

2 福保健薬第 2802 号
令和 2 年 11 月 13 日

一般社団法人東京都病院薬剤師会会長 殿

東京都福祉保健局健康安全部長
(公 印 省 略)

オキシコドン塩酸塩水和物徐放製剤の使用に
当たっての留意事項について (通知)

日頃から、東京都の福祉保健行政に御協力いただきありがとうございます。

今般、標記の件について、令和 2 年 10 月 29 日付薬生総発 1029 第 1 号、薬生薬
審発 1029 第 1 号、薬生安発 1029 第 1 号、薬生監麻発 1029 第 1 号により、厚
生労働省医薬・生活衛生局総務課長、医薬品審査管理課長、医薬安全対策課長及び監視
指導・麻薬対策課長から別添のとおり通知がありました。

つきましては、本件について、貴会会員へ周知いただきますようお願いいたします。
なお、都内各病院管理者に対し、別途通知済みであることを申し添えます。

<問合せ先>

東京都福祉保健局健康安全部
薬務課麻薬対策担当

電話番号：03-5320-4505

薬生総発 1029 第 1 号
薬生薬審発 1029 第 1 号
薬生安発 1029 第 1 号
薬生監麻発 1029 第 1 号
令和 2 年 10 月 29 日

各

都	道	府	県		
保	健	所	設	置	市
特	別	区			

 衛生主管部（局）長殿

厚生労働省医薬・生活衛生局総務課長
（公 印 省 略）

厚生労働省医薬・生活衛生局医薬品審査管理課長
（公 印 省 略）

厚生労働省医薬・生活衛生局医薬安全対策課長
（公 印 省 略）

厚生労働省医薬・生活衛生局監視指導・麻薬対策課長
（公 印 省 略）

オキシコドン塩酸塩水和物徐放製剤の使用に当たっての留意事項について

オキシコドン塩酸塩水和物徐放製剤（販売名：オキシコンチン TR 錠 5 mg、同 TR 錠 10 mg、同 TR 錠 20 mg 及び同 TR 錠 40 mg。以下「本剤」という。）については、本日、「非オピオイド鎮痛薬又は他のオピオイド鎮痛薬で治療困難な中等度から高度の慢性疼痛における鎮痛」に係る効能・効果（以下「本効能」という。）を追加する承認事項一部変更承認を行ったところですが、承認条件が別紙のとおり付されたことから、その使用に当たっては、下記の点について留意されるよう、貴管下の医療機関及び薬局に対する周知をお願いします。

なお、本通知に示された本剤の適正な使用のための管理については、今後の状況や新たに得られる知見に鑑み、見直す可能性があります。

1 本剤の適正使用について

- (1) 本剤の効能・効果は、今回の承認事項一部変更承認によって、「中等度から高度の疼痛を伴う各種癌における鎮痛
非オピオイド鎮痛薬又は他のオピオイド鎮痛薬で治療困難な中等度から高度の慢性疼痛における鎮痛」
となること。
- (2) 本剤の使用に当たっては、あらかじめ添付文書の内容を理解し、その注意を遵守すること。
- (3) 本剤の適正な使用のための管理の基本は別添のとおりであり、その概要は以下のとおりであること。
慢性疼痛患者への処方・使用に当たっては、以下の手順に従うこと。
 - ① 医師は製造販売業者の提供する講習を受講
 - ② 製造販売業者は講習を修了した医師に対し当該医師専用の確認書を発行
 - ③ 医師及び患者は処方時に確認書に署名
 - ④ 確認書の一方を医療機関が保管し、もう一方を患者に交付
 - ⑤ 薬剤師は患者から麻薬処方せんとともに確認書の提示を受け調剤し、確認書の内容を説明の上、薬局で保管なお、確認書が確認できない場合には、別添の流れに従い、調剤の可否を判断
なお、癌性疼痛の患者に本剤を処方・使用するに当たっては、医師は講習の受講等は必要なく、確認書も交付されないこと。
- (4) 本効能で処方・調剤する際は、別添の流れに従って調剤まで行われるよう留意すること。
- (5) 使用実態下において本剤を慢性疼痛患者に投与したときの依存性に関連する有害事象の発現状況等を検討するために、製造販売業者が実施する製造販売後調査等について、貴管下の医療機関（薬局を含む）の協力を求めることとしたこと。
- (6) 本剤を処方する場合は、添付文書の使用上の注意等に十分に留意しつつ、本剤が麻薬及び向精神薬取締法（昭和 28 年法律第 14 号）上の麻薬であることを踏まえ、適正に処方・説明等を行うこと。特に、慢性疼痛については、原因となる器質的病変、心理的・社会的要因及び依存リスクを含めた包括的な診断を行い、学会のガイドライン等の最新の情報を参考に、本剤の投与の適否を慎重に判断すること。
- (7) 慢性疼痛を含む各種疼痛における薬剤の選択については、その適応、製剤学的特徴及び各種ガイドラインを考慮すること。
- (8) 本剤には依存や不適正使用を生じる潜在的なリスクがあることから、特に、本剤の慢性疼痛への処方に当たっては、本剤の使用以外に有効な鎮痛の手段がないか、本剤の使用による治療目標の設定が妥当

であるか、医師等の指示に従って適切に本剤を使用できる患者であるか、本剤の処方期間やその患者が本剤を使用開始した後の本剤の有効性・安全性・適正使用の再評価の時期があらかじめ設定されているか等、本剤の安易な使用及び漫然とした投与、並びに不適正使用がなされないよう留意すること。

- (9) 製造販売業者に、本剤の出荷状況や使用症例数等の報告を求めることとしたこと。

2 本剤の適正な使用のための管理に関する周知事項について

- (1) 本剤については、上記1(3)の管理がなされること。
- (2) 上記1(3)①の講習の受講を希望する医師については、製造販売業者への問合せ等をお願いしたいこと。
- (3) 薬剤師は本剤を慢性疼痛患者に調剤する場合は、別添の流れに従い、調剤前に、上記1(3)①の講習を修了した医師が発行した確認書を確認すること。
- (4) 確認書の発行を確認できないことにより調剤を拒むことについては、薬剤師法(昭和35年法律第146号)第21条(調剤の求めに応じる義務)及び医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律施行規則(昭和36年厚生省令第1号)第11条の11の「正当な理由」に当たるものと解されること。

別紙

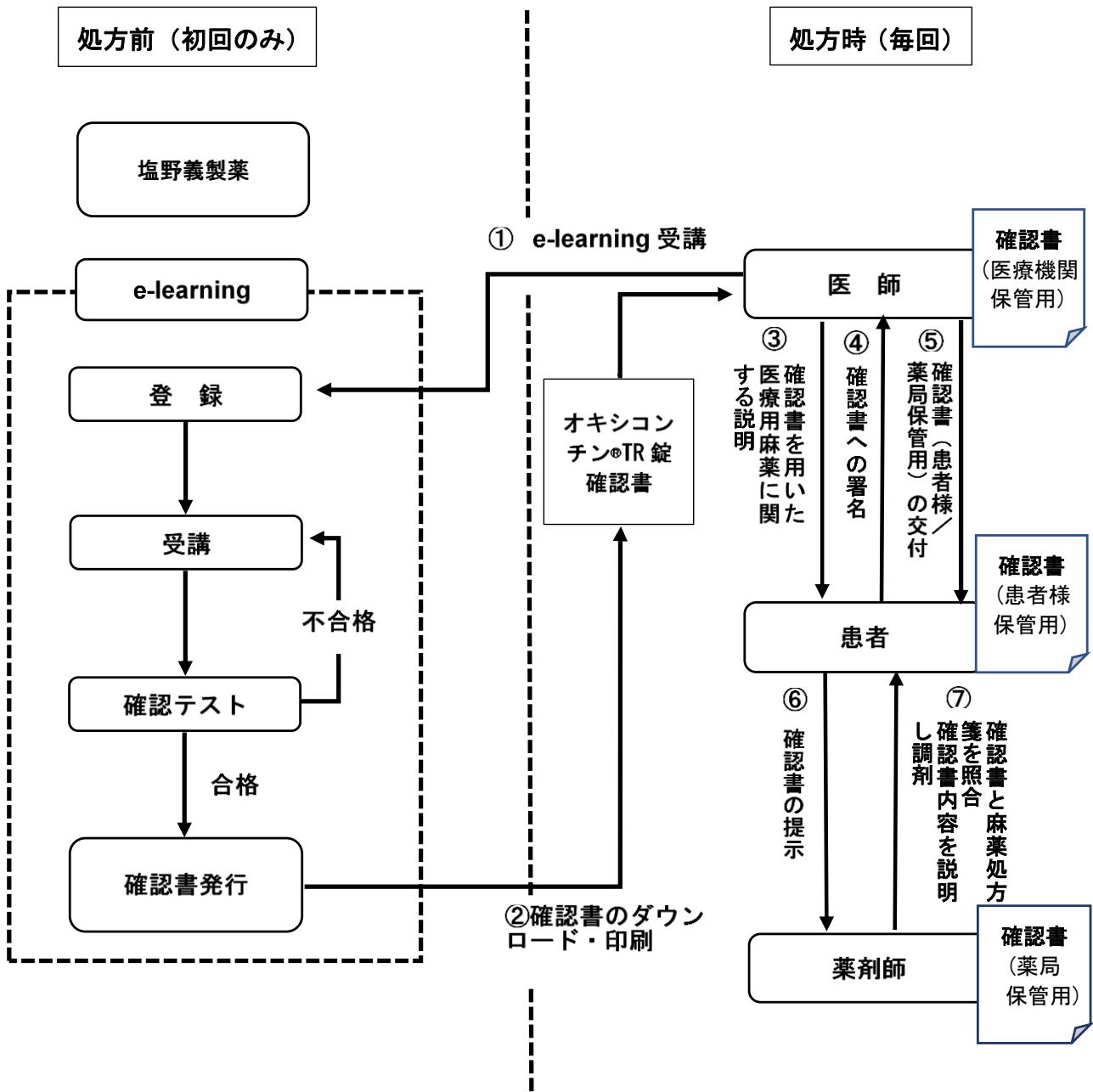
承認条件について

本剤の承認条件を以下のとおりとした。

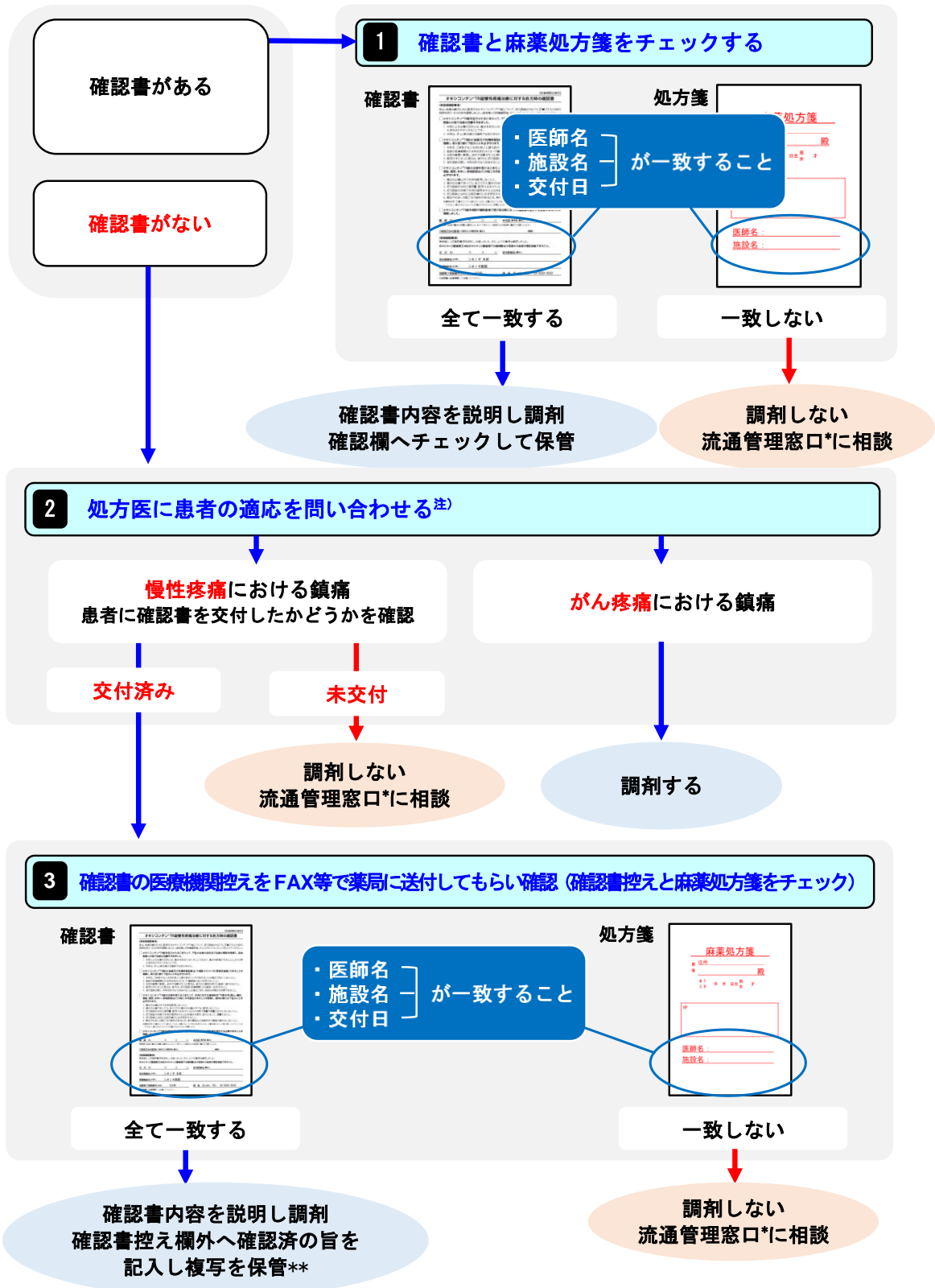
【承認条件】

新	旧
<u>1. 医薬品リスク管理計画を策定の上、適切に実施すること。</u>	(新設)
<u>2. 慢性疼痛の診断、治療に精通した医師によってのみ処方・使用されるとともに、本剤のリスク等についても十分に管理・説明できる医師・医療機関・管理薬剤師のいる薬局のもとでのみ用いられ、それら薬局においては調剤前に当該医師・医療機関を確認した上で調剤がなされるよう、製造販売にあたって必要な措置を講じること。</u>	(新設)

確認書を用いた管理体制の全体図



調剤までの流れ



* オキシコンチン TR 錠流通管理窓口

** 複写対応ができない場合には、流通管理窓口にご相談ください

注) 確認書がない場合、処方医への問い合わせ対応が原則必要であるが、「疼痛を伴う各種癌における鎮痛に対して、処方箋を交付されている患者」であることが判断できる場合は、処方医への問い合わせをせずに調剤することを可とする。

病院や調剤薬局で本剤の調剤を受ける際は、必ずこの確認書を提示してください。 【患者様保管用】

オキシコンチン®TR錠慢性疼痛治療に対する処方時の確認書

(患者様確認事項)

私は、疼痛治療のために服用するオキシコンチン®TR錠について、担当医師から以下に記載された内容の説明を受け、その内容を理解しました。

オキシコンチン®TR錠を処方されるにあたって、下記の治療の目的及び治療の期間を理解し、担当医師との間で治療の目標を決めました。

1. 本剤による治療の目的とは、痛みを完全になくすことではなく、痛みを軽減させることにより日常生活を送りやすくすることです。
2. 本剤は、ずっと飲み続ける薬剤ではありません。

オキシコンチン®TR錠は「麻薬及び向精神薬取締法」で規制されている「医療用麻薬」であることを理解し、取り扱う際に下記のことを必ず守ります。

1. 本剤を、ご家族や友人を含む他人に譲り渡すことや共有することは違法であり、しないこと。
2. 複数の医療機関から本剤を含むオピオイド類薬の処方を受けないこと。
3. 本剤を厳密に管理し、紛失や盗難が生じた場合は、速やかに調剤を受けた薬局へ届け出る。
4. 服用せずに余った場合は、速やかに担当医師（医療機関）又は薬局へ返却すること。
5. 海外渡航の際に、本剤を許可なく所持することは違法であり、特別な手続が必要であること。

オキシコンチン®TR錠の治療を受けるにあたって、本剤に対する薬物依存や副作用（嘔心・嘔吐、便秘、眩暈、めまい、呼吸抑制など）が起こる可能性があることを理解し、服用の際には下記のことを必ず守ります。

1. 痛みの治療以外で本剤を服用しないこと。
 2. 痛みの治療であっても、処方された痛みの治療以外では、服用しないこと。
 3. 担当医師が決めた服用量、服用方法を守り、自分の判断で増量や減量又は中止をしないこと。
 4. 担当医師の判断で本剤の服用を中止又は休薬する場合は、指示に従って、減量すること。
 5. 担当医師と決めた次回診察日に必ず受診すること。
 6. 眩暈やめまいが起こる可能性があるため、車の運転など危険を伴う機械の操作はしないこと。
- ※薬物依存・お薬をたくさん飲みたくなる、お薬がないと不安な気持ちになる、お薬を飲みたくて強く思いコントロールができていない、痛みがなくなってもお薬がやめられない状態になる。

オキシコンチン®TR錠を病院や調剤薬局で受け取る際には、この確認書を提示する必要があることを理解しました。

確認日: 年 月 日 お名前(患者様、署名):

患者様ご自身の署名が困難な場合には、本人了承の上、ご家族又は代諾者の署名をお願いします。

ご家族又は代諾者(ご家族又は代諾者様、署名): (被刷)

(医師確認事項)

患者様以上に確認事項を説明し、合意しました。また、以下の事項も確認しました。

非オピオイド鎮痛薬又は他のオピオイド鎮痛薬で治療困難な中等度から高度の慢性疼痛であること。

交付日: 年 月 日 担当医師名(署名):

担当医師名(印字): シオノギ 太郎

医療施設名(印字): シオノギ 医院

受講修了医師番号(印字): 12345 連絡先(印字): TEL: XX-XXXX-XXXX

本確認書は、次回診察時まで、患者様が保管してください。

(薬剤師確認事項)

患者様(確認事項)に「オキシコンチン®TR錠慢性疼痛治療に対する処方時の確認書」の内容を説明し、ご理解いただきました。

薬剤師 確認日: 年 月 日

担当医師名(印字): シオノギ 太郎

医療施設名(印字): シオノギ 医院

受講修了医師番号(印字): 12345 連絡先(印字): TEL: XX-XXXX-XXXX

本確認書は、次回診察時まで、患者様が保管してください。

【薬局保管用】

オキシコンチン®TR錠慢性疼痛治療に対する処方時の確認書

【医療機関保管用】

オキシコンチン®TR錠慢性疼痛治療に対する処方時の確認書

(患者様確認事項)

私は、疼痛治療のために服用するオキシコンチン®TR錠について、担当医師から以下に記載された内容の説明を受け、その内容を理解しました。(患者様との同意確認後、チェックボックスにチェックを入れてください)

オキシコンチン®TR錠を処方されるにあたって、下記の治療の目的及び治療の期間を理解し、担当医師との間で治療の目標を決めました。

1. 本剤による治療の目的とは、痛みを完全になくすことではなく、痛みを軽減させることにより日常生活を送りやすくすることです。
2. 本剤は、ずっと飲み続ける薬剤ではありません。

オキシコンチン®TR錠は「麻薬及び向精神薬取締法」で規制されている「医療用麻薬」であることを理解し、取り扱う際に下記のことを必ず守ります。

1. 本剤を、ご家族や友人を含む他人に譲り渡すことや共有することは違法であり、しないこと。
2. 複数の医療機関から本剤を含むオピオイド類薬の処方を受けないこと。
3. 本剤を厳密に管理し、紛失や盗難が生じた場合は、速やかに調剤を受けた薬局へ届け出る。
4. 服用せずに余った場合は、速やかに担当医師（医療機関）又は薬局へ返却すること。
5. 海外渡航の際に、本剤を許可なく所持することは違法であり、特別な手続が必要であること。

オキシコンチン®TR錠の治療を受けるにあたって、本剤に対する薬物依存や副作用（嘔心・嘔吐、便秘、眩暈、めまい、呼吸抑制など）が起こる可能性があることを理解し、服用の際には下記のことを必ず守ります。

1. 痛みの治療以外で本剤を服用しないこと。
 2. 痛みの治療であっても、処方された痛みの治療以外では、服用しないこと。
 3. 担当医師が決めた服用量、服用方法を守り、自分の判断で増量や減量又は中止をしないこと。
 4. 担当医師の判断で本剤の服用を中止又は休薬する場合は、指示に従って、減量すること。
 5. 担当医師と決めた次回診察日に必ず受診すること。
 6. 眩暈やめまいが起こる可能性があるため、車の運転など危険を伴う機械の操作はしないこと。
- ※薬物依存・お薬をたくさん飲みたくなる、お薬がないと不安な気持ちになる、お薬を飲みたくて強く思いコントロールができていない、痛みがなくなってもお薬がやめられない状態になる。

オキシコンチン®TR錠を病院や調剤薬局で受け取る際には、この確認書を提示する必要があることを理解しました。

確認日: 年 月 日 お名前(患者様、署名):

患者様ご自身の署名が困難な場合には、本人了承の上、ご家族又は代諾者の署名をお願いします。

ご家族又は代諾者(ご家族又は代諾者様、署名): (被刷)

(医師確認事項)

患者様以上に確認事項を説明し、合意しました。また、以下の事項も確認しました。

非オピオイド鎮痛薬又は他のオピオイド鎮痛薬で治療困難な中等度から高度の慢性疼痛であること。

交付日: 年 月 日 担当医師名(署名):

担当医師名(印字): シオノギ 太郎

医療施設名(印字): シオノギ 医院

受講修了医師番号(印字): 12345 連絡先(印字): TEL: XX-XXXX-XXXX

本確認書は、次回診察時まで、患者様が保管してください。