がん化学療法委員会

外科部長（がん化学療法委員会委員長）　田中洋輔

概要

当院では、外来化学療法加算の施設基準を満たすがん化学療法委員会を毎月開催し、新しく申請されたレジメンの審査、使用中のレジメンの改定、特定の化学療法レジメンを施行するに当たって発生した問題の解決、化学療法施行に当たって発生した病院システムの問題点の討議を行ない立案、決定している。必要がある場合には、病院職員を対象とした勉強会も主催している。

Ⅰ. 構成メンバー

委員長 1 名(乳腺甲状腺外科医)、呼吸器内科医 1 名、消化器内科医 1 名、消化器外科医 1 名、血液内科医 1 名、泌尿器科医 1 名、薬剤部薬剤師 1 名、看護部看護師 3 名(+研修出張中 1 名)、臨床栄養部栄養師 1 名、医療相談室 MSW1 名、医事課 1 名、企画情報室 1 名。

Ⅱ. 活動内容

1. 新規レジメンの検討
2. レジメン改訂の検討
3. がん化学療法実施運用方法の検討
4. 安全対策の立案
5. がん化学療法に関する勉強会の開催

Ⅲ. 2022 年 1 月～12 月の活動報告

1) 第 2 回がん化学療法看護・院内認定看護師育成コース(講義)終了。
（責任者：清遠がん薬物療法専門看護師)
外来がん化学療法件数増加、入院施行の血液内科/呼吸器内科のがん化学療法件数増加に対応するため、がん化学療法看護の知識を持つ看護師の増加を図る目的で「院内認定看護師育成コース」講義（医師/薬剤師/看護師/栄養士/リハビリ士/ソーシャルワーカーによる）を行なっている。
第 1 回コースの講義は 2020 年 10 月に開始し、コロナ感染症による中断をはさんで 2021 年 3 月に終了し、3 名の院内認定看護師が誕生した。
第 2 回コースの講義は 2021 年 12 月に開始し、コロナ感染症による中断をはさみ 2022 年 3 月から再開、2022 年 7 月に終了し、研修終了式を 2022 年 11 月に行なった。3 名の院内認定看護師が誕生した。

2) 分子標的治療薬(ベバシズマブ、トラスツズマブ)製品のバイオシミラーへの切り替えについて。
5 月 2 日開催の委員会において、複数の製薬企業によるベバシズマブとトラスツズマブのバイオシミラー製品の説明会を施行した。複数企業のプレゼンテーション後、委員会としての院内採用選定に関する意見「製品供給に問題が生じる可能性が低いと思われる会社の製品を第一希望とする。」を薬剤部長に提出した。

3) がん化学療法 24 時間対応連携フローチャートの改訂。
2022 年度診療報酬改定により新設された「外来腫瘍化学療法診療料」算定の施設基準として、『患者からの副作用等に係る問い合わせ・相談に 24 時間対応できる連絡体制が整備されている』ことが算定要件となった。
当院では従来から夜間休日も患者からの問い合わせに対応する体制を作っているが、再度

ER、看護部、薬剤部に依頼し、連携フローチャートを改訂して電子カルテ上に掲載した。

4) CDTM(Collaborative drug therpy management)「医師と薬剤師による協働薬物治療管理」の改訂。(電子カルテ上に《化療—資料》として掲載)
がん化学療法領域における CDTM「医師と薬剤師による協働薬物治療管理」を導入し運用して久しいが【EGFR 阻害薬による皮膚障害】CDTM のアルゴリズムを改訂した。

5) がん治療関連心筋障害(CTRCD)早期発見に向けた対応の整備
循環器内科・中岡洋子医師に出席頂き、がん化学療法担当医師と循環器内科の連携強化のための提案を頂いた。委員会としては電子カルテ上に、CTRCD 早期発見に向けた対応フローチャートを《化療—資料》として掲載し、具体的には心エコー図検査を推奨すること及び、オーダリングシステム上に採血セット「心筋障害セット」オーダーを新設した。

6) キャンサーボードの設置準備
医療安全委員会委員長・中岡大士医師に出席頂き「稀にしか化学療法を担当しない診療科でおこった遠隔転移見落とし事例発生を受け、複数科での症例検討会開催が必要である」旨の提案を頂いた。複数科及びコメディカルを含む病院全体での症例検討会としてのキャンサーボードを適宜開催することで、そのような場があることを病院全体に周知することとなった。またキャンサーボードの設置により診療能力の向上も期待される。2023 年より開催の予定である。

Ⅳ. レジメン検討・登録

当院では、外来化学療法加算の施設基準を満たすがん化学療法委員会を毎月開催し、新しく申請されたレジメンの審査、使用中のレジメンの改定を行っている。

新規登録レジメンと内容変更レジメンは以下の通りである。

1) 新規登録レジメン
(ア) IsaPd（サークリサ+ポマリスト+デキサメサゾン)療法（多発性骨髄腫）: 再発性、難治性多発性骨髄腫症例に対するレジメンとして。
(イ) オプジーボ+XELOX 併用療法（胃癌）: HER2 陰性、化学療法未治療の切除不能な進行または再発の胃癌（食道胃接合部癌を含む）に対するレジメンとして。
(ウ) バベンチオ単独維持療法（尿路上皮癌）: 根治切除不能かつ 1 次化学療法後進行が認められていない尿路上皮癌に対するレジメンとして。
(エ) パドセブ単独療法（尿路上皮癌）: がん化学療法後に増悪した根治切除不能な尿路上皮癌に対するレジメンとして。
(オ) ビラフトビ+メクトビ+アービタックス併用療法（大腸癌）: がん化学療法後に増悪した BRAF V600E 遺伝子変異陽性の治癒切除不能な進行・再発の大腸癌対するレジメンとして。
(カ) オプジーボ+SOX 併用療法（胃癌）: HER2 陰性、化学療法未治療の切除不能な進行または再発の胃癌（食道胃接合部癌を含む）に対するレジメンとして。
(キ) 2 週毎アービタックス単独療法（大腸癌）: 毎週アービタックス単独療法の適応となる大腸癌症例に対するレジメンとして。
(ク) 2 週毎アービタックス+カンプト併用療法（大腸癌）: アービタックス(毎週)+カンプト併用療法の適応となる大腸癌症例に対するレジメンとして。
(ケ) 2 週毎アービタックス+mFOLFOX 併用療法（大腸癌）: アービタックス(毎週)+mFOLFOX 併用療法の適応となる大腸癌症例に対するレジメンとして。
(コ) 2 週毎アービタックス+FOLFIRI 併用療法(大腸癌):アービタックス(毎週)+ FOLFIRI 併用療法の適応となる大腸癌症例に対するレジメンとして。
(サ) 2 週毎ビラフトビ+メクトビ+アービタックス併用療法（大腸癌）: ビラフトビ+メクトビ+アービタックス(毎週)併用療法の適応となる大腸癌症例に対するレジメンとして。
(シ) テセントリク+アブラキサン併用療法（乳癌）: PD-L1 陽性のホルモン受容体陰性かつ HER2 陰性（トリプルネガティブ）の手術不能または再発乳癌に対するレジメンとして。

(ス) サイラムザ単独療法（肝細胞癌）: がん化学療法後に増悪した血清 AFP 値が 400ng/ml 以上の切除不能な肝細胞癌に対するレジメンとして。

(セ) シスプラチン+エトポシド併用療法（神経内分泌癌）: 消化管・肝胆膵原発の切除不能・再発の神経内分泌癌に対するレジメンとして。

(ソ) Pola-R-CHP 療法（悪性リンパ腫）: 未治療の CD20 陽性瀰漫性大細胞型 B 細胞リンパ腫(DLBCL)に対するレジメンとして。

(タ) DKd（ダラキューロ+カイプロリス+デキサメサゾン)療法（多発性骨髄腫）: 再発・難治性多発性骨髄腫に対するレジメンとして。DBd 療法に比べて末梢神経障害を来たしにくい。奏効率が高い。

(チ) 5-FU/l-LV+アバスチン併用療法（大腸癌）: RAS 野生型を除く高齢(75 才以上)の切除不能進行大腸癌症例に対するレジメンとして。

(ツ) TC 療法（乳癌）: HER2 陰性早期乳癌（stage Ⅰ-ⅢA）に対し術後補助化学療法を施行するに当たり、アンスラサイクリンによる心筋毒性を避けたい症例に対するレジメンとして。

2) レジメン内容変更

(あ) 添付文書の改訂にともないリツキサンとガザイバの投与速度を変更した。

(い) 添付文書の改訂にともないトレアキシンの投与速度を 1 時間から 10 分間に変更した。