

在宅でのがんの痛み治療を理解するために

在宅がん疼痛治療手順解説書のご理解を深めていただくために、下記のような Q&A を作成いたしました。

実際に患者さんのケアを行うためには、数多くの問題があるかと思いますが、これらが参考になれば幸いです。

Q1：がんの痛み(がん疼痛)は患者さんにどのような影響を示すのでしょうか？

Q2：がん疼痛の原因や痛みの性質により治療法が異なりますか？

Q3：痛みのアセスメントはどのように行えばいいのでしょうか？

Q4：痛みの強さは、どのようなスケールを用いればよいのでしょうか？

Q5：痛み治療の原則があれば教えてください。

Q6：痛みの強さにより、使用する薬剤は変わりますか？

Q7：「痛み治療に使用されるモルヒネは麻薬であり、患者さんの機能を失わせ、死を早めたりする怖いくすり」と言う人もいますが？

Q8：在宅で痛み治療の開始をうまく行う方法はありますか？

Q9：痛みが増強したときの対処方法を教えてください。

Q10：モルヒネやその他の鎮痛剤と他の薬剤との併用は問題ありませんか？

Q11：モルヒネなどの鎮痛薬は空腹時に服用しても問題はありますか？

Q12：モルヒネなどの副作用対策はどのようにすればよいのでしょうか？

Q13：痛みがなくなったら、モルヒネなどの投与は中止してもいいのでしょうか？

Q14：優れた麻薬性オピオイドが開発されたと聞いていますが、どのように使用すればいいのでしょうか？

Q15：モルヒネなどのオピオイドを他の人に利用してもいいのでしょうか？

Q1: がんの痛み(がん疼痛)は患者さんにどのような影響を示すのでしょうか？

多くのがん終末期の患者さんでは、複数の要因でからだの痛みを訴えますが、これらの痛みの多くは、適切な治療で鎮痛可能とされています。

痛みがあれば患者さんは心身共に消耗します。例えば、一つの痛みにより他の痛みが誘発される痛みの悪循環を生じることがあるため、早期に痛みのコントロールを図り、悪循環を断ち切ることが必要となります。また、痛みの持続は、不眠や食欲低下、活動範囲の制限など、日常生活行動に影響を及ぼしますので、痛みが増強しないように安全で快適な日常生活をするための援助を提供することが必要と考えます。

さらに、痛みは、集中力の低下、抑うつなどをもたらし、痛みの持続や病状の進行などより、患者さんの不安や恐怖感は増大します。一方で、患者さんは、がんの進行を恐れているために痛みの増強を認めなかったり、鎮痛薬の使用や増量を拒否する反応を示す場合がありますので、患者さんの病状認識、心理状態を理解しケアを提供していくことが必要となります。

Q2：がんの痛みの原因や痛みの性質により治療法が異なりますか？

< 痛みの原因 >

がんの痛みの原因には、腫瘍（浸潤や転移など）に関連するもの、手術創の痛みなどがん治療に関連するもの、寝たきりになったための全身衰弱による筋肉痛など担がん状態に関連するもの、片頭痛、関節リウマチ、単純疱疹（ヘルペス）などがんやがん治療以外のものがあります。

がんの痛みには、筋肉、皮膚、腹膜、胸膜や骨などが痛む体性痛、腹部臓器などの内臓が痛む内臓痛と神経障害などが原因となる神経因性疼痛があります。これらの詳細については、「[痛みのアセスメント](#)」を参考にしてください。

< がんの痛みの性質と治療法 >

痛みの部位や痛みの性質が異なると、治療薬が異なることがあります。一般的には、非ステロイド性抗炎症鎮痛剤（NSAID）やコデイン、モルヒネなどのオピオイドといわれる薬剤を使用しますが、消化管閉塞による疝痛、全身衰弱時の体動による筋肉痛、骨転移痛や神経因性疼痛にはモルヒネが効きにくいと考えられています。

疝痛には、末梢性抗コリン剤ブチルスコパラミン（ブスコパン）またはチメビウム（セスデン）の併用で改善する可能性があります。

筋肉痛には、NSAIDの追加/変更、チザニジン（テルネリン）、バクロフェン（リオレサル）、エチゾラム（デパス）の投与などが考えられます。

骨転移痛には、放射線治療、ベタメタゾン（リンデロン）投与、ウナギカルシトニン（エルシトニン）投与やビスホスフォネート製剤であるパミドロネート（アレディア）、アレンドロネート（テイロック）の投与が考えられます。

また、神経因性疼痛には、痛みの性質により、抗けいれん剤、抗うつ剤、抗不整脈薬、NMDA受容体拮抗薬との併用が考えられます。しかし、これらの治療により、副作用が出現することがありますので、がん疼痛治療の経験の豊富な医師に相談することをお勧めします。

Q3：痛みのアセスメントはどのように行えばいいのでしょうか？

痛みは患者本人にしかわからない主観的なもので、医療従事者やご家族の方でもわからないことが多く、また、測定機器でも測定できません。そのため、患者本人から、痛みを感じる部位、痛みの程度、痛みの性質を聞き出すことによって、適切な治療を提供できるようになります。そのため、痛みのアセスメントが痛み治療に極めて重要で、それによって治療の正否が分かると言っても過言ではありません。

<初期アセスメント>（参考：解説書・痛みのアセスメント）

痛みのアセスメントは、どの程度痛いのか（痛みの強さ）、どこが痛いのか（痛みの部位）、どのような痛みなのか（痛みの性状）、持続的か間歇的か（痛みのパターン）、どんなときに痛みがひどくなるか（痛みの増強因子）、どんなときに楽になるか（痛みの緩和因子）、痛みによってどのように日常生活が影響されているか（例えば、痛みがどれだけ睡眠を妨げているか、痛みがどれだけ日常生活を妨げているかなどのQOLへの影響）、患者さんが望む除痛レベルを把握することが痛み治療が行われます。これらを初期アセスメントといいます。

初期アセスメントの目標は、該当する痛みの病態生理を把握し、痛みの強さやそれらの痛みが患者さんの生活にどの程度影響するのかを決めることにあります。

<継続アセスメント>

また、治療開始後一定の間隔で、新たな痛みの出現や、痛みの性質や強さに変化がみられた時期、薬物治療または非薬物治療の効果が発現すると思われる適切な時期に継続してアセスメントすることが必要になります。これらを継続アセスメントといいます。これらのアセスメントを通じて、使用中の鎮痛薬がどれだけ効いているか、副作用が出ていないかを見極めることが必要になります。そのために、痛み治療開始後、痛みの状況（変化）や副作用をチェックする必要がありますので、薬剤の使用状況、痛みの程度や便秘（お通じ）、吐き気などを患者さんまたはご家族に記録していただくと参考になります。

これらをアセスメントするためには、患者さんにこれらを尋ね、患者さんの言われることを中心にすることが重要となりますが、患者さんの中には、前述のような理由や自分がいい患者と思われたいと理由で、痛みがあっても我慢する場合や、過剰に痛みを訴えることがありますので、患者さんが痛みを正直にかつ正確に表現できるように良好なコミュニケーション及びそれができる環境を整えるなど補助することが重要になります。

痛みのアセスメントは適切な痛み治療のための第一歩であり、これが不足であれば、患者さんに提供する痛み治療が不適切になる危険性が高いと思われます。

また、痛み及び痛み治療に関する知識が乏しい場合には、痛みの部位を正しくアセスメント出来ず、患者の痛みを過小評価する傾向があることが報告されています。痛みアセスメントには、痛みや痛み治療の知識が必須であり、看護師及びチームの知識向上のための教育などが必要となり、更に、医師、看護師、薬剤師などのチーム内でアセスメント内容に関する共有化が必要になると考えられます。

Q4：痛みの強さは，どのようなスケールを用いればよいのでしょうか？

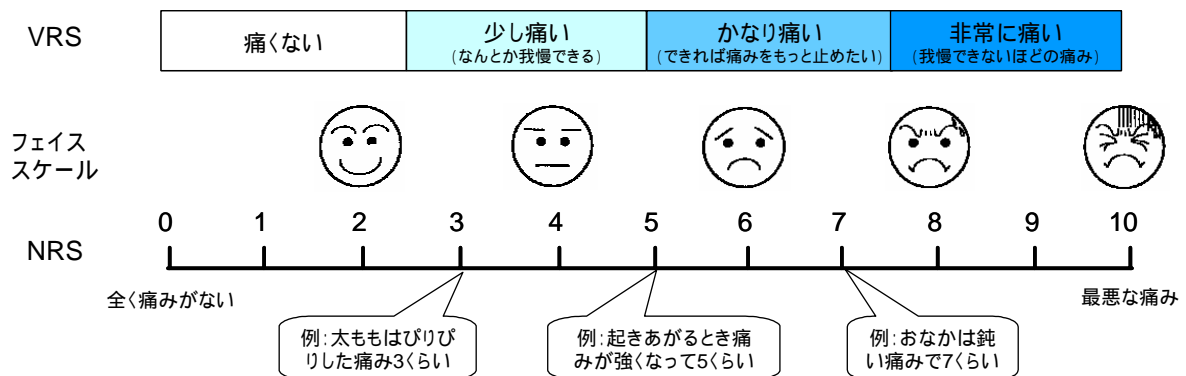
痛みの強さは，患者さん自身に評価していただくこと基本となります。

痛みの強さを測定するスケールには，患者さんの言われることや表情により，軽度，中等度，重度と分類するもの，「全く痛みがない」から「最悪な痛み」を両端とする 100 mm の水平な直線上に患者自身の痛みのレベルに印をしてもらい，0 mm からの長さを測定する VAS(Visual Analogue Scale)，「0:痛みがない」から「10:最悪な痛み」を両端として，直線を 0 から 10 までの 11 段階に区切り，患者自身の痛みのレベルの数字に印をつけて頂く NRS(Numeric Rating Scale)，顔の表情で痛みの状態を数段階で示すフェイススケールなどがあります。

痛みの強さは，継続的にアセスメントすることが重要ですので，患者さんにそれらのスケールにご自身の痛みを正直に表現できるように指導することが必要とされていますが，患者さんの中には，数字で痛みは表現できない方もおられますので，患者さんが理解できるものでアセスメントを続けて行うことが各種ガイドラインで勧められています。

在宅ホスピスケアでは，病棟とは違い，医師や看護師が患者さんのもとに長くいることはできません。痛み治療導入時の至適量の設定の時には，NRS のような細かいスケールが必要になることが多いと思われるので，できる限り NRS を使用するとよいと思われます。(参考：解説書・痛みのアセスメント)

痛みを数字で表せないという方には，下図を示して，数字を言ってもらおうとよいかもしれません。



それでも，患者さんの中には，うまく痛みを表現できず，軽度の痛みでも NRS8 などのスコアをつける方もおられますし，逆に，眠られない痛みがあっても NRS2 とする方もおられます。このような場合には，適切な痛みの治療はできませんので，患者さんの言われるスコアを否定するのではなく，患者さんの言動を観察して，適切に補正することも必要になるかもしれません。

いずれのスコアを用いるにしても，医師，看護師，薬剤師などのチーム内で，その内容について合意することが必要になるでしょう。

Q5：痛みの治療の原則があれば教えてください。

WHO では痛みの治療の原則を次の 5 つをあげています。

1) 可能な限り経口投与する

患者さんの QOL を考慮して、器具の使用なしに、できる限り簡単な投与経路、どこでも継続的な鎮痛剤を投与できることから、経口投与が基本になると考えられます。

しかし、強い悪心・嘔吐、嚥下困難、消化管閉塞などによる通過障害、消化管の吸収能力が低下している場合には、座薬、貼付薬がありますし、経口投与、直腸内投与が不可能なときには、皮下投与や静脈内投与があります。

2) 時刻を決めて規則通りに正しく使用する

鎮痛剤は投与してから効果を発現し始めるまでに、製剤や剤型により異なりますが 30 分～2 時間かかりますので、その間患者さんは痛みで苦しむことになります。また、鎮痛剤が体内から排泄されると再び痛みを感じはじめます。持続的に鎮痛剤の効果を発揮するために、投与する鎮痛剤の性質（4 時間毎に投与する製剤か、12 時間毎に投与する製剤か、24 時間毎に投与する製剤か、3 日毎に張り替える貼付剤か）を考慮して、時刻を決め規則通りに投与する定時投与が必要となります。

3) WHO 三段階除痛ラダーに沿って効力の順に薬剤を選択する

WHO（世界保健機関）では、鎮痛作用の弱い薬剤から始め、効果がなければ強い薬剤に変更することを勧めています。すなわち、痛み治療導入時の至適量の設定の段階で患者さんの痛みが、アセトアミノフェンなどの NSAID やリン酸コデインまたはより強いオピオイドのいずれかが必要か推定できます。痛みが高度であると考えて、いきなり比較的高用量のモルヒネ徐放製剤を使用して、吐き気などの副作用で苦しむ患者さんもいますので、本解説書では、そのようなことを回避するため、痛みの強さに関係なく、アセトアミノフェンなどの NSAID から投与を開始することを勧めています。

4) 患者ごとに個別的な投与量を決定し投与する

鎮痛剤、特にモルヒネなどのオピオイドに対する患者さんの感受性には個体差があると知られています。副作用が最小限に抑えられて、鎮痛効果を発現する至適量を設定する必要があります（参考：解説書・痛み治療の開始）。患者さんの至適量を設定するためには、頓用を繰り返し、除痛に必要な投与量を求め、投与と効果確認を繰り返しながら調整することが必要になります。このことを titration（タイトレーション）と言います。

5) その上で、服用に際して細かい配慮を行う

一つの痛みが軽減されても他の痛みが増強したり、新たな痛みが発生したりすることがあります。それらの痛みが同じ機序で起きているとは限りません。また、痛みが

増強している場合には、鎮痛剤の増量や鎮痛剤の効果を高める鎮痛補助薬の投与が必要になる場合もあります。従って、痛みが増強したり、新たな痛みが発生した場合には、痛みの原因や性質をはじめからアセスメントし、強い痛みから対応することが必要になります。

また、腎機能異常や著しい肝機能異常には、鎮痛剤の代謝や排泄が異常となるため、副作用が発現しやすい状態になります。

一方、浮腫や胸腹水がある場合には、それらが無い場合に比べ、血中濃度が低くなり、効果発現が得られにくくなることがありますので、その場合には、増量する必要もあります。

Q6：痛みの強さにより，使用する薬剤は変わりますか？

WHO（世界保健機関）では，鎮痛作用の弱い薬剤から始め，効果がなければ強い薬剤に変更することを勧めています。すなわち，痛み治療導入時の適正投与量の設定の段階で患者さんの痛みが，アセトアミノフェンなどのNSAIDやリン酸コデインまたはより強いオピオイドのいずれかで除痛される痛みであることがわかります。

激しい痛みを訴えるときには，最初からモルヒネを使用することもあります。

しかし，痛みが高度であると考えて，いきなり比較的高用量のモルヒネ徐放製剤を使用して，吐き気などの副作用で苦しむ患者さんもいますので，そのようなことを回避するため，痛みの強さに関係なく，アセトアミノフェンなどのNSAIDから投与を開始することがよいと思われます。

がんの痛みには，がん周辺組織の炎症もありますので，コデインやモルヒネにNSAIDを併用する方がよい効果を示すと報告されておりますので，中等度や重度の痛みでもNSAIDを併用する方がよいでしょう。

Q7：「痛みの治療に使用されるモルヒネは麻薬であり，患者さんの機能を失わせ，死を早めたりする怖いくすり」と言う人もいますが？

モルヒネの効果発現や副作用発現は，血中濃度と関係があることがわかっています。患者さん一人一人で除痛効果に必要な投与量が異なるのと同様に，副作用を発現する投与量も患者さん一人一人異なりますが，モルヒネのある血中濃度レベルを越えると精神障害などの中枢神経系や呼吸抑制などの副作用を示すことがあります。そのため，一時期に大量のモルヒネを投与するとその閾値を越え，それらの副作用が起こる危険性がありますが，それらの副作用を観察しながら投与量を増加すれば，その危険性は著明に低下します。

また，モルヒネを使用すると「麻薬中毒（耽溺性，依存）になる」，「死期を早める」，「病状を悪化させる」などの誤解があるようですが，痛みがある患者さんにモルヒネを適正に投与すれば，耽溺性や依存にはならず，病状を悪化させることもありません。

モルヒネが中枢に作用する薬剤であるため，モルヒネ投与により，感覚がなくなってしまうことを心配する方もおられますが，モルヒネ投与中でも，からだをつねれば痛みを感じますし，熱さ，冷たさ，味覚などの他の感覚には影響はありませんので，全く心配はありません。

また，適切に投与していれば，長期投与によっても，中毒になることはありません。むしろ，痛みがあれば，心身共に疲弊しますが，痛みを我慢しているよりも，適切なモルヒネを投与することにより，普段の生活が送れやすくなると思います。モルヒネにより命が縮まるということは全くありません。

便秘や吐き気などの副作用に留意し，患者さんにあった至適量を決め，痛みの増強に合わせて適切に増量した場合には，モルヒネは安全な薬剤と言えます。

最近，臨床の場で利用可能となったオキシコドン徐放性製剤（商品名オキシコンチン）やフェンタニル貼付剤（商品名デュロテップパッチ）は，モルヒネに比較して副作用が少ないといわれていますが，副作用対策は必要になります。

Q8：在宅で痛みの治療の開始をうまく行う方法はありますか？

痛みの強さも、鎮痛剤の効果発現も個体差があり、その患者の痛みを取るために必要な投与量の鎮痛剤を使用することが必要になります。そのためには、モルヒネなどは少ない投与量から始め効果を確認しながら、痛みが軽くなるまで少しずつ投与量を増やすことが基本になります。（参考：解説書・痛み治療の開始）

痛みが激しい場合には、モルヒネ注射から始めることもあります。その場合でも、その効果を見ながら、至適量を決めることが必要になります。

在宅ケアの場では、錠剤、カプセルや水溶液による経口投与が望ましいのですが、モルヒネ 1 日投与量が 20mg 未満となる場合、調剤薬局で分包や調剤が必要な散剤や液剤での投与を余儀なくされることがあります。WHO 三段階除痛ラダーの基本にしたがって、NSAID やアセトアミノフェンより始め、リン酸コデインでよりきめ細かく必要な投与量を調節することが勧められます。

リン酸コデインは投与 30～45 分後に効果があらわれ始め、投与 1～2 時間後に最大の効果が発現することが知られていますので、投与開始 30～45 分後または投与開始 1～2 時間後に患者の痛みの状況を観察（アセスメント）の上、増量が必要かどうかを確認し、必要あれば、1 錠追加するなどの増量が望ましいと思います。

解説書では、在宅でのがん痛み治療を考え、投与開始 2 時間以内に至適量を決めることが望ましいと考えられることから、リン酸コデイン 1 錠 20mg 投与 30 分後に効果がなければ、更にリン酸コデイン 1 錠 20mg を追加し、30 分後に効果を確認しながら、リン酸コデインの至適量を決めることを紹介しています（参考：解説書・リン酸コデインを用いた至適量の設定）。

リン酸コデイン 1 回 2 錠(40mg)で痛みがコントロールされなければ、モルヒネ 10mg 錠に変更し、1 日 6 回投与（4 時間毎）に定時的に投与することがよいと思われます。

リン酸コデインは肝臓で代謝されてモルヒネに変換され、モルヒネと同様な副作用（便秘、吐き気）があらわれますので、便秘、吐き気対策は必要になります。

Q9：痛みが増強したときの対処方法を教えてください。

より効力が強い薬剤に変更するか，鎮痛剤の投与量を増やすことによって，痛みの軽減を図ります。オピオイドは，リン酸コデインを除き，「投与量を増やしても効果が頭打ちになる」いわゆる天井効果(ceiling effect)がないと考えられていますので，著明な副作用がない限り，投与量を増やすことができます。

基本的な増量方法は，痛みのために使用した頓用（レスキュー）投与と定時投与を合わせた 1 日投与量を求め，速放性製剤であれば，1 日投与量 1 日 6 回に分割して投与します。その場合の頓用投与量は，1 回の投与量（1 日投与量の 1/6）とします（参考：解説書・増量方法）。しかし，消化管閉塞による疝痛，骨転移痛，筋肉痛や神経因性疼痛などモルヒネやその他のオピオイドが聞きにくい痛みがあり，モルヒネ 1 日 120mg を投与しても痛みが治まらない場合には，病態にあわせて鎮痛補助薬の投与や神経ブロックなどを考慮することが必要になることがあります。その場合には，がん疼痛治療に携わっている医師に相談することをお勧めします。

Q10：モルヒネやその他の鎮痛剤と他の薬剤との併用は問題ありませんか？

多くの場合、問題は少ないと思います。

しかし、リン酸コデインは代謝されてモルヒネに変換されて鎮痛効果を発現します。また、オキシコドン徐放性製剤（商品名オキシコンチン）は代謝されて効果のない代謝物に変換します。それらの代謝は CYP2D6 という酵素によって行われますので、それらの酵素を阻害する薬剤やそれらの酵素を誘導する薬剤によって効果が減少したり、副作用が発現されやすい状態になります。

リン酸コデインやオキシコドン徐放性製剤を使用する場合には、これらの薬剤の効果や副作用の発現に関係する薬剤がないかどうかを薬剤師に相談することをお勧めします。

薬剤	代謝を阻害する薬剤	可能性のある影響
リン酸コデイン	パロキセチン（パキシル）	コデインの効果が減少
オキシコドン徐放性製剤	シメチジン（タガメット） ゲフィニチブ（イレッサ）	オキシコドンの効果・副作用が増強

Q11：モルヒネなどの鎮痛薬は空腹時に服用しても問題はありませんか？

NSAID は、消化器症状の副作用がありますので、食後投与することが勧められますが、モルヒネなどのオピオイドは、胃から吸収されず、腸で吸収されますので、胃を荒らすことは少ないと考えられていますので、空腹時に服用しても問題ないと思います。

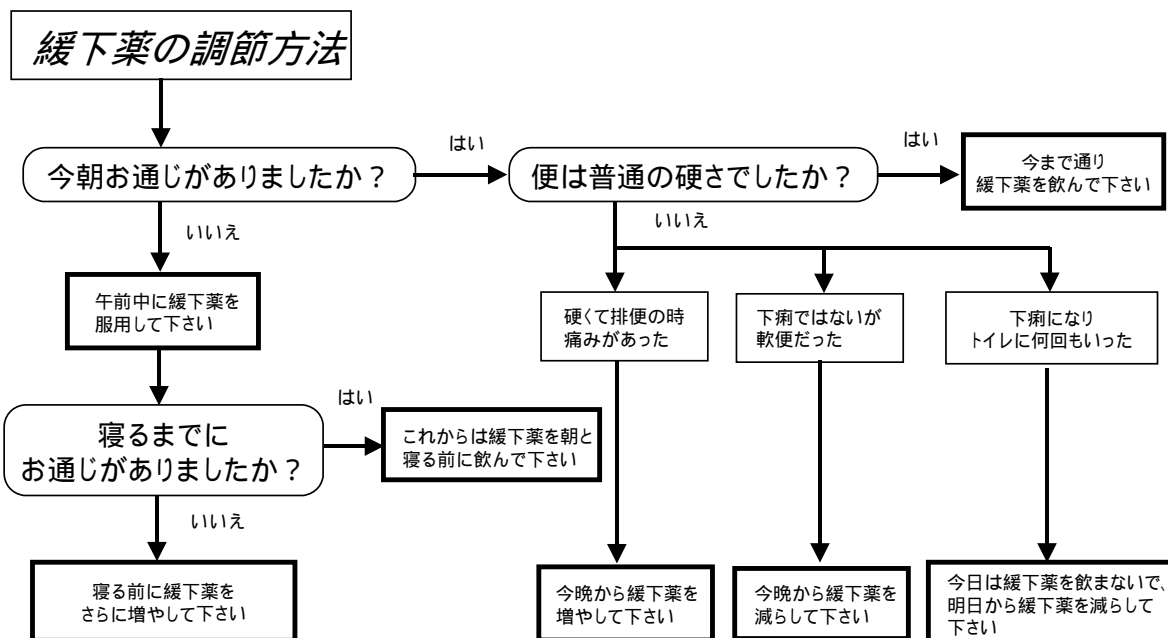
しかし、モルヒネ投与により便秘になると、食欲がなくなり、胃のもたれ感がみられ、胃が悪くなったと患者さんが誤解する場合がありますので、モルヒネを投与するときには、緩下剤の投与も必要になります。

Q12：モルヒネなどの副作用対策はどのようにすればよいのでしょうか？

コデインやモルヒネなどのオピオイドの投与により，便秘，吐き気，眠気の副作用が現れます。便秘は，腹部膨満など患者さんの苦痛の原因になりますし，吐き気があれば，これらの鎮痛剤の服用を拒否することがありますので緩下剤や吐き気止めなどの投与が必要になります。（参考：解説書・モルヒネの副作用対策）

モルヒネ投与でほとんどの例に便秘が見られます。従って，モルヒネ投与時には，必ず緩下剤の併用をすることをお勧めします。適切な緩下剤の投与量や薬剤の変更は図に示したような方法で行うとよいでしょう（日本緩和医療学会「がん疼痛治療ガイドライン」服薬指導より）

図1 緩下薬の調節方法



モルヒネ投与開始時に，吐き気と眠気を訴える人がいますが，制吐作用のある薬剤を同時に投与することにより，吐き気はおさまることが多いと思います。吐き気は，一般的に1～2週間持続し，その後は，制吐剤を服用しなくても吐き気は発現しないことが多いと知られています。そのため，制吐剤は投与開始1～2週間を目処に投与することが勧められます。吐き気がおさまらなかつたら別な制吐剤を投与するとよいでしょう。

また，痛みはとれるが眠くて仕方がないと言われる患者さんもおられます。その原因の中には，痛くて眠られなかった日が続いていたこともあります。モルヒネの副作用のためとも考えられます。眠気は，吐き気と同様に，投与1～2週間で出現しなくなることも知られています。軽度の場合には，コーヒーなどのカフェインを含有する

飲料でも対処可能という報告があります。

モルヒネを服用すると、眠くなることがありますので、車の運転はやめてもらった方がいいでしょう。

その他には、モルヒネ投与により、幻覚が出現する場合（発生頻度 1～3%）もありますが、適切な投与量を服用していれば、幻覚の発現はまれであると思います。幻覚はモルヒネだけの問題ではなく、高熱や不安などの心理的な要因やがんの終末期でもみられることがありますので、幻覚が出現した形跡があれば、担当医に相談することをお勧めします。

腎機能異常例や長期投与例では、モルヒネやモルヒネの代謝物による精神・神経症状が出現しやすいので、せん妄などの精神症状などと腎機能をモニターすることが必要になります。このような状況では、オキシコドン徐放性製剤やフェンタニル貼付剤への変更が必要になります。

Q13：痛みがなくなったら，モルヒネなどの投与は中止してもいいのでしょうか？

多くの場合，痛みの原因が改善されて痛みが消失しているわけではなく，モルヒネなどの効果のため，痛みがなくなっているため，モルヒネの投与を中止すると，痛みが元に戻りますので，中止しないことをお勧めします。

また，モルヒネを急激に減量したり，投与中止すれば，興奮，振戦，頻脈，冷や汗，血圧上昇，下痢などの退薬症候（禁断症状と呼ばれていたこともあった）が出現することがあります。減量や中止をしなければならないときには，1日に25%以下（前日の75%以上投与）ずつの数日かけて徐々に減量することを勧めています（日本緩和医療学会「がん疼痛治療ガイドライン」）。

在宅の場合では，服用する時間になってから，モルヒネがないことを気づいてあわてて，モルヒネの処方をお願いすることがありますが，そのような場合も，退薬症候が問題になるとことがあります。服用するモルヒネがなくなるような状況になる前に，補填するように心がけることをお勧めします。

Q14：優れた麻薬性オピオイドが開発されたと聞いていますが，どのように使用すればいいのでしょうか？

鎮痛効果が優れ，副作用が少ないといわれるモルヒネ以外の優れた麻薬性オピオイド（オキシコンチン，デュロテップパッチ）が開発され，臨床でも使用できるようになりました。

徐放製剤はオピオイドの 1 日投与回数が少ないために，飲み忘れが少なくなるという利点があり，基礎実験などで，他の作用機序もあることが知られています。

これらは，徐放性製剤であるために，至適量の調整が難しい上に，効果発現が遅く，作用時間が長いという特徴がありますので，過小投与によるコントロールされない疼痛や過剰投与による呼吸抑制などの副作用を発現する危険性が考えられます。

従って，オピオイドを初めて使用する患者では，これらの速放性製剤が利用可能になるまでは，従来のモルヒネ速放性製剤で安全性を確かめ，鎮痛効果が得られる投与量の調整をした後に，これらの徐放性製剤に変更することが望ましいと思います。

また，腎機能異常がある患者さんでは，投与を中止しても，薬物が生体内に残る危険性がありますので，徐放性製剤は慎重に使用すべきと思われます。

しかし，モルヒネ製剤による精神症状などの副作用が持続している場合には，痛みがなければ，まず減量して副作用の状況を確認することが勧められます。しかし，痛みも副作用も持続している場合には，モルヒネ製剤からオキシコドン徐放性製剤（オキシコンチン）やフェンタニル貼付剤（デュロテップパッチ）への変更を考慮した方がよいと思います。

一方，患者の状態が不安定（例：せん妄，急速な増量を必要とする重症な疼痛）な場合には，徐放製剤から速放製剤に変更することが勧められます。

Q15：モルヒネなどのオピオイドを他の人に利用してもいいでしょうか？

モルヒネは患者本人以外に使用することは、法律で禁じられています。

投与の必要がなくなり、残った麻薬性製剤は他に利用できないように廃棄する必要があります。廃棄には手続きが必要なため、麻薬管理者の医師か薬剤師に届けてください。