

薬食審査発 0620 第 1 号  
薬食監麻発 0620 第 1 号  
平成 26 年 6 月 20 日

各  
〔都道府県〕  
〔保健所設置市〕  
〔特別区〕  
衛生主管部（局）長殿

厚生労働省医薬食品局審査管理課長  
（公 印 省 略）

厚生労働省医薬食品局監視指導・麻薬対策課長  
（公 印 省 略）

#### フェンタニルクエン酸塩経皮吸収型製剤の使用に当たっての留意事項について

フェンタニルクエン酸塩経皮吸収型製剤（販売名：フェントステープ 1 mg、同 2 mg、同 4 mg、同 6 mg 及び同 8 mg。以下「本剤」という。）については、本日、「慢性疼痛」に係る  
効能効果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、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。

#### 記

##### 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、

「非オピオイド鎮痛剤及び弱オピオイド鎮痛剤で治療困難な下記における鎮痛  
（ただし、他のオピオイド鎮痛剤から切り替えて使用する場合には限る。）

中等度から高度の疼痛を伴う各種癌

中等度から高度の慢性疼痛」

となること。

(2) 本剤の慢性疼痛に係る処方については、慢性疼痛の診断、治療に精通した医師に

よってのみ処方されるよう、薬事法（昭和 35 年法律第 145 号）第 79 条に基づき、製造販売業者に適正な流通管理の実施を義務付けたこと。

（参考：承認条件）

<慢性疼痛>

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ずること。

- (3) 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。
- (4) 本剤の流通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、

- 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、確認書が確認できない場合には、処方医が講習を修了した医師であることを確認した上で調剤

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。

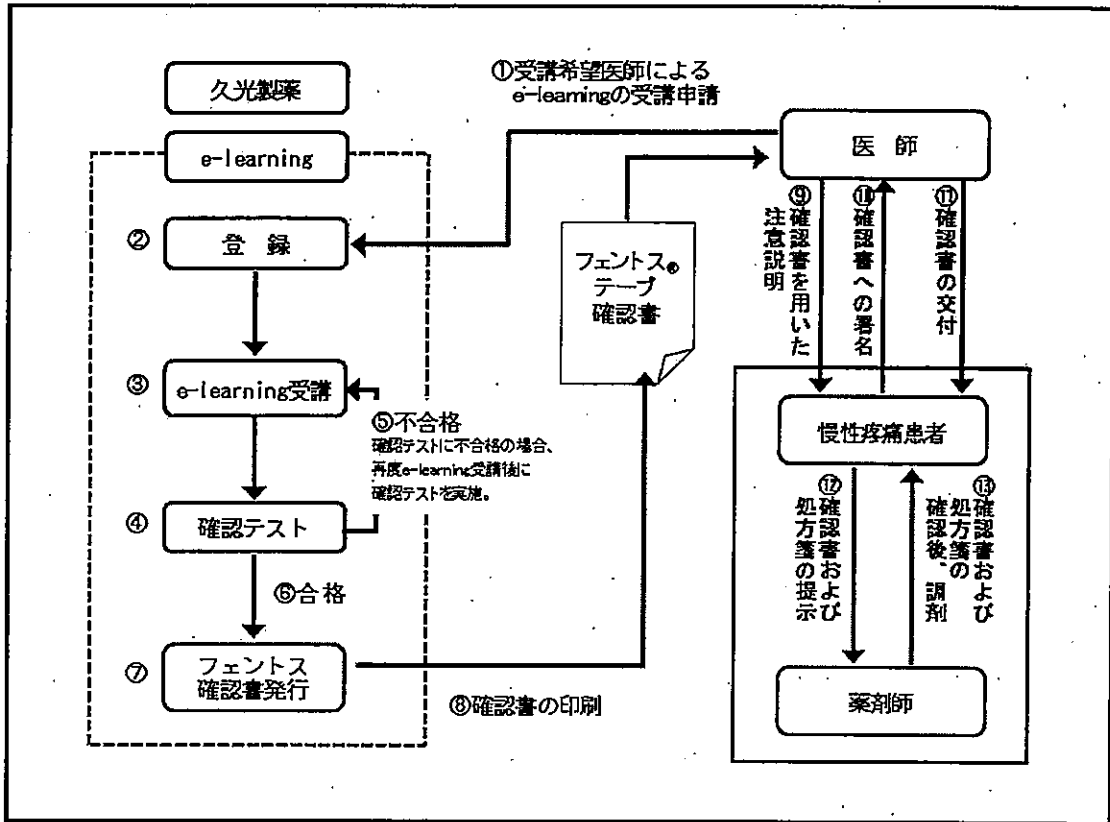
- (5) 製造販売業者に、本剤の出荷状況や使用症例数等の報告を求めることとしたこと。
- (6) 本剤を処方する場合は、添付文書の使用上の注意等に十分に留意しつつ、本剤が麻薬及び向精神薬取締法（昭和 28 年法律第 14 号。以下「麻向法」という。）上の麻薬であることを踏まえ、適正に処方・説明等を行うこと。特に、慢性疼痛については、原因となる器質的病変、心理的・社会的要因及び依存リスクを含めた包括的な診断を行い、本剤の投与の適否を慎重に判断すること。

## 2 本剤の流通管理に関する周知事項について

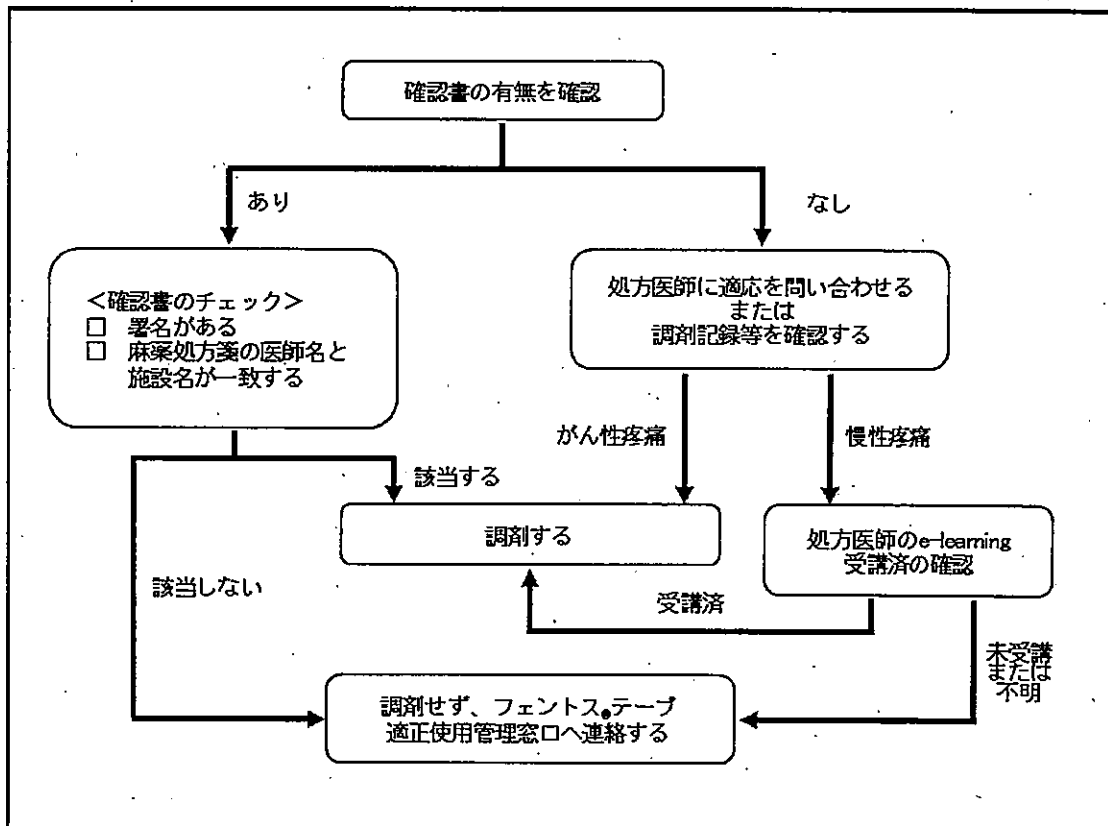
- (1) 本剤については、上記 1 (4) の流通管理がなされること。
- (2) 上記 1 (4) ①の講習の受講を希望する医師については、製造販売業者への問合せ等をお願いしたいこと。
- (3) 薬剤師は本剤を慢性疼痛患者に調剤する場合は、調剤前に、確認書の提示を受け、又は処方医が上記 1 (4) ①の講習を修了した医師であることを確認すること。また、そのいずれの確認もできない場合には、調剤することを拒むこと。
- (4) 上記 (3) の理由により調剤を拒むことについては、薬剤師法（昭和 35 年法律第 146 号）第 21 条（調剤の求めに応じる義務）の「正当な理由」に当たるものと解されること。

(別添)

流通管理体制の概要



薬局における調剤までの流れ



フェントス、テブ薬の性状を(患者様ご自身で)

(患者様ご自身で)

私は、処方医より保痛治療のために使用するフェントス、テブ薬について、以下に記載された内容について説明を受け、理解しました。

- 1. 処方されるフェントス、テブ薬は「呼吸器及び中枢神経系に作用する鎮痛剤」で構成されている医薬品であること。
2. 薬性や副作用が他人へ伝わり、または誤って他の人に処方された薬品に類似すること。
3. 処方された薬品が他人へ伝わり、または誤って他の人に処方された薬品に類似すること。
4. 処方された薬品が他人へ伝わり、または誤って他の人に処方された薬品に類似すること。
5. 処方された薬品が他人へ伝わり、または誤って他の人に処方された薬品に類似すること。
6. 処方された薬品が他人へ伝わり、または誤って他の人に処方された薬品に類似すること。
7. 処方された薬品が他人へ伝わり、または誤って他の人に処方された薬品に類似すること。
8. 次のような副作用が現れる可能性があること。
9. 薬性や副作用が他人へ伝わり、または誤って他の人に処方された薬品に類似すること。

承認日: 年 月 日

処方医(患者様、自署):

医師(医師様、自署): (捺印)

(医師様ご自身で)

上記の患者様に関し、以下の事項を承認しました

- 1. 非オピオイド鎮痛剤およびオピオイド鎮痛剤で治療困難な慢性疼痛であること。
2. 他のオピオイド鎮痛剤からの切り替えであること

承認日: 年 月 日 お名前(処方医、署名):

お名前(処方医、印字):

医師(患者様、印字):

承認日(印字):

患者様のお名前には、自署にてください。なお、患者様自身の自署が困難な場合には、本人了承の上、代筆者の自署でお願いたします。
お名前が異なる際には、処方医と患者様との間で十分な説明を行い、同意を得た上で記載してください。
処方された場合には医師に再発行を依頼してください。
承認書の有効期間は承認日から1年間です。1年経過後は医師に再発行を依頼してください。

フェントス、テブ薬の性状を(患者様ご自身で)

(患者様ご自身で)

私は、処方医より保痛治療のために使用するフェントス、テブ薬について、以下に記載された内容について説明を受け、理解しました。

- 1. 処方されるフェントス、テブ薬は「呼吸器及び中枢神経系に作用する鎮痛剤」で構成されている医薬品であること。
2. 薬性や副作用が他人へ伝わり、または誤って他の人に処方された薬品に類似すること。
3. 処方された薬品が他人へ伝わり、または誤って他の人に処方された薬品に類似すること。
4. 処方された薬品が他人へ伝わり、または誤って他の人に処方された薬品に類似すること。
5. 処方された薬品が他人へ伝わり、または誤って他の人に処方された薬品に類似すること。
6. 処方された薬品が他人へ伝わり、または誤って他の人に処方された薬品に類似すること。
7. 処方された薬品が他人へ伝わり、または誤って他の人に処方された薬品に類似すること。
8. 次のような副作用が現れる可能性があること。
9. 薬性や副作用が他人へ伝わり、または誤って他の人に処方された薬品に類似すること。

承認日: 年 月 日

処方医(患者様、自署):

医師(医師様、自署): (捺印)

(医師様ご自身で)

上記の患者様に関し、以下の事項を承認しました

- 1. 非オピオイド鎮痛剤およびオピオイド鎮痛剤で治療困難な慢性疼痛であること。
2. 他のオピオイド鎮痛剤からの切り替えであること

承認日: 年 月 日 お名前(処方医、署名):

お名前(処方医、印字):

医師(患者様、印字):

承認日(印字):

患者様のお名前には、自署にてください。なお、患者様自身の自署が困難な場合には、本人了承の上、代筆者の自署でお願いたします。
お名前が異なる際には、処方医と患者様との間で十分な説明を行い、同意を得た上で記載してください。
処方された場合には医師に再発行を依頼してください。
承認書の有効期間は承認日から1年間です。1年経過後は医師に再発行を依頼してください。