第31回日本緩和医療学会学術大会　ランチョンセミナー18
●開催日：2026年6月20日　●会場：マリンメッセ福岡　●共催：第31回日本緩和医療学会学術大会／丸石製薬株式会社

がん疼痛に対する神経ブロック

～基礎知識と多職種連携の紹介～

座長　服部 政治 先生
中部徳洲会病院 疼痛治療科 統括部長

演者　中山 隆弘 先生
飯塚病院 ペインクリニック科 部長

がん疼痛治療の基本は薬物療法であるが、それだけでは痛みを十分に抑えられない患者も少なくない。こうした場面で用いられる神経ブロックは、薬物療法を尽くした後の最終手段と位置づけられがちである。しかし、痛みが増強し全身状態が低下してからでは、導入の機会そのものを逃しかねない。神経ブロックは、患者のQOLが損なわれる前の段階から、薬物療法と並行して選択肢の一つとして検討することが重要である。

本セミナーでは、飯塚病院　ペインクリニック科　中山隆弘先生より、内臓痛に対する神経ブロックと脊髄鎮痛法の特徴および導入タイミングをご解説いただくとともに、同院で構築したクリニカルパスによる多職種連携の実践をご紹介いただいた。

がん疼痛治療における神経ブロックの位置づけ

がん疼痛治療の基本は薬物療法であるが、実臨床では効果が十分でない患者や、副作用の影響により十分な治療の継続が困難な患者が10～30%存在するとされている[1]。薬物療法を一般的ながん疼痛治療とすると、放射線治療やインターベンショナル治療は専門的な技術を要する専門的がん疼痛治療に位置付けられ、神経ブロックはインターベンショナル治療の一つである。「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」では、神経ブロックはがんのいずれの病期の痛みにも適応となり、薬物治療の効果が明らかでない初期段階であっても、QOLやADLの改善が見込める場合には早期の施行が勧められている[2]。ただし、「初期段階」や「早期」の定義に明確な基準はなく、患者のQOLを含めた総合的な判断が必要である。

神経ブロック導入のタイミング ― 「直列」から「並列」へ ―

がん疼痛治療は、はじめに医療用麻薬や鎮痛補助薬を使用し、それでも痛みが取り切れなければ放射線治療、さらに内臓神経ブロックへと進める、いわゆる直列的な治療として考えられがちである（図1・左）。しかし、この発想では患者の状態が悪化し始めてから神経ブロックが検討されることが多く、予後が月単位を切り週単位に近づくと、脱水や経口摂取不良を背景に血圧が変動しやすくなり、手技に伴うリスクも高まる。紹介の時期が遅れたために、対応が間に合わない事例も生じている。

そこで、鎮痛薬を使用する初期段階から神経ブロックの導入を並行して検討する、並列的な発想が求められる（図1・右）。神経ブロックを早期から導入できれば、その後の鎮痛薬の増量を抑えられる可能性がある。

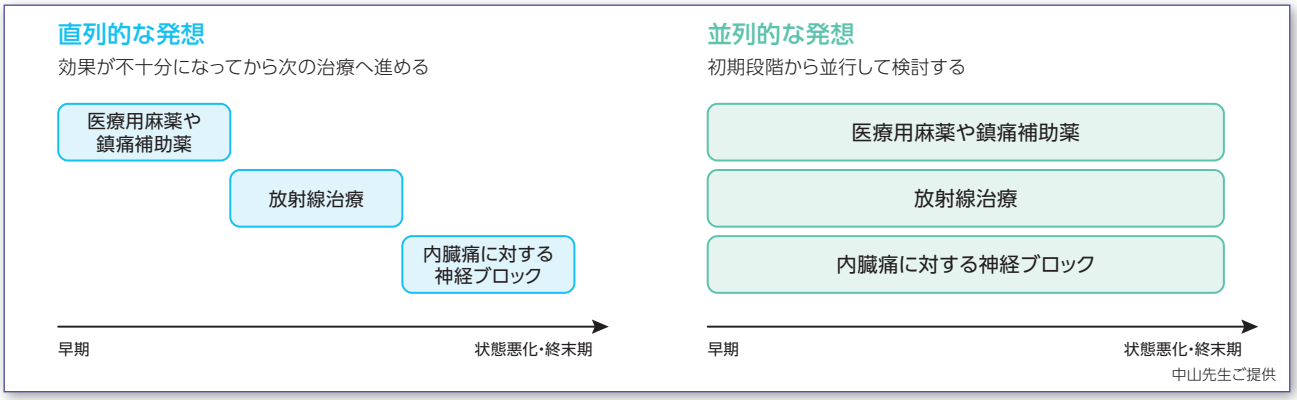

図1　がん疼痛治療の考え方

丸石製薬株式会社

当院で神経ブロックの導入を検討する際の目安は、以下のとおりである。

- **痛みが強くオピオイドでもコントロールできていない場合:**迷わず導入する
- **がんに伴う痛みがない場合:**適応とはならない
- **痛みはあるが鎮痛薬でコントロールできており、副作用も目立たない場合:**NRS(Numerical Rating Scale)0/10を目指して検討してもよい。経過を継続的にフォローし、痛みが増強した時点で速やかに導入できる体制を整えておく
- **鎮痛薬で痛みはコントロールできているが副作用がある場合、あるいはオピオイド内服中は運転禁忌となるなど生活に支障が生じている場合:**積極的に導入を検討する

神経ブロックは、がん治療の前・中・後いずれの時期でも導入可能であるが、化学療法中は骨髄抑制に伴う易感染性(発熱性好中球減少症など)との兼ね合いでタイミングの調整が必要であり、治療医との連携が求められる。

がん疼痛に対する代表的な手技

●内臓神経ブロック

内臓痛に対する神経ブロックは、内臓由来の痛みに対して交感神経性求心性線維を破壊し、痛みの伝達経路を遮断することで痛みを軽減させる方法である。効果は神経破壊薬の使用により数カ月から半年、あるいは年単位で維持される。入浴や腹部の保温など、交感神経を抑制する行為によって症状が緩和する患者では効果が得られやすい一方、体性痛には効きにくく、合併症として起立性低血圧や下痢が生じることがある。

支配臓器の異なる複数の術式があり、痛みの部位に応じて腹腔神経叢(内臓神経)、上下腹神経叢、下腸間膜動脈神経節、不対神経節のいずれかのブロックを選択する。なかでも内臓神経ブロックは、ガイドライン上もエビデンスレベルB・推奨度1と高く推奨されている[3]。膵がんをはじめとする上腹部がんの70〜90%で長期間の鎮痛が得られるとされ[4]、侵襲度もそれほど高くなく、最短2泊3日程度の短期入院で実施可能である。加えて、鎮痛効果によりオピオイドの減量が可能となり[5]、それに伴い便秘・眠気・吐き気などの副作用も軽減され、患者のQOL改善につながることが示されている[6]。

内臓痛に対する神経ブロックは、必ずしも「難治性の痛みだから」「痛みが強くなってから」行うものではない。がん治療期に行うことで、治療期間が延長したり、治療継続が困難と判断された患者が治療に復帰したりする可能性もある。特に、内臓神経ブロックは「最後まで残しておく選択肢」として扱うのではなく、状態が悪化したりQOLが低下したりする前に検討する価値があるだろう。実際に早期導入を実現するためには、がん疼痛に対する神経ブロックの知識を持ち、日頃から実施可能な医師と連携を取ることが重要である。

●脊髄鎮痛法

脊髄鎮痛法は、硬膜外腔やくも膜下腔にオピオイドや局所麻酔薬を投与し、脊髄レベルで痛みの伝達を遮断して痛みを軽減する方法である。硬膜外投与では内服モルヒネの1/20〜1/30、くも膜下投与では1/200〜1/300程度まで必要量を減らしうるとされる。合併症には膀胱直腸障害や脱力、髄膜炎などがあり、常にデバイスを装着した状態での生活とはなるものの、在宅医療でも使用可能である。持続くも膜下鎮痛法については、早期導入が患者のQOL向上や予後の改善につながる可能性を示唆する報告もある[7]。

持続くも膜下鎮痛法も、導入のタイミングは直列的な発想になりがちであるが、実施時期を前倒しして検討することが望ましい。

がん疼痛に対する神経ブロック実施の現状

2022年に行われた全国調査では、内臓神経ブロックを実施可能な体制にあるがん診療連携拠点病院99施設を対象に、過去3年間の実施件数(のべ)を調べたところ、中央値は4例(四分位範囲2〜9)であった[8]。これを受け、同年、厚生労働省は「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」を示し、神経ブロックなど疼痛緩和のための専門的治療について、自施設または連携先での対応方針を定めるとともに、実施状況や連携医療機関名をホームページ等で公表することを求めている[9]。また、2026年6月の診療報酬改定では、緩和ケア病棟入院料の包括範囲から神経ブロック料が除外され、出来高算定となることが示された[10]。難治性疼痛への介入の選択肢が広がることが期待され、緩和ケア病棟で働く医療者に限らず、がん診療に関わるすべての医療者が知っておくべき動向である。

クリニカルパスによる標準化の取り組み

当院では、2021年から本格的に内臓神経ブロックの提供を開始し、現在は年間20例程度を実施している。症例数の増加とともに、以下のような課題が明らかになった。

- **緩和ケア病棟の看護師:**オピオイドの取り扱いには慣れているが、内科的な合併症管理、術前・術後管理、急性期の管理に不慣れ
- **一般病棟の看護師:**術前準備や急性期の管理は可能だが、オピオイドの取り扱いやがん患者との関わりに不慣れ
- **実施医:**症例ごとに同様の対応を繰り返す必要があり、症例数の増加に伴って指示等の抜けが生じやすく、そのたびにスタッフ教育の時間確保が困難

これらの課題を解消するため、2023年4月から2024年1月にかけて、アウトカム志向型の部分クリニカルパスを作成した(図2)。目的は、神経ブロックを受ける患者が安心して治療を受けられる体制を多職種で整えることである。運用開始当初は緩和ケア病棟のみで実施していたが、その後は一般病棟にも拡大した。

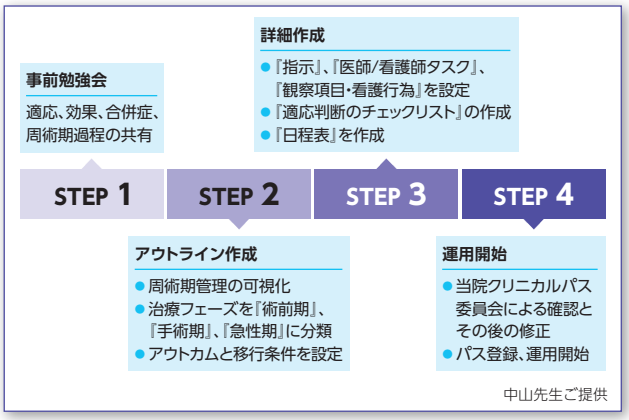

図2　内臓神経ブロックのクリニカルパス作成手順

クリニカルパスの作成にあたっては、まず事前勉強会でスタッフ間の理解を揃え、周術期を術前期・手術期・急性期の3フェーズに分類してアウトカムと移行条件を設定した。そのうえで、医師・看護師それぞれのタスク、観察項目、適応判断のチェックリスト、患者向けの日程表などを詳細に作り込み、パス委員会の確認を経て運用を開始した(図3)。

本クリニカルパスでは、入院時にクリニカルパスを起動して術前期として準備し、神経ブロック当日は帰室後から急性期へと移行して管理する。その後、状態の安定を確認してパスを終了し、退院に至る。言葉でまとめるとシンプルだが、術前の患者説明、食事・飲水制限、手術室への搬入、術後の安静、合併症やオピオイド離脱症状の観察など、実際にはやるべきことが多々ある。こうした一連の対応をクリニカルパスとして体系化したことで、以下のようなメリットが得られた。

- **術前期:**適応判断が標準化でき、検査を含めた術前準備の漏れが減り、患者の治療への理解が高まった
- **手術期:**術直後に生じるバイタル変化への理解が深まった
- **急性期:**術後合併症の観察や術後安静度が統一され、オピオイド調整に伴う相対的過量症状や離脱症状をいち早く察知することが可能になった

また、初めて症例を担当する医療者でも神経ブロックの導入に対応可能となった。

現在は、当院の内臓神経ブロックのほぼ全症例にクリニカルパスを使用しており、医療の標準化が促進され、質と安全性の向上につながる可能性が示唆された。ご紹介したクリニカルパスには、適応判断のアセスメント、術後ケア、合併症観察、患者説明のすべてが盛り込まれている。がん疼痛に対する神経ブロックの導入にあたって、ぜひ参考にしていただきたい。

■内臓痛に対する神経ブロック実施のためのチェックリスト

□疼痛の評価　：　内臓痛か
□交感神経系　：　疼痛部の温めなどで軽減するか
□鎮痛薬　：　オピオイド、鎮痛補助薬などの内容
□麻薬の副作用　：　眠気、吐気、便秘などの有無

□アレルギー　：　局麻、造影剤、アルコール消毒など
□飲酒　：　酩酊、気分不良の既往の有無

□感染　：　感染徴候があると禁忌
□通過障害　：　イレウス、通過障害の有無
□凝固　：　疾患と内服内容と休薬について

□腹臥位　：　ストマなどの有無
□体位保持　：　認知症や不穏の有無
□背中の様子　：　背部の皮疹の有無

□食事摂取・飲水　：　脱水の程度
□末梢血管　：　22G 以上の点滴キープができるか
□浮腫、胸水、腹水　：　補液による増悪の可能性あり
□予後　：　月単位以上と見積もれるか

□その他　：　糖尿病など

＊○年○月○日の CT を参考
□椎体　：　骨折、変形、転移などの有無
□椎間板　：　厚さ

日程表（内臓神経ブロック）

病日	手術前日まで	手術当日（術前）	手術当日（術後）	術後1日目
	／	／	／	／
検査	CT・心電図・採血・胸部X線の検査をします。		帰室後は時間ごとに血圧や体温などを測ります。	
注射	痛み止めの注射を行います。	痛み止めの注射を継続します。		
		点滴をします。		点滴は終了です。
内服	血液をサラサラにする薬は＿月＿日より中止してください。 ※医師の指示があります。 痛み止めの内服薬を中止します。	内服は医師または看護師の指示に従ってください。		血液をサラサラにする薬を再開します。
食事		□午前の治療の場合 朝から絶食です。 □午後の治療の場合 昼から絶食です。 水、お茶、スポーツ飲料は飲んでも構いませんが、牛乳、コーヒー 乳製品は禁止です。 治療2時間前から絶食です。	帰室後2時間以降は飲水、食事ができます。	
安静			帰室後2時間までは、頭を上げられません。 その後は、体位の指定はありませんが、基本的に安静にしてください。	医師の診察後より、ひとりで歩行ができます。 状態によっては、看護師が付き添うこともあります。
排泄		点滴をしたまま、トイレに行くことができます。	帰室後2時間までは、さし込み便器または尿器で排泄してください。 その後は、ポータブルトイレまたは、車椅子で病棟トイレを使用できます。	
清潔		術衣に着替えます。	帰室後2時間以降は、着替えができます。 シャワー浴はできません。 体を拭くタオルをお渡しします。	シャワー浴ができます。
説明・指導・他	内服している薬は全て、病院にお持ちください。 同意書を提出してください。			
	痛みがある時は遠慮せずに、いつでも看護師にご相談ください。 何か分からないことがあればスタッフにお尋ねください。			

入院中は、この日程表に沿って治療や処置が行われます。当日程表は診療の概要を記したものであり、状況に応じて変更になることもございますのでご了承ください。 ご不明な点は遠慮なく病棟スタッフにお尋ねください。

2024年1月作成

飯塚病院

図3　適応判断チェックリストと患者用日程表

■引用文献

1) Hoskin PJ. Wall and Melzack's Textbook of Pain 2006; 1141-1157
2) 日本ペインクリニック学会編. 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, 真興交易医書出版部, 2014
3) 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）, 金原出版, 2020
4) Eisenberg E, et al. Anesth Analg 1995; 80(2): 290-295
5) Arcidiacono PG, et al. Cochrane Database Sys Rev 2011; 3: 1-22
6) Yan BM, et al. Am J Gastroenterol 2007; 102(2): 430-438
7) Haraga I, et al. J Anesth 2024; 38(3): 405-411
8) 松本禎久ほか. 日本がんサポーティブケア学会, 2022
9) 厚生労働省. がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針（2022年8月1日）
10) 厚生労働省. 診療報酬の算定方法の一部を改正する件（令和8年厚生労働省告示第69号）https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001681130.pdf（2026年10月20日閲覧）

解熱鎮痛剤　アセトアミノフェン錠　薬価基準収載

	規制区分	承認番号	販売開始
アセトアミノフェン錠200mg「マルイシ」	ー	22900AMX00134	2017年8月
アセトアミノフェン錠300mg「マルイシ」	ー	22900AMX00135	2017年8月
アセトアミノフェン錠500mg「マルイシ」	劇薬	23000AMX00630	2018年12月

日本標準商品分類番号	871141
貯法	室温保存
有効期間	3年

2026年8月改訂（第4版）

1. 警告
1.1 本剤により重篤な肝障害が発現するおそれがあることに注意し、1日総量1500mgを超す高用量で長期投与する場合には、定期的に肝機能等を確認するなど慎重に投与すること。[8.2、11.1.4 参照]
1.2 本剤とアセトアミノフェンを含む他の薬剤（一般用医薬品を含む）との併用により、アセトアミノフェンの過量投与による重篤な肝障害が発現するおそれがあることから、これらの薬剤との併用を避けること。[7.4、8.6、13.2 参照]

2. 禁忌（次の患者には投与しないこと）
2.1 重篤な肝障害のある患者 [9.3.1、11.1.4 参照]
2.2 本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者 [11.1.1参照]

3. 組成・性状
3.1 組成

販売名	アセトアミノフェン錠200mg「マルイシ」	アセトアミノフェン錠300mg「マルイシ」	アセトアミノフェン錠500mg「マルイシ」
有効成分	1錠中 日局アセトアミノフェン200mg	1錠中 日局アセトアミノフェン300mg	1錠中 日局アセトアミノフェン500mg
添加剤	軽質無水ケイ酸、低置換度ヒドロキシプロピルセルロース、ヒドロキシプロピルセルロース、ステアリン酸マグネシウム、香料		

3.2 製剤の性状

販売名		アセトアミノフェン錠200mg「マルイシ」	アセトアミノフェン錠300mg「マルイシ」	アセトアミノフェン錠500mg「マルイシ」
性状		白色の素錠で割線がある。	白色の素錠で割線がある。	白色の素錠で割線がある。
外形	表面			
	裏面			
	側面			
大きさ		直径8.2mm	直径9.0mm	長径15.5mm、短径8.0mm
厚さ		3.7mm	4.6mm	5.3mm
重量		218mg	327mg	545mg
本体表示	表面	アセト 200 アミノフェン	アセト 300 アミノフェン	アセトアミノフェン 500
	裏面	アセトアミノフェン 200 マルイシ	アセトアミノフェン 300 マルイシ	アセトアミノフェン 500 マルイシ

4. 効能又は効果
○ **各種疾患及び症状における鎮痛**
○ **下記疾患の解熱・鎮痛**
急性上気道炎（急性気管支炎を伴う急性上気道炎を含む）
○ **小児科領域における解熱・鎮痛**

6. 用法及び用量
〈各種疾患及び症状における鎮痛〉
通常、成人にはアセトアミノフェンとして、1回300～1000mgを経口投与し、投与間隔は4～6時間以上とする。なお、年齢、症状により適宜増減するが、1日総量として4000mgを限度とする。また、空腹時の投与は避けさせることが望ましい。
〈急性上気道炎（急性気管支炎を伴う急性上気道炎を含む）〉
通常、成人にはアセトアミノフェンとして、1回300～500mgを頓用する。なお、年齢、症状により適宜増減する。ただし、原則として1日2回までとし、1日最大1500mgを限度とする。また、空腹時の投与は避けさせることが望ましい。
〈小児科領域における解熱・鎮痛〉
通常、幼児及び小児にはアセトアミノフェンとして、体重1kgあたり1回10～15mgを経口投与し、投与間隔は4～6時間以上とする。なお、年齢、症状により適宜増減するが、1日総量として60mg/kgを限度とする。ただし、成人の用量を超えない。また、空腹時の投与は避けさせることが望ましい。

7. 用法及び用量に関連する注意
7.1 幼児及び小児の1回投与量の目安は下記のとおり。[9.7.1参照]

体重	1回用量			
	アセトアミノフェン	錠200mg	錠300mg	錠500mg
10kg	100～150mg	0.5錠	0.5錠	—
20kg	200～300mg	1～1.5錠（アセトアミノフェン200～300mg）	1錠（アセトアミノフェン300mg）	0.5錠（アセトアミノフェン250mg）
30kg	300～450mg	1.5～2錠（アセトアミノフェン300～400mg）	1～1.5錠（アセトアミノフェン300～450mg）	—

7.2「小児科領域における解熱・鎮痛」の効能又は効果に対する1回あたりの最大用量はアセトアミノフェンとして500mg、1日あたりの最大用量はアセトアミノフェンとして1500mgである。
7.3 他の消炎鎮痛剤との併用は避けることが望ましい。
7.4 本剤とアセトアミノフェンを含む他の薬剤（一般用医薬品を含む）との併用により、アセトアミノフェンの過量投与による重篤な肝障害が発現するおそれがあることから、特に総合感冒剤や解熱鎮痛剤等の配合剤を併用する場合は、アセトアミノフェンが含まれていないか確認し、含まれている場合は併用を避けること。[1.2、8.6 参照]
7.5 アスピリン喘息又はその既往歴のある患者に対する1回あたりの最大用量はアセトアミノフェンとして300mg以下とすること。[9.1.8 参照]

8.重要な基本的注意
8.1 解熱鎮痛剤による治療は原因療法ではなく対症療法であることから原因療法があればこれを行うこと。 **8.2** 重篤な肝障害が発現するおそれがあるので、1日総量1500mgを超す高用量で長期投与する場合には定期的に肝機能検査を行い、患者の状態を十分に観察すること。高用量でなくとも長期投与する場合にあっては定期的に肝機能検査を行うことが望ましい。また、高用量で投与する場合などは特に患者の状態を十分に観察すること。[1.1、11.1.4 参照] **8.3** 急性疾患に対し本剤を用いる場合には、次の事項を考慮すること。・発熱、疼痛の程度を考慮し投与すること。・原則として同一の薬剤の長期投与を避けること。 **8.4** 慢性疾患に対し本剤を用いる場合には、薬物療法以外の療法も考慮すること。 **8.5** 過度の体温下降、虚脱、四肢冷却等があらわれることがあるので、特に高熱を伴う高齢者及び小児等又は消耗性疾患の患者においては、投与後の患者の状態に十分注意すること。 **8.6** アセトアミノフェンを含む他の薬剤と併用しないよう患者に指導すること。[1.2、7.4 参照] **8.7** アセトアミノフェンの高用量投与により副作用として腹痛・下痢がみられることがある。本剤においても同様の副作用があらわれるおそれがあり、上気道炎等に伴う消化器症状と区別できないおそれがあるので、観察を十分行い慎重に投与すること。

9. 特定の背景を有する患者に関する注意
9.1 合併症・既往歴等のある患者 **9.1.1 アルコール多量常飲者** 肝障害があらわれやすくなる。[10.2、11.1.4 参照] **9.1.2 絶食・低栄養状態・摂食障害等によるグルタチオン欠乏、脱水症状のある患者** 肝障害があらわれやすくなる。[11.1.4 参照] **9.1.3 消化性潰瘍又はその既往歴のある患者** 症状が悪化又は再発を促すおそれがある。 **9.1.4 血液の異常又はその既往歴のある患者** 症状が悪化又は再発を促すおそれがある。[11.1.5 参照] **9.1.5 出血傾向のある患者** 血小板機能異常が起こることがある。 **9.1.6 心機能異常のある患者** 症状が悪化又は心不全が増悪するおそれがある。 **9.1.7 気管支喘息のある患者** 症状が悪化するおそれがある。[11.1.3 参照] **9.1.8 アスピリン喘息（非ステロイド性消炎鎮痛剤による喘息発作の誘発）又はその既往歴のある患者** アスピリン喘息の発症にプロスタグランジン合成阻害作用が関与していると考えられ、症状が悪化又は再発を促すおそれがある。[7.5、11.1.3 参照] **9.1.9 感染症を合併している患者** 必要に応じて適切な抗菌剤を併用し、観察を十分に行い慎重に投与すること。感染症を不顕性化するおそれがある。[10.2 参照] **9.1.10 重篤な腎障害・肝障害（重篤な肝障害を除く）・敗血症・栄養障害等によるピログルタミン酸蓄積の素因のある患者** ピログルタミン酸の排泄阻害又はグルタチオン欠乏が生じているため、本剤投与によりピログルタミン酸の蓄積が促進された結果、アニオンギャップ開大性代謝性アシドーシスが発現するおそれがある。 **9.2 腎機能障害患者** **9.2.1 腎障害又はその既往歴のある患者** 投与量の減量、投与間隔の延長を考慮すること。症状が悪化又は再発を促すおそれがある。[11.1.7 参照] **9.3 肝機能障害患者** **9.3.1 重篤な肝障害のある患者** 投与しないこと。重篤な転帰をとるおそれがある。[2.1 参照] **9.3.2肝障害又はその既往歴のある患者（重篤な肝障害のある患者を除く）** 肝障害が悪化するおそれがある。[11.1.4 参照] **9.5 妊婦** 妊婦又は妊娠している可能性のある女性には、次のリスクを考慮し、治療上の有益性が危険性を上回ると判断される場合にのみ投与すること。・妊娠後期の女性への投与により胎児に動脈管収縮を起こすことがある。・妊娠後期のラットに投与した実験で、弱い胎仔の動脈管収縮が報告されている。 **9.6 授乳婦** 治療上の有益性及び母乳栄養の有益性を考慮し、授乳の継続又は中止を検討すること。 **9.7 小児等** **9.7.1** 副作用の発現に特に注意し、必要最小限の使用にとどめるなど慎重に投与すること。[7.1 参照] **9.7.2** 低出生体重児、新生児及び3ヵ月未満の乳児を対象とした有効性及び安全性を指標とした臨床試験は実施していない。 **9.8 高齢者** 副作用の発現に特に注意し、少量から投与を開始するなど患者の状態を観察しながら慎重に投与すること。副作用があらわれやすい。

10. 相互作用
10.2 併用注意（併用に注意すること）

薬剤名等	臨床症状・措置方法	機序・危険因子
リチウム製剤 炭酸リチウム	他の非ステロイド性消炎鎮痛剤（インドメタシン、イブプロフェン等）で、リチウムとの併用によりリチウムの血中濃度が上昇し、リチウム中毒を呈したとの報告がある。	非ステロイド性消炎鎮痛剤は腎のプロスタグランジン合成を抑制することにより、炭酸リチウムの排泄が減少し、血中濃度が上昇すると考えられている。
チアジド系利尿剤 ヒドロクロロチアジド等	他の非ステロイド性消炎鎮痛剤（インドメタシン等）で、チアジド系利尿剤の作用を減弱することが報告されている。	非ステロイド性消炎鎮痛剤は腎のプロスタグランジン合成を抑制して水、塩類貯留が生じ、チアジド系利尿剤の排泄作用に拮抗すると考えられている。
アルコール（飲酒） [9.1.1 参照]	アルコール多量常飲者がアセトアミノフェンを服用したところ肝不全を起こしたとの報告がある。	アルコール常飲によるCYP2E1の誘導により、アセトアミノフェンから肝毒性を持つ*N*-アセチル-*p*-ベンゾキノンイミンへの代謝が促進される。
クマリン系抗凝血剤 ワルファリンカリウム	クマリン系抗凝血剤の作用を増強することがあるので、減量するなど慎重に投与すること。	本剤が血漿蛋白結合部位において競合することで、抗凝血剤を遊離させ、その抗凝血作用を増強させる。
カルバマゼピン フェノバルビタール フェニトイン プリミドン リファンピシン イソニアジド	これらの薬剤の長期連用者は、肝薬物代謝酵素が誘導され、肝障害を生じやすくなるとの報告がある。	これらの薬剤の代謝酵素誘導作用により、アセトアミノフェンから肝毒性を持つ*N*-アセチル-*p*-ベンゾキノンイミンへの代謝が促進される。
抗生物質 抗菌剤 [9.1.9 参照]	過度の体温下降を起こす頻度が高くなることから、併用する場合には観察を十分に行い、慎重に投与すること。	機序は不明である。

11. 副作用
次の副作用があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止するなど適切な処置を行うこと。 **11.1 重大な副作用** **11.1.1 ショック、アナフィラキシー**（いずれも頻度不明） ショック、アナフィラキシー（呼吸困難、全身潮紅、血管性浮腫、蕁麻疹等）があらわれることがある。[2.2 参照] **11.1.2 中毒性表皮壊死融解症（Toxic Epidermal Necrolysis：TEN）、皮膚粘膜眼症候群（Stevens-Johnson症候群）、急性汎発性発疹性膿疱症**（いずれも頻度不明） **11.1.3 喘息発作の誘発**（頻度不明）[9.1.7、9.1.8 参照] **11.1.4 劇症肝炎、肝機能障害、黄疸**（いずれも頻度不明） 劇症肝炎、AST、ALT、γ-GTPの上昇等を伴う肝機能障害、黄疸があらわれることがある。[1.1、2.1、8.2、9.1.1、9.1.2、9.3.2 参照] **11.1.5 顆粒球減少症**（頻度不明）[9.1.4 参照] **11.1.6 間質性肺炎**（頻度不明） 咳嗽、呼吸困難、発熱、肺音の異常等が認められた場合には、速やかに胸部X線、胸部CT、血清マーカー等の検査を実施すること。異常が認められた場合には投与を中止し、副腎皮質ホルモン剤の投与等の適切な処置を行うこと。 **11.1.7 間質性腎炎、急性腎障害**（いずれも頻度不明）[9.2.1 参照] **11.1.8 薬剤性過敏症症候群**（頻度不明） 初期症状として発疹、発熱がみられ、更に肝機能障害、リンパ節腫脹、白血球増加、好酸球増多、異型リンパ球出現等を伴う遅発性の重篤な過敏症状があらわれることがある。なお、ヒトヘルペスウイルス6（HHV-6）等のウイルスの再活性化を伴うことが多く、投与中止後も発疹、発熱、肝機能障害等の症状が再燃あるいは遷延化することがあるので注意すること。
11.2 その他の副作用

	頻度不明
血液	チアノーゼ、血小板減少、血小板機能低下（出血時間の延長）等注）
消化器	悪心・嘔吐、食欲不振
その他	過敏症注）

注）このような症状（異常）があらわれた場合には、投与を中止すること。

13. 過量投与
13.1 症状 肝臓・腎臓・心筋の壊死が起こったとの報告がある。 **13.2 処置** 解毒（肝障害の軽減等）には、アセチルシステインの投与を考慮すること。[1.2 参照]

14. 適用上の注意
14.1 薬剤交付時の注意
PTP包装の薬剤はPTPシートから取り出して服用するよう指導すること。PTPシートの誤飲により、硬い鋭角部が食道粘膜へ刺入し、更には穿孔をおこして縦隔洞炎等の重篤な合併症を併発することがある。

15. その他の注意
15.1 臨床使用に基づく情報 **15.1.1** 類似化合物（フェナセチン）の長期投与により、血色素異常を起こすことがある。 **15.1.2** 腎盂及び膀胱腫瘍の患者を調査したところ、類似化合物（フェナセチン）製剤を長期・大量に使用（例：総服用量1.5～27kg、服用期間4～30年）していた人が多いとの報告がある。 **15.1.3** 非ステロイド性消炎鎮痛剤を長期間投与されている女性において、一時的な不妊が認められたとの報告がある。 **15.2 非臨床試験に基づく情報** **15.2.1** 類似化合物（フェナセチン）を長期・大量投与した動物実験で、腫瘍発生が認められたとの報告がある。

22. 包装
〈アセトアミノフェン錠200mg「マルイシ」〉
100錠［10錠（PTP）×10］、1000錠［10錠（PTP）×100］、500錠［瓶、バラ］
〈アセトアミノフェン錠300mg「マルイシ」〉
100錠［10錠（PTP）×10］、1000錠［10錠（PTP）×100］、500錠［瓶、バラ］
〈アセトアミノフェン錠500mg「マルイシ」〉
100錠［10錠（PTP）×10］、500錠［10錠（PTP）×50］、500錠［瓶、バラ］

●詳細は電子添文等をご参照ください。電子添文等の改訂にご留意ください。
専用アプリ「添文ナビ」でGS1バーコードを読み取ることで、最新の電子添文等を閲覧できます。

(01)14987211103214

製造販売元（文献請求先及び問い合わせ先を含む）
丸石製薬株式会社
大阪市鶴見区今津中2-4-2
〔製品情報お問い合わせ先〕
学術情報部 TEL：0120-014-561
〔販売情報提供活動に関するご意見〕
kantokubumon@maruishi-pharm.co.jp

2026年10月作成TP