

<特集「がんサバイバーと社会共生：言葉の処方箋」>

がん患者の痛みとその対策

大屋 里奈, 上野 博司, 天谷 文昌*

京都府立医科大学大学院医学研究科麻酔科学

How to Cope with Pain in Cancer Patients

Rina Oya, Hiroshi Ueno and Fumimasa Amaya

*Department of Anesthesiology, Kyoto Prefectural University of Medicine
Graduate School of Medical Science*

抄 録

痛みは、がんの進行に伴い出現する症状の中でも有症率が高いとされている。痛みの分野で昨今大きな変化を有し話題となったものは、World Health Organization (WHO) がん疼痛ガイドラインの改訂、痛覚変調性疼痛の概念、がんサバイバーの慢性疼痛などがあり、いずれも痛みの治療アプローチの多様化と個別化医療を重視しているものになる。これら痛み治療の進歩を背景にして、普段我々が附属病院内で行っている多職種による緩和ケアや、京都府における難治性がん疼痛に対する神経ブロックの連携強化事業について詳細に紹介する。

キーワード：がん疼痛, がん関連疼痛, 痛覚変調性疼痛, 神経ブロック, 連携強化。

Abstract

Pain is considered one of the most prevalent cancer-related symptoms that appear as cancer progresses. Recent major changes and topics in the field of pain include the revision of the World Health Organization (WHO) cancer pain guidelines, the concept of nociplastic pain, and chronic pain in cancer survivors, all of which emphasize diversification of pain treatment approaches and personalized medicine. Against the backdrop of these advances in pain treatment, we will introduce in detail the multidisciplinary palliative care we usually provide within our affiliated hospitals, and the project to strengthen cooperation in nerve blocks for intractable cancer pain in Kyoto Prefecture.

Key Words: Cancer pain, Cancer-related pain, Nociplastic pain, Nerve block, Strengthening cooperation.

がん患者の痛み

がん患者数は、人口増加や高齢化社会に伴い年々増加している。本邦における全国がん登録

の罹患データでは、最新の2020年の統計¹⁾において1年間に94万人が新規にがん罹患している。これは今後も年々増加の一途をたどり、将来推計値では2035-9年に117万人とピーク

令和6年12月27日受付 令和7年1月7日受理

*連絡先 天谷文昌 〒602-8566 京都市上京区河原町通広小路上ル梶井町465番地

ama@koto.kpu-m.ac.jp

doi:10.32206/jkpum.134.02.81

に達し、その後は人口減少に伴いがん罹患者数も漸減して2050-4年には110万人であると予想されている²⁾。

一方で、がん患者は様々な症状を呈することは既知の事実であるが、その中でも痛みの有症率は高く、がん患者全体で痛みを有する割合は51% (95%信頼区間 37~64%)、根治治療後の患者は39% (同 33~45%)、がん治療中の患者は55% (同 46~64%)、進行・転移性・終末期がん患者は66% (同 58~75%)であり、病期に差はないとされる³⁾。2022年のメタ解析⁴⁾では、2014-21年の全ステージのがん患者において、44.5%が痛みを有しており、その内30.6%が中等~重度の痛みであり、これらは過去の報告より痛みの有症率も重症度も下降していると報告している。また、これはガイドライン、薬剤、治療戦略などの最近の腫瘍学の発展が、疼痛の有病率や重症度に好影響を及ぼしている可

能性があると推察している。

2018年に改定されたWorld Health Organization (WHO) のがん疼痛マネジメントに関するガイドライン⁵⁾において、従来のWHO式がん疼痛治療法で掲げられた3段階鎮痛ラダーが削除され、5原則が4原則になったことは、がん治療、緩和ケア領域においては広く浸透しつつある(表1)。これは痛みの治療アプローチの多様化と個別化医療が進んだ結果、「患者ごとに」「そのうえで細かい配慮を」の原則が重視されたことによると考えられる。

また、痛みはそのメカニズムから、侵害受容性疼痛(nociceptive pain)、神経障害性疼痛(neuropathic pain)、痛覚変調性疼痛(nociplastic pain)に分類される。侵害受容性疼痛は更に体性痛と内臓痛に分類され、それぞれ71%、34%、神経障害性疼痛は39%の有症率とされるが、それぞれ純粋に分類できるものだけでな

表1 WHOがん疼痛がんガイドライン内がん疼痛マネジメントの基本原則(文献本文より日本語訳の上、表として作成)

1.	がん疼痛マネジメントのゴールは、生活の質(Quality of Life: QOL)が許容できる範囲まで痛みを軽減させることである
2.	痛みを包括的に評価し、定期的に再評価する
3.	患者、医療者、介護者、社会の安全が保障される
4.	がん疼痛マネジメントには薬物療法の他に、心理社会的またスピリチュアルケアも含む
5.	オピオイドを含む鎮痛薬は、いずれの地域でも入手できるべきである
6.	鎮痛薬投与は下記が推奨される <ul style="list-style-type: none"> ・経口的に ・時間を決めて ・患者ごとに ・細かい配慮をもって
7.	がん疼痛マネジメントはがん治療の一部として考える

く、混合している場合も多い³⁾。神経障害性疼痛やその要素が含まれるものは、痛みが長期化しやすく、コントロールに難渋することもしばしば遭遇する。痛覚変調性疼痛とは、国際疼痛学会 (International Association for Study of Pain: IASP) が、痛みの機構的記述に関する第三の分類「the third mechanistic descriptor of pain」として提唱した nociceptive pain の日本語訳として、日本痛み関連学会連合が掲げた名称である⁶⁾。IASP の原文解説として、「侵害受容の変化によって生じる痛みであり、末梢の侵害受容体の活性化をひきおこす組織損傷またはそのおそれがある明白な証拠、あるいは、痛みをひきおこす体性感覚系の疾患や障害の証拠、がないにもかかわらず生じる痛み」と記載されている⁶⁾。すなわち、侵害受容性疼痛とも神経障害性疼痛とも診断がつかないが、痛みがある状態を指す。以前は心因性疼痛という言葉が存在したが、文字通り心や精神が原因としてとらえられることが多く、その本質をとらえていなかった。痛覚変調性疼痛の機序は解明されていないが、有力とされているのは中枢性感作の関与である⁷⁾。中枢性感作は痛みの刺激以上に侵害受容ニューロンが興奮し、痛みの感受性が可塑的に上昇する現象で、心理社会的な影響を受けやすい。よって、純粋に薬物療法だけではなく、非薬物療法を含めた多面的な痛み治療のアプローチが必要となる。

それはすなわち、緩和ケア領域において、Cicely Saunders の提唱した全人的苦痛⁸⁾⁹⁾の身体的苦痛、精神的苦痛、心理社会的苦痛、スピリチュアルペインが相互に関連しあい、多職種が多方面からアセスメントと対応を行う必要性があることとつながっている。

本学では附属病院内に疼痛緩和医療部を有し、部内にはがん治療の各科医師、緩和ケア科医師、精神科医師、放射線科医師、緩和ケア専門・認定看護師、薬剤師、公認心理師が所属している。治療医や看護師より随時介入依頼を受け、緩和ケアチームとして診療を行い、定期的に緩和ケアカンファレンスを開催することで、多職種による検討、緩和ケア介入を常時行っている。

また、病院全体で入院外来問わず、患者報告型アウトカム尺度 (Patient Reported Outcome Measure: PROs) である Intergrated Palliative Care Outcome Scale (IPOS)¹⁰⁾を定期的に患者に聴取している。IPOS の内容は、痛みや呼吸困難などの身体的苦痛の項目の他に、つらさに対する開かれた質問や、病気や治療のことについて医療者から説明がなされているか、心配なことはあるかなど、精神・心理社会的苦痛、更には Advance Care Planning (ACP) につながる質問項目が含まれている。さらに疼痛緩和医療部内でこの IPOS が高得点で重症度が高い症例を拾い上げるシステムを構築し、前述の緩和ケアカンファレンスで検討することによって、医療者が過小評価している、あるいは見逃している可能性のある患者の苦痛をいち早く問題可視化することが可能となっている。

がんサバイバーの痛み

がん治療はこの 20 余年で格段な進歩を遂げた。がん領域の分子標的薬として 2001 年にイマチニブが本邦で最初に発売されたことを皮切りに、現在 160 を超えるがん領域の分子標的薬が存在する。また、免疫チェックポイント阻害薬として、2014 年にニボルマブが世界に先駆けて本邦で発売され、その適応が拡大すると共に、現在 8 種類の免疫チェックポイント阻害薬が保険診療に使用できる。更には、抗体薬物複合体 (Antibody-Drug Conjugate: ADC) や次世代シーケンシング (Next-Generation Sequencing: NGS) の発展も相まって、がん治療の選択肢が飛躍的に増加した。これに伴い、がん患者の生存率も大幅に増加しており、全国がん登録の最新のデータでは 1993-6 年に診断された患者の 5 年生存率が 53.2%であったのに対し、2009-11 年診断患者の 5 年生存率が 64.1%となっている¹¹⁾。

がんサバイバーとはがんと診断されたすべての人を意味する。がん治療の種類が増加し、生存率が向上している現在、がんサバイバーも増加傾向にある。中でも、がんサバイバーの慢性疼痛が昨今の話題となっている。WHO が 2018

年に改定した国際疾病分類（International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems: ICD-11）において、慢性がん関連痛（chronic cancer-related pain）という項目が新たに追加された。これには原発性がん自体またはその転移による慢性がん性疼痛とその治療による慢性がん治療後疼痛が含まれる。前者はさらに慢性がん内臓痛、慢性がん骨痛、慢性神経障害性疼痛に分類され、後者は慢性化学療法後疼痛、慢性放射線治療後疼痛、慢性がん術後痛に分類される¹²⁾。

2023年9月には、日本ペインクリニック学会よりがんサバイバーの慢性疼痛治療に関するステートメント¹³⁾が発表された。この背景には、本邦はオピオイド鎮痛薬の管理に関する厳しい規制がある中、オピオイド鎮痛薬の不適切使用が一定の割合で存在し、そのリスク因子のひとつにがん患者のがん疼痛及びがん治療後の疼痛に対するオピオイド鎮痛薬使用が挙げられると報告された¹⁴⁾ことに寄与する。このステートメントでは、慢性がん治療後疼痛は非がん性慢性疼痛と同じ薬物療法マネジメントをすることを推奨している。すなわち、非オピオイド鎮痛薬や鎮痛補助薬の使用、オピオイド鎮痛薬は経口モルヒネ換算60mg/日まで（上限90mg/日まで）・可能な限り3か月未満の使用・レスキューは極力使用しない、心理療法やセルフマネジメントをはじめとした非薬物療法の積極的な使用を推奨している。

がんサバイバーの慢性疼痛は長期化した複雑な痛みであることが多く、疼痛コントロールに

難渋することもしばしばあるが、がん患者の痛みについてその原因や種類、患者の予後などを細やかにアセスメントし、目標設定を医療者と患者で共有し、薬物療法と非薬物療法をうまく組み合わせることで痛みの治療方針を決定することが重要であると考えられる。

難治性がん疼痛の 患者連携に関する我々の取り組み

2022年8月1日に厚生労働省より「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」が通達された¹⁵⁾。この中で、地域がん診療連携拠点病院の指定要件として、疼痛緩和のための専門的な治療の提供体制等について、表2に記載する項目を確保するように明記されている。これはがん疼痛に対する放射線治療においても同様に述べられている。

神経ブロックの必要性について、Teiらは国内多施設調査において、がん患者の3.8%に神経ブロックが施行されていると報告した¹⁶⁾。またUeharaらは疼痛専門医やインターベンショナル治療専門医への調査を行い、がん疼痛に対する神経ブロックがわずかに年間1500件にとどまり、このTeiの報告を引用して難治性がん疼痛のため神経ブロックが必要な患者が十分に神経ブロックを受けられていない現状が存在すると結論付けている¹⁷⁾。

その背景には、がん疼痛に対する神経ブロックが施行可能な施設は全国で限られており、一般病院との連携が不十分である現状がある。その理由として、患者の障壁（病状の悪化、他院

表2 2022年8月1日厚生労働省より「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」 地域がん診療連携拠点病院の指定要件として、疼痛緩和のための専門的な治療の提供体制等について

- 自施設における麻酔科医等との連携等の対応方針を定めていること。
- 自施設で実施が困難なために、外部の医療機関と連携して実施する場合には、その詳細な連携体制を確認しておくこと。
- ホームページ等で、神経ブロック等の自施設における実施状況や連携医療機関名等、その実施体制についてわかりやすく公表していること。

がん疼痛に対する神経ブロックを 相談できる病院

#2024.11.1現在

京都府版

現在、当サイトで掲載しているのは他施設からの紹介を受け入れている病院です。このほか、自施設の患者さんに対して神経ブロックを行っている病院もあります。

まずは、お知りつきの病院へご相談ください。

KYOTO CITY

- 市立福和山市民病院
- 京都府立医科大学附属病院
- 京都大学医学部附属病院
- 京都府立医科大学附属病院
- 京都第一赤十字病院
- 京都市立病院
- 医療法人社団済和会済和会豊原病院

お問い合わせ

「がん難治性疼痛に対する神経ブロックに適切なかどうか分からない」など、医療者からのお問い合わせにメールでの相談受付を開始しました。

神経ブロック相談@京府

メールで相談

— お問い合わせ —

- ・本文に、お名前のご氏名・ご所属をご記入ください。（匿名の場合、ご回答できません）
- ・患者さんの個人情報にご配慮ください。また、Web上の相談にのりますので、その旨を患者さんに了承を頂上で、ご相談ください。
- ・ご回答は4～5営業日以内に行います。
- ・こちらは相談受付のみです。紹介は、別途地域連携を通じて申し込みください。

相談先：京都府立医科大学附属病院/京都市立病院/済和会豊原病院/京都第一赤十字病院

メールでの相談受付について PDFパンフレットはこちら

相談可能病院一覧

※患者様からの直接の依頼は受け付けません。医療機関を通じてご依頼ください。

京都府立医科大学附属病院	腹腔神経ブロック/下胸腹神経ブロック/上下肢神経ブロック/不対神経ブロック/三叉神経中脳ブロック/三叉神経末梢ブロック/神経痛ブロック/アナルブロック/膀胱外ブロック/骨髄/股下神経痛/坐骨神経痛/神経痛	地域連携センター お問い合わせ	相談HP
京都大学医学部附属病院	三叉神経末梢ブロック/神経痛ブロック/アナルブロック/膀胱外ブロック	地域連携センター お問い合わせ	相談HP
京都第二赤十字病院	腹腔神経ブロック	地域連携センター・入退院支援 お問い合わせ	相談HP
京都市立病院	腹腔神経ブロック/下胸腹神経ブロック/上下肢神経ブロック/不対神経ブロック/神経痛ブロック/アナルブロック/膀胱外ブロック/骨髄/股下神経痛/仙骨後神経ブロック/神経痛	地域連携センター お問い合わせ	相談HP
市立福和山市民病院	腹腔神経ブロック/下胸腹神経ブロック/上下肢神経ブロック/不対神経ブロック/三叉神経中脳ブロック/骨髄/股下神経痛	がん相談支援センター お問い合わせ	相談HP
医療法人社団済和会済和会豊原病院	腹腔神経ブロック/下胸腹神経ブロック/上下肢神経ブロック/不対神経ブロック/神経痛ブロック/アナルブロック/膀胱外ブロック/骨髄/股下神経痛	地域連携センター お問い合わせ	相談HP

医療者向けパンフレットはこちら (2024.11.1現在)

京都府版 全国版

COPYRIGHT © 2023 京府医大. ALL RIGHTS RESERVED.

図1 ホームページ がん疼痛に対する神経ブロックを相談できる病院 京都府版

に通院できる ADL ではない), 紹介元の障壁(神経ブロックの適応を知らない, どこに紹介していいかわからない), 連携の障壁(紹介先でどのように神経ブロックをしているかわからない, 紹介しても断られる可能性を考え紹介を躊躇してしまう) など, 様々な問題が挙げられる。

そこで我々は, 京都市内 4 施設に所属する 6 名のペインクリニック専門医, 緩和医療専門医が中心となり, 京都府におけるがん疼痛に対する神経ブロックの連携強化事業を開始した。京都府下の都道府県がん診療連携拠点病院, 地域がん診療連携拠点病院, 地域がん診療連携拠点病院, 地域がん診療病棟の 21 施設に対し, がん疼痛に対しての神経ブロックの施行を, 地域連携を介して他院からの紹介を受けている 7 施設(現 6 施設)を調査で聞き取り, ホームページ(HP)に掲載した(図 1) [https://nbc-kyoto.jp/]。HP 内には, その施設名だけでなく, 各

施設で施行可能な神経ブロックの一覧と問い合わせ先を併記している。注意点として, 患者自身が HP から直接医療機関に連絡することがないように, まずはかかりつけの病院に相談する必要がある旨を記載した。

HP 掲載と同時に, 医療者向けのパンフレットを作製した(図 2) [https://nbc-kyoto.jp/pdf/info_pdf.pdf]。パンフレット内には, 痛みの部位や状況から推定される神経ブロックの一覧と, 神経ブロックを施行する際に必要な条件のリストを記載している。神経ブロックは薬物療法を試みても疼痛コントロールが難しい難治性がん疼痛に適応を検討される場合が多いが, 上腹部腫瘍による腹痛, 背部痛に対して適応となる腹腔神経叢ブロックに関しては様々な報告でその効果の高さが証明されており, 痛みの早期からの神経ブロック施行が推奨される¹⁸⁾ ことから, オピオイド鎮痛薬導入とともに腹腔神経

医療者向けパンフレット

つらいがん疼痛に神経ブロックの提案を

がん疼痛の種類によっては, 薬物療法と並行して神経ブロックを行うことで, 患者さんがより QOL の高い生活を送ることが望めます。
以下のような場面では神経ブロックの適応について専門施設への相談をお勧めします。

1 神経ブロックを考えるがん疼痛のおもな場面

痛みの部位や状況	施行できる可能性のある神経ブロック
上腹部の腫瘍による腹痛、背部痛	腹腔神経叢(脊髄神経)ブロック 持続腹腔外ブロック、腎臓くも膜下鎮痛法
骨腫瘍による下部腰痛、会陰部痛	上下肢神経ブロック、脊髄神経ブロック 持続腹腔外ブロック、腎臓くも膜下鎮痛法
会陰部・肛門部の痛み	脊髄神経ブロック、サドルブロック 持続腹腔外ブロック、腎臓くも膜下鎮痛法
三叉神経領域の痛み	三叉神経ブロック、三叉神経末梢ブロック
胸神経叢深部至上部上の痛み	胸神経叢ブロック、持続腹腔外ブロック、腎臓くも膜下鎮痛法
胸深部による痛み	神経根ブロック、持続腹腔外ブロック、腎臓くも膜下鎮痛法
肩位腫瘍神経痛(腫瘍部へのがんの転移・浸潤により、皮膚の温度が増し、患部で持続する下部の痛み)	神経根ブロック、持続腹腔外ブロック、腎臓くも膜下鎮痛法
オピオイドを服用しても疼痛が軽減されない(出血も含む)または副作用のためオピオイドが用量できない痛み	持続腹腔外ブロック、腎臓くも膜下鎮痛法

2 神経ブロック適応チェックリスト

- 痛みのコントロールに難渋している ※腹腔神経ブロックはオピオイド鎮痛薬導入とともに検討されるべきです。
- 上述の(神経ブロックを考えるがん疼痛のおもな場面)の痛みに当てはまりそうである ※判断がつかない場合は専門施設へご相談ください。
- 出血・凝固機能障害がない (血小板>10万/Lかつ PT・APTTが正常である, または化学療法などで一時的に血小板減少をきたしているが, 一旦化学療法を中止し, 改善を待つことが可能である)
- 抗血小板薬や抗凝固薬などを使用していない, または, 使用しているが一時的中断あるいは中止が可能である
- 30分程度の体位保持が可能である ※(体位例) サドルブロック-座位 三叉神経ブロック等-仰臥位 その他神経ブロック-腹臥位または側臥位

上記5つが当てはまる場合
神経ブロックが適応となる可能性が高いです。以下をご準備いただいた専門施設へご相談ください。

- ・診療情報提供書
- ・画像所見 (直近1か月程度のCT・MRI等)
- ・血液検査所見 (直近1か月以内の血小板・血液凝固検査を含む)
- ・化学療法などで血液データに変動がある場合は経過情報
- ・現在の処方(内服・注射・化学療法の内容を含む)

上記5項目全てが当てはまらなくても, 神経ブロックが可能な場合もあります。
痛みが強い場合や判断に迷う場合には専門施設までご相談ください。

Q&A

Q. 適応があるかどうかははっきりわからない場合はどうしたいですか?
A. 専門医に適応判断を相談することができます。まずは専門施設へお問い合わせください。

Q. 化学療法を行っている間でも神経ブロックはできますか?
A. 可能です。副作用の汎血球減少などが起こる期間があれば休薬期間を相談します。

Q. 放射線治療と並行して行えますか?
A. 骨腫瘍や強い炎症がなければ可能です。

Q. 鎮痛薬は減量できますか?
A. 痛みが緩和された場合には, 状況によって鎮痛薬の減量が可能となります。

Q. 効果はどのくらい持続しますか?
A. 神経ブロックの種類と症状により異なります。

Q. 現在入院中ですが神経ブロックを依頼することはできますか?
A. 一時的に転院して神経ブロックを行うこともあります。患者さんの状況によって異なりますので, 専門施設へご相談ください。

Q. 神経ブロックを行った後も, そのまま専門施設で継続診療してもらえますか?
A. 一時的に薬剤調整を行う場合がありますが, 神経ブロック後は原則として自施設での継続診療をお願いします。

Q. 神経ブロックを行った後も痛みが強い場合は再度相談できますか?
A. 可能です。再度ご相談ください。

1 京都市内のがん疼痛に対する神経ブロックが可能な専門施設の情報ページ

https://nbc-kyoto.jp/ 神経ブロック検索窓(キーワード)

【参考】
日本ペインクリニック学会IPトピックス https://www.jpcc.jp/jgikusei/igakusei_keyblock.html
がん性痛に対するインターベンショナル治療ガイドライン <https://www.jpcc.jp/Contents/public/kain guideline03.html>
厚生労働省 痛みへの対応について <https://www.mhw.go.jp/content/10960000/000948189.pdf>

作成) 京都府立医科大学附属病棟 疼痛・緩和ケア科 京都府立病院緩和ケア科 洛和会聖路閣病院緩和ケア科
 作製日) 2023年9月1日
 最終更新日) 2024年5月22日

図 2 医療者向けパンフレット つらいがん疼痛に神経ブロックの提案を

叢ブロックが検討されることが望ましいことを強調している。

上記、HPとパンフレットの併用で、がん疼痛に対して神経ブロックを考慮した際に、神経ブロックの適応、施行に関する条件、紹介先の施設が分かるようなシステムを開発した。これらの情報を京都府がん関連施設、京都ホスピス緩和ケア病棟連絡会所属施設へ情報提供し、更には京都府全体へ広がるように周知を継続している。

しかし冒頭にも述べたように、現在痛み治療に対して求められているのは個別化医療であり、周囲の施設から神経ブロックについて直接相談できるシステムが欲しいという声が届いた。現在の診療報酬制度では、患者本人が病院を受診しないと保険診療が成立しない状況であるが、がん疼痛のある患者が何度も診察のために他院に通院することは患者本人にとって困難

であることが容易に予想されるため、がん疼痛の神経ブロックに関するメール相談事業を2024年6月から開始した(図3) [https://nbc-pkyoto.jp/pdf/consult.pdf]。まず、がん疼痛に対して神経ブロックが適応ではないかと考えた医師が、当方にメール送付を行う。メールの内容として、患者背景、疾患、痛みの状況、ADL、薬物療法の経過、血液検査・画像検査の所見などを提示いただく。メール相談を行う際は必ず患者に同意を取り、個人情報に十分注意を払うよう依頼している。セキュリティの問題から画像送付は行っていない。メールを受け取った4施設6名の医師で検討し、神経ブロックの適応、施行可能な施設、外来での施行もしくは入院での施行であれば必要な入院期間などを返答する。神経ブロックが適応ではないと判断された場合は、その旨を返答する。開始して半年間に6件の相談があり、うち4件が神経ブロック施行までつなげることができた。この短期間で確実に成績を上げられた理由として、本事業の各医師が自身で神経ブロックを施行できる技術と各自の施設で施行する責任を有していることが挙げられる。

これら3つの事業はがん疼痛に対する神経ブロックの連携強化事業であるが、広い意味では京都府という地域における難治性がん疼痛の相談事業であり、京都府の施設間が線と線ではなく、面でつながる試みである。今後も周知を広げ、連携を更に強化していきたいと考える。

謝 辞

神経ブロック連携強化事業を共に取り組んでおり、本稿にもその取り組みを紹介させていただいた、京都市立病院緩和ケア科 大西佳子先生、洛和会音羽病院緩和ケア内科 山代亜紀子先生、京都第一赤十字病院緩和ケア内科 谷口彩乃先生にこの場をお借りして感謝を申し上げます。

開示すべき潜在的利益相反状態はない。

がん難治性疼痛に対する神経ブロック
適応がどうか分からない・・・

メールでの相談受付を
始めました!

神経ブロック相談@京都
block.consult.kyoto@gmail.com

※お願い※

- ・ 本文に、依頼者のご氏名・ご所属をご記入ください。(匿名の場合、ご回答できかねます)
- ・ 患者さんの個人情報にご配慮ください。また、web上の相談になりますので、その旨を患者さんに了承を得た上で、ご相談ください。
- ・ ご回答は3-5営業日以内に行います。
- ・ こちらは相談受付のみです。紹介は、別途地域連携を通してお申し込みください。

相談先：京都市立医科大学附属病院
京都市立病院
洛和会音羽病院
京都第一赤十字病院

図3 メール相談事業リーフレット

文 献

- 1) 国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計」(全国がん登録) URL: [https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fganjoho.jp%2Freg_stat%2Fstatistics%2Fdata%2Fd1%2Fexcel%2Fcancer_incidenceNCR \(2016-2020\).xls&wdOrigin=BROWSELINK](https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fganjoho.jp%2Freg_stat%2Fstatistics%2Fdata%2Fd1%2Fexcel%2Fcancer_incidenceNCR%20(2016-2020).xls&wdOrigin=BROWSELINK) [2024年12月25日最終閲覧]
- 2) Nguyen PT, Saito E, Katanoda K. Long-Term Projections of Cancer Incidence and Mortality in Japan and Decomposition Analysis of Changes in Cancer Burden, 2020-2054: An Empirical Validation Approach. *Cancers*, 14: 6076, 2022.
- 3) 結束貴臣, 佐伯朋哉. がん疼痛. 日本緩和医療学会 [編集]. 専門家をめざす人のための緩和医療学改訂第3版. 東京: 株式会社南江堂, 55-77, 2024.
- 4) Snijders RAH, Brom L, Theunissen M, Everdingen MHJB. Update on Prevalence of Pain in Patients with Cancer 2022: A Systematic Literature Review and Meta-Analysis. *Cancers*, 15: 591, 2023.
- 5) WHO. WHO GUIDELINES FOR THE PHARMACOLOGICAL AND RADIOTHERAPEUTIC MANAGEMENT OF CANCER PAIN IN ADULTS AND ADOLESCENTS. URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/279700/9789241550390-eng.pdf?sequence=1> [最終閲覧: 2024年12月25日]
- 6) 日本痛み関連学会連合. Nociceptive pain の日本語訳について. URL: <https://upra-jpn.org/archives/432> [最終閲覧: 2024年12月25日]
- 7) 安野広三. 痛覚変調性疼痛の背景にあるメカニズムとその臨床的特徴についての検討. *Jpn J Psychosom Med*, 64: 415-419, 2024.
- 8) Saunders C. Introduction-‘History and Challenge’. Saunderson, Sykes N. *The Management of Terminal Malignant Disease*, 3rd ed. London: CRC Press, 1-14 1993.
- 9) Clark D. ‘Total pain’, disciplinary power and the body in the work of Cicely Saunders, 1958-67. *Soc Sci Med*, 49: 727-736, 1999.
- 10) Sakurai H, Miyashita M, Imai K, Miyamoto S, Otani H, Oishi A, Kizawa Y, Matsushima E. Validation of the Integrated Palliative care Outcome Scale (IPOS)- Japanese Version. *Jpn J Clin Oncol*, 49: 257-262, 2019.
- 11) 全国がん罹患モニタリング集計 2009-2011年生存率報告 (国立研究開発法人国立がん研究センターがん対策情報センター, 2020). 独立行政法人国立がん研究センターがん研究開発費「地域がん登録精度向上と活用に関する研究」平成22年度報告書. URL: [https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fganjoho.jp%2Freg_stat%2Fstatistics%2Fdata%2Fd1%2Fexcel%2Fcancer_survival \(1993-2011\).xls&wdOrigin=BROWSELINK](https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fganjoho.jp%2Freg_stat%2Fstatistics%2Fdata%2Fd1%2Fexcel%2Fcancer_survival%20(1993-2011).xls&wdOrigin=BROWSELINK) [最終閲覧: 2024年12月25日]
- 12) Bennett M, Kaasa S, Barke A, Korwisi B, Riel W, Treede RD; IASP Taskforce for the Classification of Chronic Pain. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic cancer-related pain. *PAIN*, 160: 38-44, 2019.
- 13) 一般社団法人 日本ペインクリニック学会 がんサバイバーの慢性疼痛診療ワーキンググループ (編集). がんサバイバーの慢性疼痛治療に関するステートメント. URL: https://www.jspc.gr.jp/Contents/public/pdf/statement_02.pdf [最終閲覧: 2025年12月25日]
- 14) Takasusuki T, Hayashi S, Koretala Y, Yamaguchi S. Prevalence of and Risk Factors for Prescription Opioid Misuse, Abuse, Diversion and Doctor Shopping in Japan: A Survey Study. *Pain Ther*, 11: 987-1009, 2022.
- 15) 厚生労働省. がん診療連携拠点病院等の整備について [厚生労働省健康局 健発0801第16号 令和4年8月1日]. URL: <https://www.mhlw.go.jp/content/000972176.pdf> [最終閲覧: 2025年12月25日]
- 16) Tei Y, Morita T, Nakaho T, Takigawa C, Higuchi A, Suga A, Tajima T, Ikenaga M, Higuchi H, Shimoyama N, Fujimoto M. Treatment efficacy of neural blockade in specialized palliative care services in Japan: a multicenter audit survey. *J Pain Symptom Manage*, 36: 461-467, 2008.
- 17) Uehara Y, Matsumoto Y, Kosugi T, Sone M, Nakamura N, Mizushima A, Miyashita M, Morita T, Yamaguchi T, Satomi E. Availability of and factors related to interventional procedures for refractory pain in patients with cancer: a nationwide survey. *BMC Palliat Care*, 21: 166, 2022.
- 18) 腹腔神経叢 (内蔵) ブロック. インターベンシヨナル治療ガイドライン 非がん性疼痛とがん性疼痛. (編) 日本ペインクリニック学会 インターベンシヨナル痛み治療ガイドライン作成ワーキンググループ. 東京: 株式会社文光堂, 160-164, 2024.

著者プロフィール



大屋 里奈 Rina Oya

所属・職：京都府立医科大学麻酔科学教室・病院助教

略 歴：2008年 名古屋大学医学部医学科 卒業

2008～2010年 高槻病院 初期臨床研修

2010～2013年 京都第一赤十字病院 麻酔科

2013～2016年 大阪労災病院 麻酔科

2016～2017年 京都府立医科大学 麻酔科学教室

2017年 京都第二赤十字病院 麻酔科

2017年～ 京都府立医科大学 疼痛・緩和医療学教室

2019～2024年 京都府立医科大学 大学院医学研究科

がんプロフェッショナル養成専門コース 包括的緩和医療学専攻

2024年 京都府立医科大学 麻酔科学教室

専門分野：緩和ケア，ペインクリニック，麻酔。

- 主な業績：1. Oya R, Ogawa S, Oya K, Hirakawa Y, Maeda C, Amaya F. Prevalence of preoperative opioid usage and its impact on postoperative outcomes: a retrospective cohort study. *J Anesth*, **37**: 532-538, 2023.
2. Shimomura M, Okada S, Furuya T, Oya R, Hirakawa Y, Amaya F, Inoue M. Short-term outcomes of robotic subxiphoid-optical thymectomy. *Surg Today*, doi: 10.1007/s00595-024-02887-x, 2024.
3. 大屋里奈, 小川 覚, 上野博司, 天谷文昌. 緩和ケア研修会の web 開催を経験して. *ペインクリニック*, **44**: 406-408, 2023.
4. 堀江里奈, 山代亜紀子, 深澤圭太, 天谷文昌. 抗精神病薬が原因で発症したジストニアにより複雑化した顔面痛の1症例. *ペインクリニック*, **40**: 1225-1228, 2019.
5. 堀江里奈, 天谷文昌, 川口顕, 岡林志帆子, 佐和貞治. フォンタン術後妊婦の帝王切開麻酔症例. *麻酔*, **68**: 593-595, 2019.
6. 堀江里奈, 藤井 崇, 旭爪章統, 山下 淳, 寺井岳三. 術前より肺塞栓を来した下大静脈腫瘍塞栓症を伴う腎悪性腫瘍手術の麻酔経験. *大阪労災病院医学雑誌*, **38**: 14-17, 2015.
7. 大屋里奈, 天谷文昌. 5章 オピオイド 5.1 総論. *臨床麻酔薬理学書*. 143-148, 2023.
8. 大屋里奈. 症例ライブラリー；術後慢性痛のリスクをどう低減するか. *LiSA*, **31**: 936-940, 2024.
9. 大屋（堀江）里奈, 天谷文昌. 6 術前オピオイド使用患者の術後鎮痛. *LiSA*, **29**: 37-41, 2022.
10. 堀江里奈, 天谷文昌. オピオイド使用患者の周術期管理 素朴な疑問に答えます. *LiSA*, **27**: 1278-1282, 2020.
11. 堀江里奈, 天谷文昌. 26 長期オピオイド使用患者. PART2 術前合併症アップデート. 周術期管理. *LiSA*, **27** (別冊秋): 163-167, 2020.
12. 堀江里奈, 細川豊史. 終末期医療の未来展望. *診断と治療*, **107**: 1269-1272, 2019.
13. 堀江里奈. 症例カンファレンス；活動性肺炎を合併した大腸イレウス；PLAN 3 リスクある中で、最善の方法を. *LiSA*, **26**: 23-26, 2019.