が困難	時に介助	正常 または 減少	清明 または 混乱
60		明らかな症状があり趣味 や家事を行うことが困難			
50	ほとんど座位か 横たわっている	著明な症状があり どんな仕事も することが困難	しばしば介助	減少 または 混乱 または 昏睡	清明 または 混乱 または 昏睡
40	ほとんど臥床		ほとんど介助		
30	常に臥床		全介助		
20					
10				減少 または 混乱 または 昏睡	マウスケアのみ

< PPIスコアと予後 >

合計得点	予測される予後
6.5点以上	予後3週間未満である可能性が高い (感度83%、特異度85%)
4点以上	予後6週間未満である可能性が高い (感度79%、特異度77%)

項目	得点 (赤字)	
臨床的な予後の 予測	1~2週 (8.5)、3~4週 (6.0) 5~6週 (4.5)、7~10週 (2.5) 11~12週 (2.5)、13週以上 (0)	
	Karnofsky Performance Scale**	10~20 (2.5)、30以上 (0)
	食欲不振	あり (1.5)、なし (0)
呼吸困難	あり (1.0)、なし (0)	
白血球数 (/mm ³)	>1万1000 (1.5) 8501~1万1000 (0.5) ≤8500 (0)	
	リンパ球数 (%)	0~11.9 (2.5)、12~19.9 (1.0) ≥20 (0)

PaPスコア



和顔愛語

*Karnofsky Performance Scale (カッコ内青字は得点)

正常の活動が可能。 特別な看護が必要ない	正常。臨床症状なし (100)
労働は不可能。自宅で生活できる。 様々な程度の介助を必要とする。	軽い臨床症状はあるが、正常活動が可能 (90)
	かなり臨床症状があるが、努力して正常の活動が可能 (80)
身の回りのことが自分でできない。 施設・病院の看護と同様の看護を 必要とする。 疾患が急速に進行している。	自分自身の世話はできるが、正常の活動・労働は不可能 (70)
	自分に必要なことはできるが、ときどき介助が必要 (60)
	病状を考慮した看護および定期的な医療行為が必要 (50)
	動けず、適切な医療および看護が必要 (40)
	全く動けず、入院が必要だが死は差し迫っていない (30)
	非常に重症、入院が必要で精力的な治療が必要 (20)
	死期が切迫している (10)

< PaPスコアと予後 >

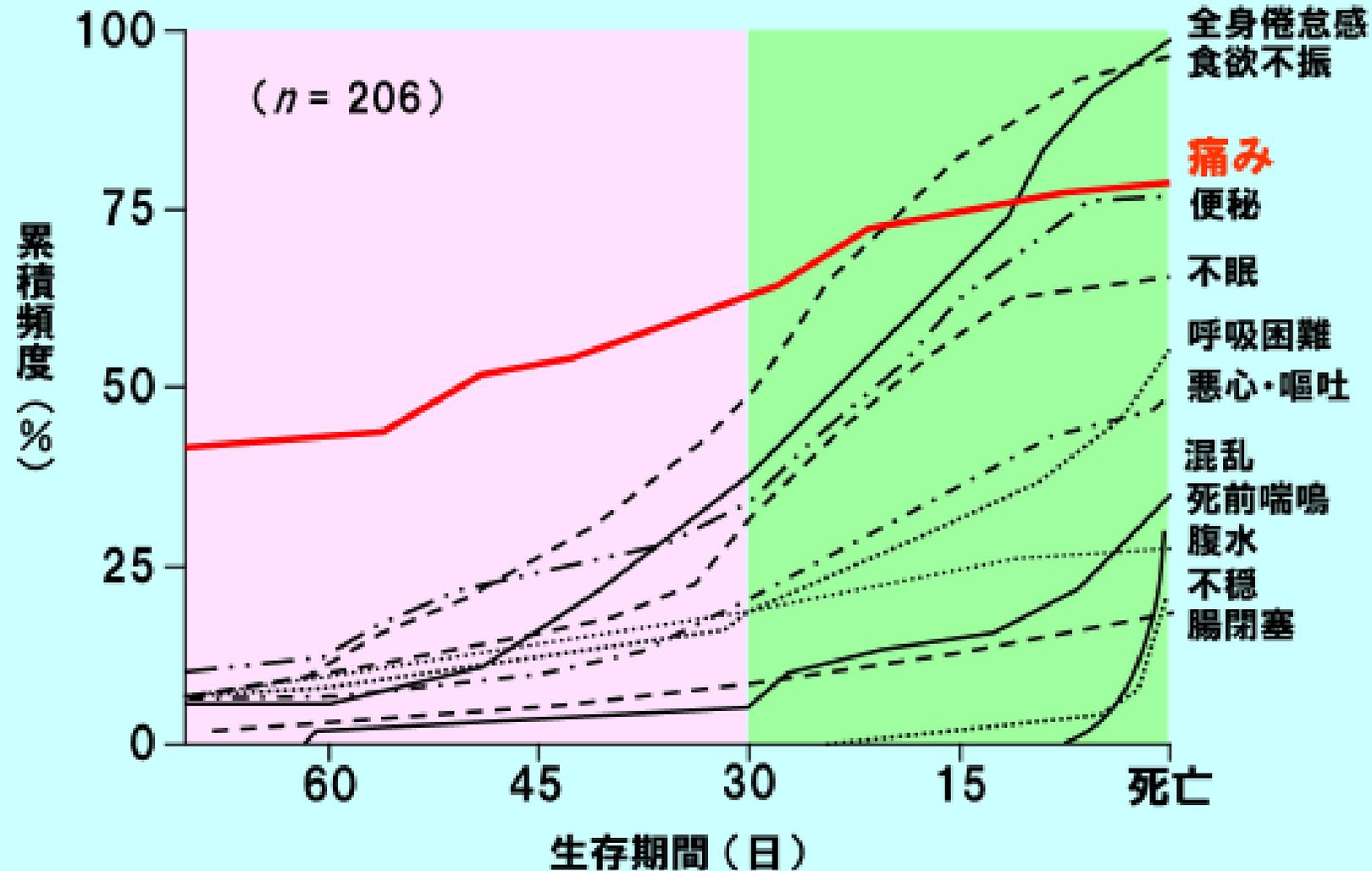
合計得点	30日生存確率	生存期間の 95%信頼区間
0~5.5点	>70%	67~87日
5.6~11点	30~70%	28~39日
11.1~17.5点	<30%	11~18日

予後評価



「痛み」ががんの初期から生活の中で最も影響を与えている

—がん患者における痛みの発現時期—





和顔愛語

在宅緩和ケアにおける PCAの有用性

要町ホームケアクリニック・要町病院

吉澤明孝・吉澤孝之



PCA(Patient Controlled Analgesia) 自己調節鎮痛法

持続皮下注、静注などによりオピオイドを使用して、持続的+レスキュー使用で疼痛を緩和する手技である。緩和ケアにおいては、経口、貼付剤、坐剤などでのコントロールが不十分な場合、経口困難になった場合などに利用している手技である。



PCAの主な利点

- 1 .痛みに対し即座に鎮痛薬を自ら投与できる
- 2 .経口投与よりも迅速な疼痛コントロールが可能
- 3 .頻回の痛みがある場合に度きめ細かく痛みの薬を使用できる
- 4 .痛みがでる場面をあらかじめ予想できる場合に予防的に薬を投与できる（傷の処置、体の姿勢や特定の動作時、リハビリや検査前の移動時など）
- 5 .嘔吐や下痢時に通常の経口薬や座薬が使用できない場合にも使用できる
- 6 .薬の必要量の適切な範囲が狭い場合など、経口での投与量の調節が難しい場合に細かい投与量の調節が可能な場合がある
- 7 .短期限定で、疼痛薬の必要量を迅速に測定することができる（導入タイトレーション）

P C A 持続皮下、静注の適応

- 1) **投与経路**(経口、肛門、貼付など困難)
- 2) 疼痛の**迅速な**コントロール
- 3) **微細なコントロール**が必要な時
- 4) 経口など高容量使用時の難治性疼痛:経口などと併用も可能
- 5) **疼痛 + 便秘に難渋例**も適応

オピオイドの投与経路の影響

オピオイドの作用部位

- ① **中枢**：鎮痛作用・鎮静作用・呼吸抑制・
依存・便秘作用
- ② **脊髄**：鎮痛作用
- ③ **小腸**：便秘作用

脳・脊髄内の濃度は、**静注**が経口の4～5倍

血中濃度は**静注**が経口の2～3倍

腸管壁内の濃度は、**経口**が静注の5～6倍

疼痛・便秘で難渋したら投与変更も効果あり



力価換算；

経口 1 ：	モヒ 60mg
坐剤 2/3 ：	モヒ 40mg
皮下、静注 1/2~1/3 ：	モヒ 20~30mg
硬膜外 1/10~1/20 ：	モヒ 3~6mg
クモ膜下 1/100~1/200 ：	モヒ 0.3~0.6mg



使用オピオイド経口：注射剤力価比

- モルヒネ $1 : 1/2 \sim 3$ (0.3~0.5)
- オキシコドン $1 : 3/4$ (0.75)
- フェンタニール $1 : 1$
- ヒドロモルフォン $1 : 1/5$ (0.2)

在宅でのオピオイド使用注意点

- 1) 注射薬は**取り出せないポンプ**での持ち出しのみ使用可能！⇒持続皮下注、静注など・・・
- 2) 注射剤の時のレスキュー準備⇒**PCAポンプ**使用
- 3) **剤型の特徴**を活かした使用法
⇒顆粒、散剤、錠剤、貼付剤、座剤、液剤など
- 4) **残薬処理：回収義務**⇒**薬局、Dr**など

携帯型ポンプ



和 顔 愛 語



従濃度式



従量式

在宅での問題点



和顔愛語

- ① **麻薬管理**：現在医療機関では、麻薬金庫を置かなくても**院外調剤での麻薬処方のみであれば可能**になっているが、**注射剤になると取り扱う調剤薬局が限られる。**また在宅での麻薬注射剤使用はポンプ充填が必要であり、調剤薬局での**クリーンベンチ(無菌調剤薬局)**が必要となる
⇒ 薬剤師会のホームページに一覧ありと・・・
- ② 在宅医、訪問看護、介護職への**麻薬注射剤の有用性の啓蒙不足**
- ③ 今後**非がん緩和ケア**においても国の政策としては取り組むことになっているが、現状では、麻薬製剤の多くは、がんに限られる。PCAも、間質性肺炎などの呼吸困難、心不全などにも有用な手技であり適応緩和拡大が必要である。

問題点 (2) : オピオイド薬剤特性

- 1) **モルヒネ** : ①呼吸困難に対して日本のガイドラインでは、唯一有効と考えられる ②腎障害で使用しにくい(蓄積)
③薬剤相互作用が少ない
- 2) **オキシコドン** : ①高容量が使用しにくい(力価換算)
②高濃度薬剤がない③薬剤相互作用がある (CYP5)
- 3) **フェンタニール** : ①呼吸抑制変化が急速に出ることあり
②薬剤相互作用がある (CYP5) ③呼吸困難に効きにくい
- 4) **ヒドロモルフォン** : ①ESMO (欧州腫瘍学会) ガイドラインで呼吸困難に有効 (本邦未承認) ②代謝産物微量であり腎障害も投与可 (慎重投与) ③薬剤相互作用が少ない

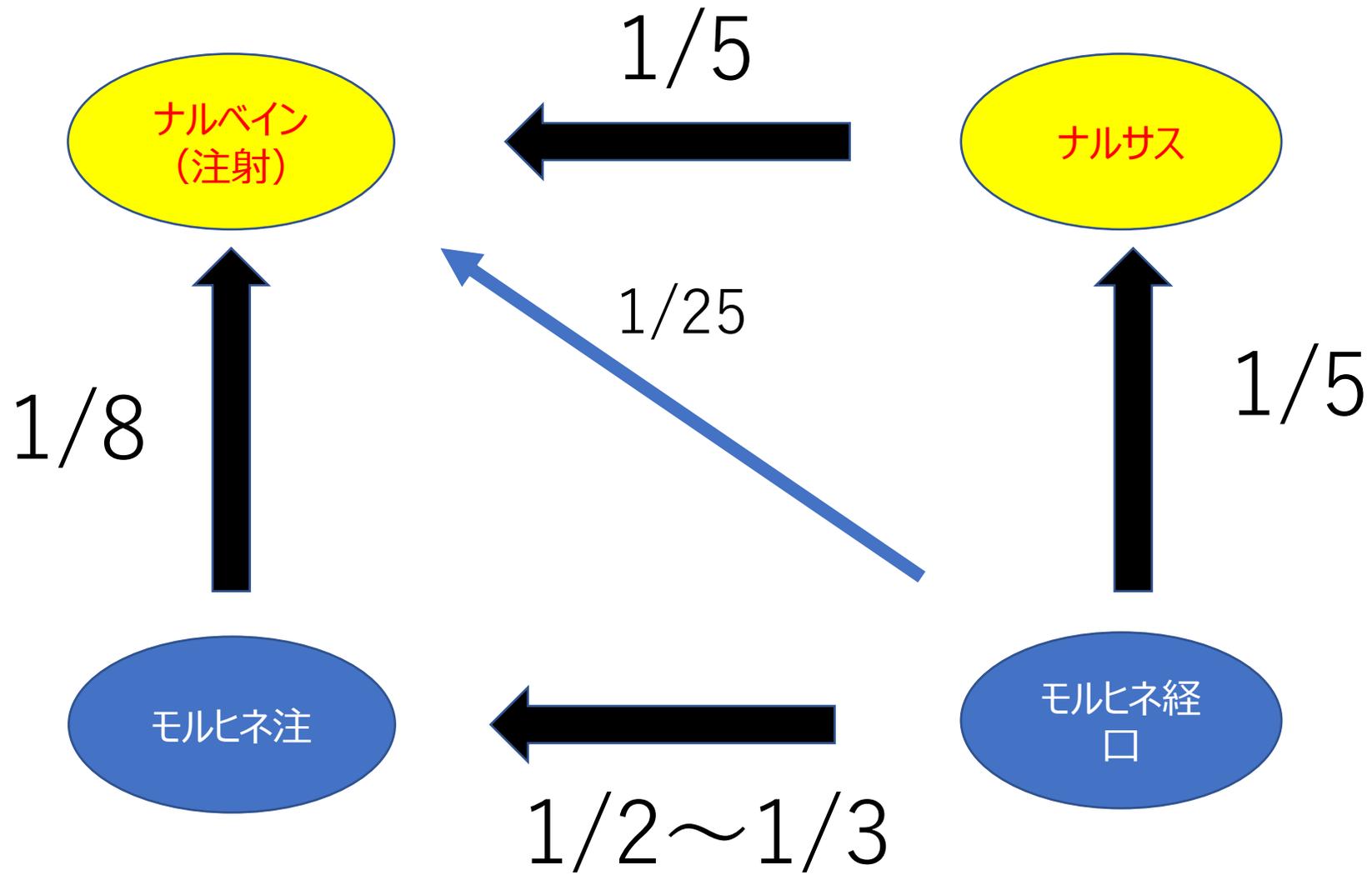
ヒドロモルフォンへの期待



- 1) **代謝がグルクロンサン抱合、活性代謝産物が微量**
 - **腎機能不全患者に、慎重に投与ができる**
 - **チトクローム代謝に関連しない**
- 2) **モルヒネ適応にどこまで有効か？**
 - **剤型揃えられるか・・・注射剤(高容量製剤も同時発売!!)**
- 3) **効果発現について**
- 4) **少容量からタイトレーション可能**



和顔愛語



「製品添付文書より」

高濃度皮下注：皮下注0.3-5ml/h

例：流速0.5ml/hCSC=12ml/日

モルヒネ4%製剤：MAX480mg

ナルベイン注20mg/2ml製剤：

MAX120mg(モルヒネ換算960mg)

ナルベイン注2mg/ml製剤：

MAX24mg(モルヒネ換算192mg)

オキシコドン塩酸塩水和物注射液

：高容量製剤 なし

MAX120mg(モルヒネ換算100~120mg)

(私見)



和顔愛語

在宅緩和ケアにおける ヒドロモルフォンの位置づけ (私見)

- ① モルヒネ適応症例における**腎障害患者**への忍容性
- ② オキシコドン製剤の**併用注意薬剤**への忍容性
- ③ 皮下注における**大容量**が可能



- ④ 今後地域の調剤薬局での普及が増えることを期待する



和顔愛語

オピオイド(医療用麻薬)は怖い薬ですか？





オピオイドを使うと中毒になる。

● **身体的依存**

薬の長期投与に対する薬理的な正常反応であり、漸減法により中止すれば臨床的な問題は起こらない。

● **精神的依存**

基礎実験および多くの臨床試験から、痛みのある状態でオピオイドを投与しても精神的依存は起こらないことが実証されている。



オピオイドを使うと命が短くなる。

まったくの誤りであり、オピオイドの投与によって 痛みが除去された患者は、よく眠れ、よく食べられ、よく考えられるようになるので、むしろQOLが著しく改善する。



**早くから使用すると耐性ができ、
痛みが強くなったときに効かなくなる。**

オピオイドの増量が必要になる理由は、耐性よりもがん病変の進行に伴う痛みの増強によることが多いことが臨床経験から実証されている。



オピオイドを使うと副作用は避けられない。

オピオイドは鎮痛作用以外の様々な薬理作用を有しており、鎮痛目的でオピオイドを使用する場合、その他の薬理作用はほとんどが副作用として発現する。

➡ しかし、副作用の発現を防止するための方法が確立している。

1. 痛みとオピオイドに対する正しい知識

以下の誤った認識がないか確認する

- ① 精神依存になる
- ② 徐々に効果がなくなる
- ③ 副作用が強い
- ④ 痛みは病気の進行を示す
- ⑤ 痛みの治療をしても緩和することができない
- ⑥ 痛みを訴えない患者は「良い患者」であり、「良い患者」でいたい
- ⑦ 医療従事者は痛みの話をすることを好まない

2. 痛みの治療計画と具体的な鎮痛薬の使用方法

- ① 患者の痛みの原因を探索
- ② 痛みの治療の目標を設定
- ③ 痛みの治療計画(化学療法、薬物療法、神経ブロック)
- ④ 鎮痛薬の具体的な使用を説明
 - ✓ 定期的な鎮痛薬の服薬方法と目的
 - ✓ レスキュー・ドーズの使用
 - ✓ 副作用の出現と対策
(嘔気・嘔吐、便秘、眠気、精神症状)



3. 医療従事者への痛みの伝え方

① 痛みを医療従事者へ伝えることの意味を説明

→ 患者の主観的体験を共有し、よりよい鎮痛に導き、QOLを向上する！

② 痛みを医療従事者へ伝える方法の説明 (NRS、痛み日記など)

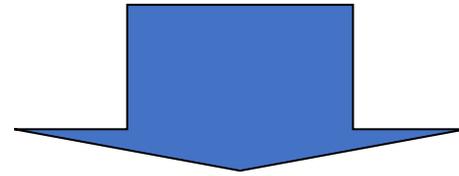
→ 疼痛評価スケールや痛みによる日常生活障害を明らかにする！

③ 疼痛マネジメントがうまくいかなかった時の連絡先

→ 入院生活中の伝え方、在宅療養中の連絡方法



緩和ケアとは、患者さんと
平等の立場で **いのちの輝きを支えるケア**
である



在宅医療とは、
家族と楽しく生活する ことを、
「支える医療」である

