

# WHOの がん疼痛 ガイドライン の改訂



教授 宮下光令  
東北大学大学院 医学系研究科  
保健学専攻 緩和ケア看護学分野

1994年3月東京大学医学部保健学科卒業。臨床を経験した後、東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻助手・講師を経て、2009年10月東北大学大学院医学系研究科保健学専攻緩和ケア看護学分野教授。専門は緩和ケアの質の評価。

本誌の前身『オンコロジー・ナーシング』のころから7年間にわたって連載した「注目！がん看護における最新エビデンス」がWEBに移行することになったので、これを機に若手に場所を譲ることにした。うれしいことに編集部から最新のトピックスなど自由な連載を執筆しないかとお誘いいただいた。

この数年の緩和ケア領域における最も大きなトピックは、WHOのがん疼痛ガイドライン<sup>1)</sup>の改訂だと思う（COVID-19を除けば）。35年前の1986年に出された初代ガイドライン「がんの痛みからの解放」では「WHOによる緩和ケアの定義」が明記され「WHO方式がん疼痛治療法」など、我々のバイブルであった。これが2018年に大幅に改訂された。これまでのガイドラインは専門家の意見によるものであったが、今回の改訂は、これまでに蓄積されたがん疼痛治療のエビデンスを基に作成されたことがポイントである。筆者の過去の連載で取り上げた、いくつかの重要な知見が反映されていることは、この7年間で振り返る意味でも懐かしく、今回紹介することにした。

ガイドラインは7つの基本原則と推奨で構成されている。まず7つの基本原則について、表1に示した。本質は変わっていないが、大きな違いは原則6にある。これはWHO方式がん疼痛治療法と呼ばれ、かつては5つの項目から構成されていたが、今回は4つになった。省かれたのは「除痛ラダー」である。かつて、疼痛に関する講義では必須事項であった非オピオイドから開始し、弱オピオイドを追加、強オピオイドにスイッチするという、この除痛ラダーが削除された。これは連載第18回「ステップ2の弱オピオイドは必要か？」（本誌Vol.1, No.3）で紹介した、トラマドールより低用量モルヒネの方が除痛効果に優れているという知見に基づく。ガイドラインをよく読むと、「除痛ラダーは教育のためのツールとしては今後も有用であるが、がん疼痛治療の厳密なルールではない」と書かれている。除痛ラダー自体が完全に否定されたわけではないが、患者の痛みの状況をよくアセスメントし、除痛ラダーにこだわりすぎない、その患者に最適な疼痛治療を選択すべきということである。ちなみに原則7は（以前のガイドラインでも示されていたことではあるが）、連載第1回「早期からの緩和ケアは生存期間を延長する可能性がある」（オンコロジーナース, Vol.7, No.5）、第19回「早期からの緩和ケアに関するランダム化試験の系統的レビュー」（本誌, Vol.1, No.4）などが反映されている。

ガイドラインの「推奨」に関して、ポイントを表2に示す。ここでは過去の研究成果がレビューされ、エビデンスに基づく推奨がなされた。ここでは連載第14回「オピオイドの種類によって効果と副作用は違うのか？」（オンコロジーナース, Vol.10, No.2）、第31回「オピオイドスイッ

表1 WHOがん疼痛ガイドライン7つの基本原則

- 原則1 疼痛治療の目標：患者にとって許容可能な生活の質を維持できるレベルまで痛みを軽減する。
- 原則2 包括的な評価：がん疼痛マネジメントの最初のステップは常に、患者を評価することである。
- 原則3 安全性の保障：がん医療におけるオピオイドの適切かつ効果的な管理は、患者の安全の確保と社会の薬物乱用のリスクを減らすために不可欠である。
- 原則4 がん疼痛マネジメントは薬物療法だけでなく、心理社会的および精神的ケアも含まれる。
- 原則5 オピオイドを含む鎮痛薬はいずれの国でも使用できるべきである。
- 原則6 鎮痛薬は、「経口的に」「時間を決めて」「患者ごとに」「細かい配慮をもって」投与する。
- 原則7 がん疼痛治療は、がん治療の一部として考えられる：終末期であるかどうかに関係なく、がん治療の計画に統合されるべきである。

表2 ガイドライン「推奨」のポイント（エビデンスに基づく推奨ではなく、ベスト・プラクティスと書かれたものも含む）

- ・疼痛治療は必ずしも非オピオイドから開始されなくてよい。必要であればオピオイドを最初から単独もしくは併用してよい。
- ・オピオイドの選択にあたり、どのオピオイドが最もよいというエビデンスはない。
- ・オピオイドスイッチングの有効性に関してはエビデンスがない（だからスイッチングには意味がないということではなく、エビデンスを求めるなら研究をするべき）。
- ・徐放性オピオイドを用いるか、速放性オピオイドを（1日6回などで）用いるかによって鎮痛効果に差はなく、患者の状況に応じて選択すればよい。
- ・突出痛に関してはレスキュー投与が有効であり、すべての患者で速放性オピオイドが準備されるべきである。
- ・経口・経皮投与ができない時には、皮下投与が勧められる。
- ・ステロイドが有効な疼痛にはステロイドが、骨転移にはビスフォスフォネートや放射線治療が推奨される。一方、抗うつ薬や抗けいれん薬に関しては、十分なエビデンスがない。

チングの有効性」(本誌, Vol.3, No.5)などが反映されている。

この新ガイドラインは日本緩和医療学会による『がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン2020年版』<sup>2)</sup>にも反映されており、また、最近では書籍<sup>3)</sup>や雑誌の特集<sup>4)</sup>も取り上げられているので参考にされたい。

今回紹介した過去の連載は、筆者の個人WEBサイト (<http://plaza.umin.ac.jp/~miya/>) の「雑多」というコーナーにて閲覧可能である。筆者の連載を読んだ人は、新ガイドラインを先取りできたことになる。若手によるWEB連載に移行したが、紹介論文の選定や原稿作成には私もかかわっているの、ぜひ目を通してほしい。そして、本連載でも今後の役に立つ旬なレポートをしていきたい。

#### 引用・参考文献

- 1) World Health Organization, WHO Guidelines for the pharmacological and radiotherapeutic management of cancer pain in adults and adolescents, 2018.
- 2) 日本緩和医療学会緩和医療ガイドライン作成委員会：がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン（2020年版），金原出版，2020.
- 3) 木澤義之，塩川満，鈴木勉（監修）WHO ガイドライン 成人・青年における薬物療法・放射線治療によるがん疼痛マネジメント，金原出版，2021.
- 4) 特集「WHOがん疼痛ガイドライン大きく改訂!!!」，緩和ケア，Vol.31, No.1, P.5～62, 2021.