

# がん患者の薬剤管理指導 ～連携充実加算について～

---

# 本勉強会の目的

---

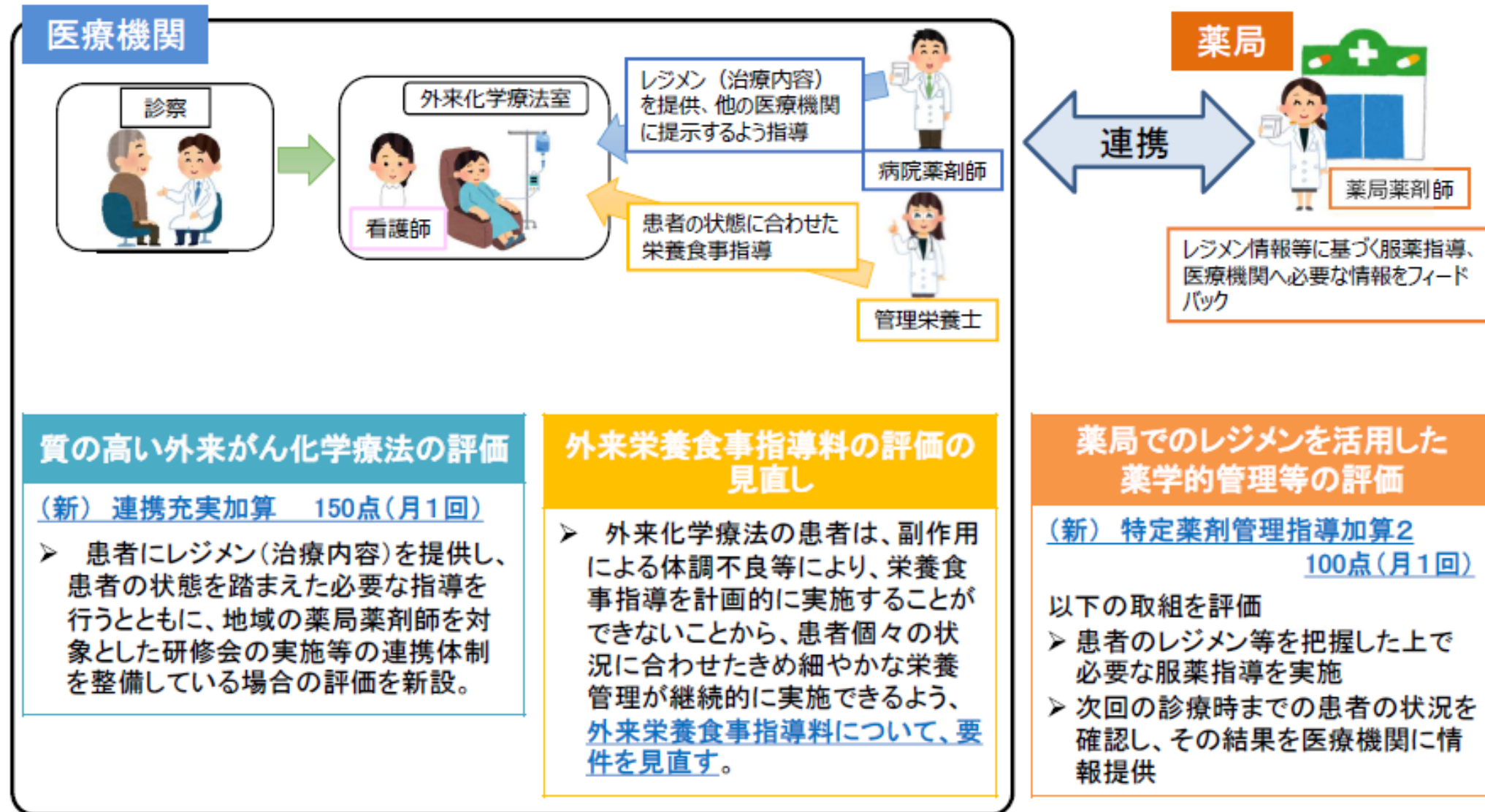


連携充実加算



特定薬剤管理指導加算2

## 外来がん化学療法の質向上のための総合的な取組



### 質の高い外来がん化学療法の評価

#### (新) 連携充実加算 150点(月1回)

- 患者にレジメン(治療内容)を提供し、患者の状態を踏まえた必要な指導を行うとともに、地域の薬局薬剤師を対象とした研修会の実施等の連携体制を整備している場合の評価を新設。

### 外来栄養食事指導料の評価の見直し

- 外来化学療法の患者は、副作用による体調不良等により、栄養食事指導を計画的に実施することができないことから、患者個々の状況に合わせたきめ細やかな栄養管理が継続的に実施できるよう、外来栄養食事指導料について、要件を見直す。

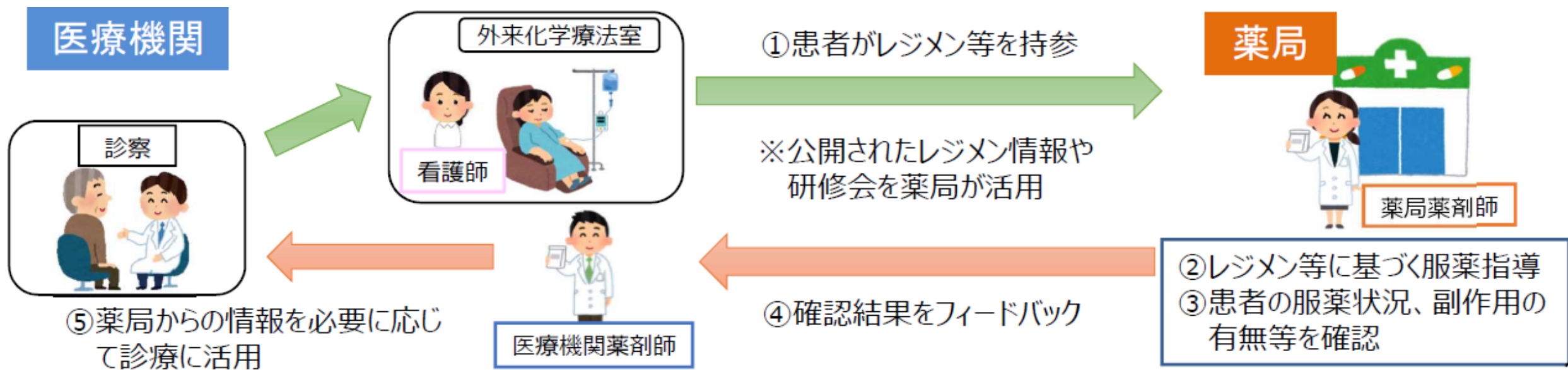
### 薬局でのレジメンを活用した薬学的管理等の評価

#### (新) 特定薬剤管理指導加算2 100点(月1回)

以下の取組を評価

- 患者のレジメン等を把握した上で必要な服薬指導を実施
- 次回の診療時までの患者の状況を確認し、その結果を医療機関に情報提供

# 連携のながれ



# 連携充実加算

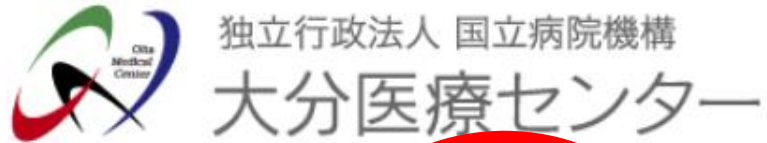
(病院側)

【対象】 外来化学療法加算の算定患者（外来で抗がん剤を点滴治療している患者）

【条件】

- ① レジメンの公開
- ② 勉強会を開催
- ③ 患者への文書交付
- ④ 相談体制
- ⑤ 抗がん剤情報共有シート
- ⑥ 栄養士との連携

# ① レジメンの公開



| [患者様の権利と義務](#) | [職員採用情報](#) | [調達・入札情報](#) |

〒870-0263 大分県大分市横田二丁目11番45号

TEL 097-593-1111



病院のご案内



診療科・部門ご案内



外来受診ご案内



入院面会ご案内



医療関係者の皆様へ



アクセス



## 部門

看護部

薬剤部

検査部門

放射線部門

栄養部門

理学療法部門

臨床工学部

診療管理室

# 薬剤部

薬剤部の紹介

院外薬局の方へ

登録レジメン一覧

薬学生・就職をお考えの方へ

おくすりQ&A

院外処方箋について

## 登録レジメン一覧

公開可能なレジメンのみ掲載しています。

レジメン番号をクリックするとレジメンの投与スケジュールが閲覧できます。

投与量は患者さんの体表面積や体重などで変化します。

また、年齢や副作用などでも変化する場合があります。

患者さんの状態などを考慮し、スケジュールが変更する場合があります（おもに減量やスキップなど）。

| レジメン番号                 | レジメン名           | 癌腫・疾患                  |
|------------------------|-----------------|------------------------|
| <a href="#">C-01</a>   | 5FU/I-VL        | 大腸癌術後補助化学療法            |
| <a href="#">C-02</a>   | イリノテカン          | 進行・再発大腸癌               |
| <a href="#">C-03-1</a> | mFOLFOX6        | 進行/再発大腸癌／術前（試験）/術後(試験) |
| <a href="#">C-03-2</a> | mFOLFOX6        | 進行/再発大腸癌／術前（試験）/術後(試験) |
| <a href="#">C-04-1</a> | mFOLFOX6+ベバシズマブ | 進行/再発大腸癌               |
| <a href="#">C-04-2</a> | mFOLFOX6+ベバシズマブ | 進行/再発大腸癌               |

▲  
PAGE TOP



# レジメン内容

- レジメン名
- インターバル
- プレメディケーション
- 用法用量
- 実施基準

進行/再発 大腸癌

FOLFIRI療法レジメン

進行/再発 大腸癌 FOLFIRI療法

C-05-1

< 14日間隔 >

| 治療日  |  | 第1回 | 第2回 | 第3回 | 第4回 | 第5回 | 第6回 | 第7~14回 | 第15回 |
|--|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--------|------|
| 治療内容   |  |     |     |     |     |     |     |        |      |
| 検査   | 採血   | ○   |     |     |     |     |     |        | ○    |
|  | 副作用の問診   | ○   |     |     |     |     |     |        | ○    |
|  | 検査結果   | ○   |     |     |     |     |     |        | ○    |
| 治療中止基準   | ①WBC 3000未満<br>②血小板 10万未満<br>③発熱・CRP上昇<br>④PS 2以上            | -   | -   | -   | -   | -   | -   | -      | -    |
| 点滴   | ①生食100ml<br>+アロキシ0.75mg<br>+デキサート3.3mg×2A<br>【30分】           | ↓   |     |     |     |     |     |        | ↓    |
|  | ② 5%ブドウ糖250mL<br>レボホリナート (200mg/<br>mL)<br>【2時間】 ②' と同時に     | ↓   |     |     |     |     |     |        | ↓    |
|  | ②' 5%ブドウ糖250mL<br>イリノテカン塩酸塩点滴<br>注 (150mg/mL)<br>【90分】 ②と同時に | ↓   |     |     |     |     |     |        | ↓    |
|  | ③生理食塩液50mL<br>5-FU (400mg/m <sup>2</sup> )<br>【全開】           | ↓   |     |     |     |     |     |        | ↓    |
| ④生食500mL<br>5-FU (2400mg/m <sup>2</sup> )<br>【4.6時間】 | ↓  |     |     |     |     |     |     | ↓      |      |

**留意のPoint!!**

口内炎、下痢の可能性もある。併投薬にワーファリンがあれば主治医に報告（5-FUとの相互作用あり）  
 特異的副作用は下痢。投与中～直後の早発型と、投与2時間以降の遅発型。ロベミンなどで対称  
 骨髄抑制と吐き気、脱毛の可能性あり。  
 投与時間は多少前後してもいいが、イリノテカンは90分以上かければ大丈夫

## ② 勉強会の開催

---

当該保険医療機関において地域の薬局薬剤師等を対象とした研修会等を年1回以上実施すること。

今年度は

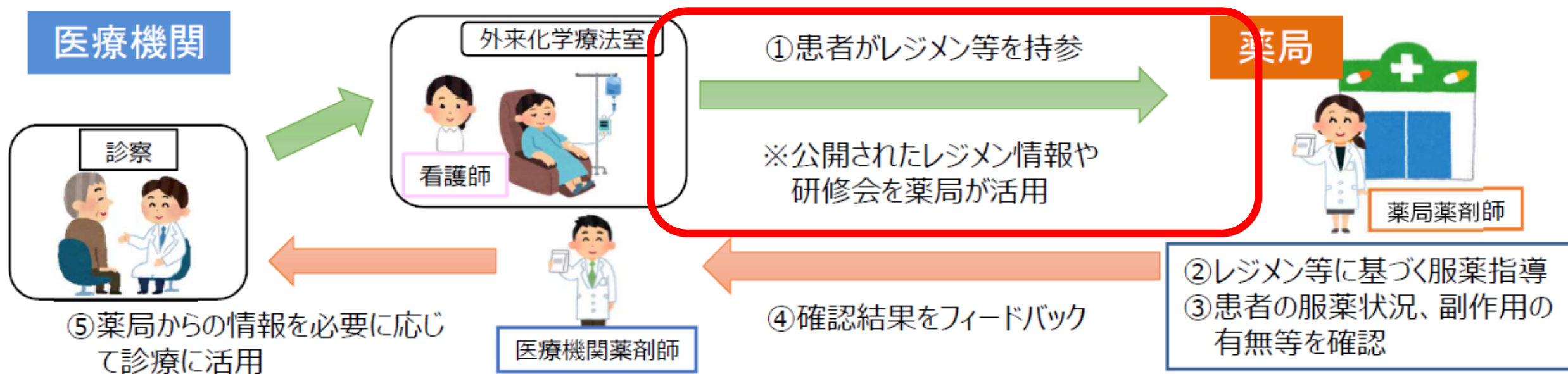
- ・ 本研修会

## 特定薬剤管理指導加算 2 に係る届出書

|   |           |      |
|---|-----------|------|
| 1 業務を実施する保険薬剤師としての勤務経験を5年以上有する保険薬剤師の氏名等     | 保険薬剤師の氏名  | 勤務経験 |
|   |           | 年    |
|   |           | 年    |
|   |           | 年    |
| 2 患者のプライバシーに配慮した服薬指導の方法<br>(配慮方法) (具体的に記入 ) |           |      |
| 3 麻薬小売業者免許証の番号                              |           |      |
| 4 保険医療機関が実施する抗悪性腫瘍剤の化学療法に係る研修会への出席状況 (直近1年) | 実施保険医療機関名 | 出席回数 |
|   |           | 回    |
|   |           | 回    |
|   |           | 回    |

## ④ 患者への文書交付

- ・ ワークシート
- ・ 検査値(院外処方せん ± 別紙)



## ④ 患者への文書交付

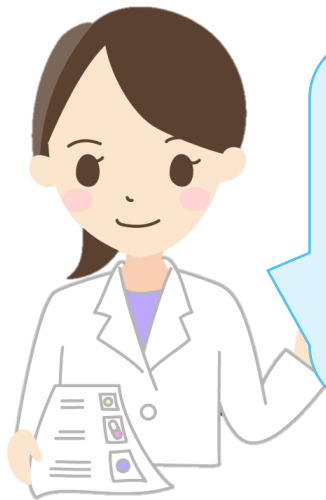
---

- 実施しているレジメン
- レジメンの実施状況
- 抗悪性腫瘍剤等の投与量
- 主な副作用の発現状況
- その他医学・薬学的管理上必要な事項

CTCAEにおける評価

# CTCAE（有害事象共通用語基準）

- 有害事象をグレード評価するもの
- グレード 1～5で評価（5は死亡）
- 通常2～3は化学療法の休薬検討



副作用の程度を4段階で評価しています  
あなたは本日2なので、  
前回と同様の治療を行いますね

The screenshot shows the JCOG website interface. At the top, the JCOG logo (Japan Clinical Oncology Group) is visible. Below the logo, there are navigation links for '総合トップページへ', 'JCOGの基本情報', '一般の皆さん・患者さん', and '研究者・医療関係者の皆さん'. A sidebar on the left lists various resources like 'トップページ', 'プロトコール', '登録適格性確認票', 'メーリングリスト一覧', 'ツール', '手引き', '各種書式', 'ガイドライン・各種規準', 'JCOG勉強部屋', 'メールマガジン', '表彰', and '関連サイト'. The main content area features a 'トピックス' section with several news items dated from 2019.9.11 to 2019.3.1. The most prominent item is titled '「有害事象共通用語規準 v5.0日本語訳JCOG版」（略称：CTCAE v5.0 - JCOG）について', which mentions the publication of the Japanese translation of the CTCAE v5.0 by the JCOG. A red banner at the bottom of the page reads '認証付きコンテンツへの'.

| CTCAE v5.0<br>Term 日本語 | Grade 1                      | Grade 2                            | Grade 3                             | Grade 4                  | Grade 5 |
|------------------------|------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|---------|
| 悪心                     | 摂食習慣に影響のない食欲低下               | 顕著な体重減少<br>脱水または栄養失調を伴わない経口摂取量の減少  | カロリーや水分の経口摂取が不十分<br>経管栄養/TPN/入院を要する | -                        | -       |
| 爪囲炎                    | 爪襞の浮腫や紅斑;<br>角質の剥脱           | 局所的治療を要する;<br>内服治療を要する             | 外科的処置を要する;<br>身の回りの日常生活動作の制限        | -                        | -       |
| 好中球数減少                 | <LLN-1,500/mm <sup>3</sup> ; | <1,500-1,000/mm <sup>3</sup>       | <1,000-500/mm <sup>3</sup> ;        | <500/mm <sup>3</sup> ; < | -       |
| 呼吸困難                   | 中等度の労作に伴う息切れ                 | 極めて軽度の労作に伴う息切れ<br>身の回り以外の日常生活動作の制限 | 安静時の息切れ;<br>身の回りの日常生活動作の制限          | 生命を脅かす<br>緊急処置を要する       | 死亡      |
| 脱毛症                    | 50%未満の脱毛;                    | 他人にも容易にわかる50%以上の脱毛;                | -                                   | -                        | -       |

# 進行・再発胃癌

## ニボルマブ療法レジメン

切除不能/再発 胃癌 ニボルマブ レジメン  
 < 14日間隔・PDまで >

G-27

| 治療日    |  | 第1日目 | 第2日目 | 第3日目 | 第4~7日目 | 第8~14日目 | 第15日目 |
|--------|--|------|------|------|--------|---------|-------|
| 治療内容   |  |      |      |      |        |         |       |
| 検査     | 採血   | ○    |      |      |        |         | ○     |
|        | 胸部X線   | ○    |      |      |        |         | ○     |
| 診療     | 副作用の問診   | ○    |      |      |        |         | ○     |
|        | 検査結果   | ○    |      |      |        |         | ○     |
| 治療中止基準 | ①G2以上の肺臓炎<br>②副腎クリーゼの疑い<br>③G3以上の皮膚障害・神経障害<br>④AST、ALT>5×ULN<br>⑤T-Bil>1.5×ULN<br>⑥Cr>1.5×ベースライン<br>⑦G2以上の下痢 | —    | —    | —    | —      | —       | —     |



# ワークシート

---

がん化学療法ワークシート

経時的に副作用発現時期の記載





# 【アブラキサン+ゲムシタピン療法について】



様

7 コース目

😊 お薬の名前と治療のスケジュール(副作用の状況を考慮して、抗がん剤の影響が強くなっていると考えられる場合は、次回の治療開始を延期することがあります。)

| 薬の名前                   | 作用             | めやすの<br>時間 | 1日目 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 |          |          |          |          |          |          |          |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           | 1日目<br>29 |
|------------------------|----------------|------------|--|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
|                        |                |            | 3/2<br>木   | 3/3<br>金 | 3/4<br>土 | 3/5<br>日 | 3/6<br>月 | 3/7<br>火 | 3/8<br>水 | 3/9<br>木 | 3/10<br>金 | 3/11<br>土 | 3/12<br>日 | 3/13<br>月 | 3/14<br>火 | 3/15<br>水 | 3/16<br>木 | 3/17<br>金 | 3/18<br>土 | 3/19<br>日 | 3/20<br>月 | 3/21<br>火 | 3/22<br>水 | 3/23<br>木 | 3/24<br>金 | 3/25<br>土 | 3/26<br>日 | 3/27<br>月 | 3/28<br>火 | 3/29<br>水 |           |
| 生理食塩液<br>アロキシ<br>デキセート | 吐き気を抑える<br>薬です | 30分        | ☺  |          |          |          |          |          |          |          |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           | ☺         |           |
| 生理食塩液<br>アブラキサン注       | 抗がん剤です         | 30分        | ☺  |          | 145mg    |          |          |          |          |          |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           | ☺         |           |
| 生理食塩液                  | ルート洗浄用         |            | ☺  |          |          |          |          |          |          |          |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           | ☺         |           |
| 生理食塩液<br>ゲムシタピン        | 抗がん剤です         | 30分        | ☺  |          | 100mg    |          |          |          |          |          |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           | ☺         |           |
| 生理食塩液                  | ルート洗浄用         |            | ☺  |          |          |          |          |          |          |          |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           | ☺         |           |

今回の用量

この日はお休みです。

## 😊 治療による副作用

注意が必要な時期

|      | 副作用             | グレード | 1日目 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 |          |          |          |          |          |          |          |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           | 1日目<br>29 |
|------|-----------------|------|--|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
|      |                 |      | 3/2<br>木   | 3/3<br>金 | 3/4<br>土 | 3/5<br>日 | 3/6<br>月 | 3/7<br>火 | 3/8<br>水 | 3/9<br>木 | 3/10<br>金 | 3/11<br>土 | 3/12<br>日 | 3/13<br>月 | 3/14<br>火 | 3/15<br>水 | 3/16<br>木 | 3/17<br>金 | 3/18<br>土 | 3/19<br>日 | 3/20<br>月 | 3/21<br>火 | 3/22<br>水 | 3/23<br>木 | 3/24<br>金 | 3/25<br>土 | 3/26<br>日 | 3/27<br>月 | 3/28<br>火 | 3/29<br>水 |           |
| 自覚症状 | 過敏症             |      | 発疹や顔のほてり、じんましん、眼が腫い、息苦しいなどの症状が出た場合はお知らせ下さい。                                  |          |          |          |          |          |          |          |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |
|      | 血管痛・静脈炎         | G1   | 点滴の途中に、注射部分や   |          |          |          |          |          |          |          |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |
|      | 筋肉痛・関節痛         |      | 肩や背中、腰や腕などの筋   |          |          |          |          |          |          |          |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |
|      | 手足のしびれ          | G1   | 手足のしびれ、麻痺  |          |          |          |          |          |          |          |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |
|      | 脱毛(明髪・まつ毛・眉毛など) | G2   | 髪質が少し変わることもありますが、治療後半程度でまた生えてきますので、心配しすぎないでください。                             |          |          |          |          |          |          |          |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |
| 検査値  | 白血球減少           | G2   | 感染しやすくなりますので、手洗いやうがいを中心に行いましょう。必要に応じて白血球数を上げる注射をすることがあります。発熱時はお知らせ下さい。       |          |          |          |          |          |          |          |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |
|      | 赤血球減少(貧血)       | G2   | 貧血の症状(めまい・ふらつき)がでたりします。転倒に注意しましょう。   |          |          |          |          |          |          |          |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |
|      | 血小板減少           | G2   | 出血しやすくなって手足に赤い点やあざがでたり、歯ぐきから血が出たりすることがあります。転倒に注意しましょう。                       |          |          |          |          |          |          |          |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |
|      | 肝機能低下           |      | 体がだるい、食欲がでない、皮膚のかゆみ、皮膚や白目が黄色くなる場合があります。                                      |          |          |          |          |          |          |          |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |

副作用のグレード



- 注射の針を刺している部分に違和感や腫脹、痛みなどがありましたら、すぐにお知らせください。
- 上の表は治療のスケジュールや副作用が出やすい時期の目安を示したものです。必ずこの通りになるとは限りません。
- それぞれの副作用に対して、必要に応じてお薬を使うこともあります。
- 何か気になる症状が出たり、お聞きになりたいことなどありましたら、気軽に医師・看護師・薬剤師にお尋ねください。

G1 吐気下痢

# 免疫チェックポイント阻害剤

→ メーカー提供問診票

● 前回の受診から体調に変化はありませんか？

体調チェック  
記入日

年 月 日

## 呼吸器系の変化

- 息切れはありますか？  
 はい ・  いいえ
- 新たに咳がでたり、悪化したりしていますか？  
 はい ・  いいえ

## 胃腸の変化

- 排便回数は増加していますか？  
 はい ・  いいえ  
【 1日 回 】
- 便の色・状態に変化はありますか？  
(黒い、粘液や血液が混じるなど)  
 はい ・  いいえ  
【 具体的に 】
- 1日に3回以上の嘔吐はありますか？  
 はい ・  いいえ
- 食事ができないような吐き気はありますか？  
 はい ・  いいえ
- 腹痛はありますか？  
 はい ・  いいえ

## 皮膚の変化

- 発疹はありますか？  
 はい ・  いいえ
- かゆみはありますか？  
 はい ・  いいえ
- 皮膚や目の色に変化がありますか  
(黄色)？  
 はい ・  いいえ

## 筋肉の変化

- 胸や太ももの筋力の低下を感じますか？  
 はい ・  いいえ
- 体がだるいと感じますか？  
 はい ・  いいえ
- 体に痛みはありますか？  
 はい ・  いいえ  
【 具体的に 箇所 】  
【 具体的な部位: 】

## 一般的症状の変化

- 腫物がありますか？  
 はい ・  いいえ
- のまいや意識がつかれることが  
ありますか？  
 はい ・  いいえ
- 冷えを感じますか？  
 はい ・  いいえ
- 38℃以上の熱はありますか？  
 はい ・  いいえ
- 寝っても疲れが残っていますか？  
 はい ・  いいえ
- 血尿または尿の色に変化は  
ありますか？(黒色・紅茶色)  
 はい ・  いいえ

上記以外の症状で、いつもとは違う症状や気になる症状はありませんか？

# 院外処方せん

(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)

1/1

|  |   |                    |           |                                |   |   |   |
|--|---|--------------------|-----------|--------------------------------|---|---|---|
| 公費負担者番号  |   | 保険者番号              |           | 1                              | 2 | 3 | 4 |
| 公費負担医療の受給者番号   |   | 被保険者証・被保険者手帳の記号・番号 |           |                                |   |   |   |
| 患者   | ID番号  | 0090000100         |           | T870-0263<br>大分県大分市横田2丁目11番45号 |   |   |   |
|  | 氏名  | テスト 100 様          |           | 大分医療センター<br>TEL (097) 693-1111 |   |   |   |
|  | 生年月日  | 昭和30年03月03日        | 男性        | 電話番号<br>TEL (097) 693-1111     |   |   |   |
|  | 区分  | 本人                 | 3割        | 診療科目<br>腎臓内科                   |   |   |   |
| 交付年月日  |   | 平成29年01月27日        | 処方せんの使用期限 | 平成                             | 年 | 月 | 日 |
| 処方   | 変更不可欄に「レ」又は「X」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。  |                    |           |                                |   |   |   |
|  | 1) 硝ピス「ヨシダ」 2g<br>タンニン酸アルブミン 2.4g<br>ラックビー微粒N 1% 2g<br>ロートエキス散 0.6g<br>・ ・ ・ 1日3回 毎食後 5日分<br>以下余白 |                    |           |                                |   |   |   |
| 備考   | 「変更不可」欄に「レ」又は「X」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。   |                    | 麻薬施用者番号   |                                |   |   |   |
|  | 保険医署名 印   |                    | 患者住所      |                                |   |   |   |
| 保険薬局が調剤時に医薬を確認した場合の対応（特に指示がある場合は「レ」又は「X」を記載すること。）<br><input type="checkbox"/> 保険医署名欄へ記載併記した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医署名欄へ情報提供 |   |                    |           |                                |   |   |   |
| 調剤年月日  |   | 公費負担者番号            |           |                                |   |   |   |
| 保険薬局の所在地及び名称   |   | 公費負担医療の受給番号        |           |                                |   |   |   |
| 保険薬剤師氏名  |   | 印                  |           |                                |   |   |   |

## 患者様へ

- この院外処方箋は、医療費お支払いの際に会計窓口へご提示下さい。領収印を押印します。
- 領収印のないものは無効となりますのでご注意ください。
- 特に使用期限の指定がない場合は、4日以内に最寄りの保険薬局に提出して下さい。
- ご希望により、事前に保険薬局へFAXにて送信します。「院外処方箋FAXコーナー」へお越し下さい。
- 検査結果を保険薬局に伝えたくない場合は、点線部分で切り離して処方箋を渡して下さい。

|      |
|------|
| 領収印欄 |
|------|

切り取り線

## 保険調剤薬局への連絡事項

下記項目は、処方監査、服薬指導の際にご活用下さい。  
服薬指導終了時に切り離し、お渡しいただいて構いません。  
(検査値は過去3カ月の最新値です)

| 検査項目    | 検査日        | 結果値                          |   | 下限値   | 上限値   |
|---------|------------|------------------------------|---|-------|-------|
| WBC     | 2017/01/27 | 5.2 $10^3/\mu\text{L}$       |   | 3.3   | 8.6   |
| NEUT    | 2017/01/27 | 55.0 %                       |   | 40.0  | 70.0  |
| Hb      | 2017/01/27 | 14.8 g/dL                    | 男 | 13.7  | 16.8  |
|         |            |                              | 女 | 11.6  | 14.8  |
| PLT     | 2017/01/27 | 102 $10^3/\mu\text{L}$       |   | 158.0 | 348.0 |
| eGFR    | 2017/01/27 | 36.4 ml/分/1.73m <sup>2</sup> |   | 90 ≤  |       |
| CRE     | 2017/01/27 | 0.94 mg/dL                   | 男 | 0.65  | 1.07  |
|         |            |                              | 女 | 0.46  | 0.79  |
| HbA1c   | 2017/01/13 | 5.0 %                        |   | 4.9   | 6.0   |
| AST     | 2017/01/27 | 36.0 U/L                     |   | 13.0  | 30.0  |
| ALT     | 2017/01/27 | 14.9 U/L                     | 男 | 10.0  | 42.0  |
|         |            |                              | 女 | 7.0   | 23.0  |
| γ-GT    | 2017/01/27 | 24.3 U/L                     | 男 | 13.0  | 64.0  |
|         |            |                              | 女 | 9.0   | 32.0  |
| TB      | 2017/01/27 | 0.7 mg/dL                    |   | 0.4   | 1.5   |
| CK(CPK) | 2016/12/09 | 230.0 U/L                    | 男 | 59.0  | 248.0 |
|         |            |                              | 女 | 41.0  | 153.0 |
| CRP     | 2017/01/27 | 2.0 mg/dL                    |   | 0.00  | 0.14  |
| K       | 2017/01/27 | 2.0 mmol/L                   |   | 3.6   | 4.8   |
| Na      | 2017/01/27 | 120.0 mmol/L                 |   | 138.0 | 145.0 |
| PT-INR  | 2017/01/27 | 0.8                          |   | 0.9   | 1.1   |

切り取り線

切り取り線

切り取り線

|     |            |     |            |      |                     |
|-----|------------|-----|------------|------|---------------------|
| 身長  | 175.0cm    | 体重  | 56.0kg     | 体表面積 | 1.681m <sup>2</sup> |
| 測定日 | 2015/05/20 | 測定日 | 2015/05/20 |      |                     |

### ③ 相談体制

---

保険薬局等からのレジメンに関する照会等に応じる体制を整備すること。



## FAX窓口の設置

## ③ 相談体制

---

### \* 相談内容

- ①化学療法レジメン（抗がん剤、輸液、支持療法薬）に関すること
- ②化学療法のスケジュールや投与量に関すること
- ③抗がん剤の調製方法
- ④患者への指導方法
- ⑤その他

※患者の服薬指導等に必要な情報の提供は 別途ご相談ください。

### ③ 相談体制

---

**FAX** (097-528-9651)

がん薬物療法相談用 FAX 用紙

**電話** 薬剤部呼び出し

緊急時のみ





## ③ 相談体制

---

### \* 相談可能時間

- ・ 月～金曜日（祝日を除く病院稼働日） 9：00～17：00
  - ※17:00 以降は、翌病院稼働日扱い

### \* 相談内容に対する返答

- ・ 24 時間以内に FAXにて返答
  - ※時間を要すること、電話にて直接確認することあり

## 院外薬局の方へ

薬剤部ではがん薬物療法に関する相談をお受けし、情報提供致します。  
お困り際には、ぜひご相談ください。

### 以下のような相談をお受け致します。

1. 化学療法レジメン（抗がん剤、輸液、支持療法薬）に関すること
2. 化学療法のスケジュールや投与量に関すること
3. 抗がん剤の調製方法
4. 患者への指導方法
5. その他

※患者の服薬指導等に必要な情報の提供は別途ご相談ください。

### 相談方法

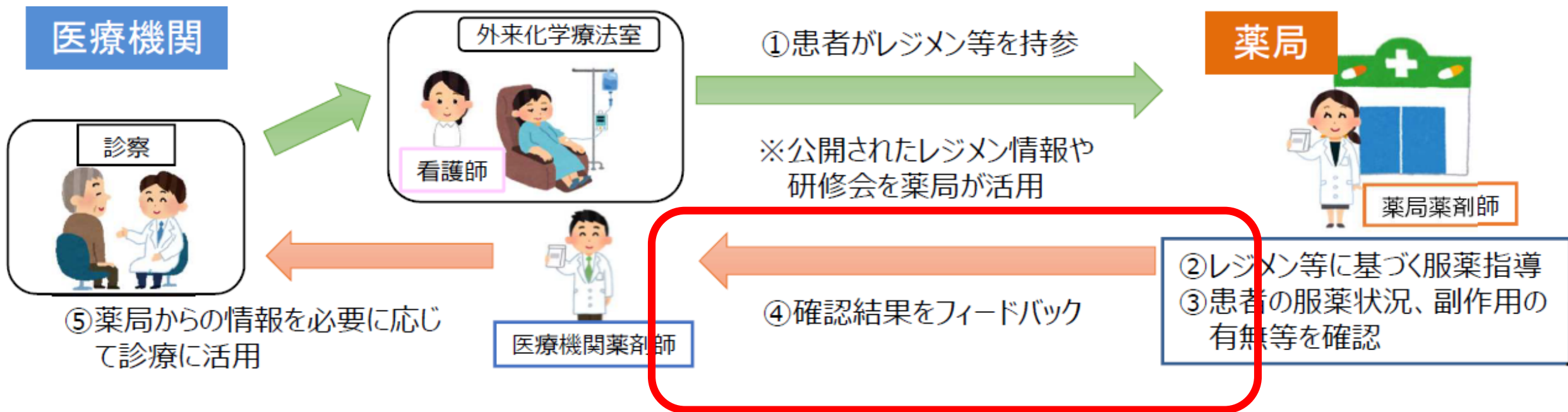
1. FAX (097-528-9651)  
別紙「[がん薬物療法相談用FAX用紙](#) **DOC**」に詳細を記入のうえ、送信してください。
2. TEL (097-593-1111) \* 薬剤部を呼び出してください  
緊急時のみ電話で対応致します。

### 相談可能時間



PAGE TOP

# ④ 抗がん剤情報共有シート



## トレーニングレポート

# ④ 抗がん剤情報共有シート

【対象】 緊急でないが  
主治医と共有したい情報

【項目】 経口抗がん薬の適正使用  
服薬状況  
副作用疑い  
残薬調整  
その他

疑義照会ではありません

大分医療センター 地域連携センター  
FAX: 097-528-9651

保険薬局・保険医療機関 → 地域連携センター  
→ 薬剤部 → 担当医

↑

### 抗がん剤情報共有シート

担当医: \_\_\_\_\_ 科 \_\_\_\_\_ 殿 報告日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

|   |  |                       |
|---|--|-----------------------|
| 患者ID:<br>患者名:<br>(生年月日: _____)  | 保険薬局・保険医療機関名称・住所   |                       |
| 患者又は代諾者<br>からの同意  | <input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない<br>代諾者続柄: _____ | TEL: _____ FAX: _____ |
| <input type="checkbox"/> この情報を伝えることに対し、患者の同意を得ておりませんが、治療上必要と考えられるため報告いたします。 |  | 担当薬剤師: _____ 印        |

処方箋に基づき調剤し、薬剤を交付しました。  
下記の通り、ご報告すべき点がございましたので、ご高配賜りますようお願い申し上げます。

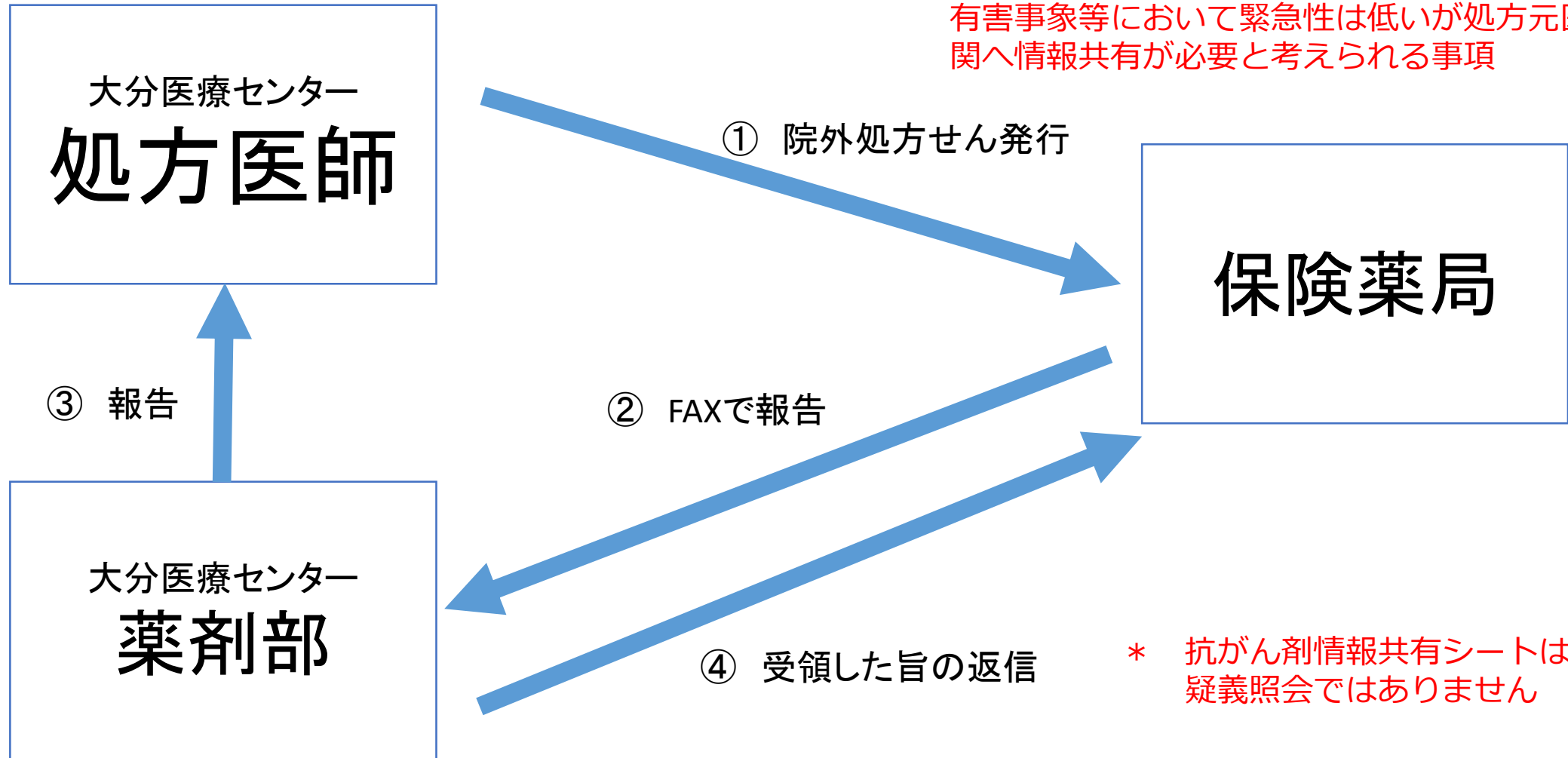
|    |  |
|----|--|
| 分類 | <input type="checkbox"/> 経口抗がん薬の適正使用<br><input type="checkbox"/> 服薬状況<br><input type="checkbox"/> 副作用疑い<br><input type="checkbox"/> 残薬調整<br><input type="checkbox"/> その他 ( _____ ) |
|----|--|

【上記選択肢の詳細な内容】

【薬剤師としての所見・提案事項】

# 抗がん剤情報共有シートの運用概念図

\*対象： アドヒアランス・残薬状況・治療上の有害事象等において緊急性は低いが処方元医療機関へ情報共有が必要と考えられる事項



\* 抗がん剤情報共有シートは  
疑義照会ではありません

# 患者指導

---

# 流涙

## ➤ S-1を中心として起こる

### 軽症

防腐剤を含まない人口涙液で1日に6~10回  
目の表面に滞留する5-FUを洗い流す

### 重症

涙道チューブ

### 発現率

承認時までの臨床試験及び市販後臨床試験（胃癌：SPIRITS）における流涙の発現率は下表のとおりでした。  
市販後臨床試験での流涙発現例50例中、グレード3は1例、グレード2は3例であり、他は全例グレード1でした  
（NCI-CTC ver 2.0\*）。

| 副作用 | 承認時までの臨床試験     |                   | 市販後臨床試験（胃癌：SPIRITS） |                    |
|-----|----------------|-------------------|---------------------|--------------------|
|     | 単独投与<br>(751例) | CDDP併用投与<br>(55例) | 単独投与<br>(150例)      | CDDP併用投与<br>(148例) |
| 流涙  | 21例 (2.8%)     | 3例 (5.5%)         | 24例 (16.0%)         | 26例 (17.6%)        |

# 流涙対応

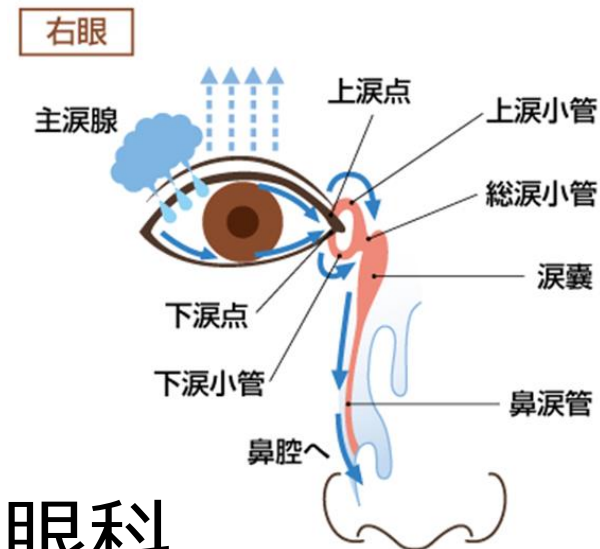
防腐剤なし  
(OTC)



医薬品



涙道専門医



大分みぞぐち眼科

たなか眼科

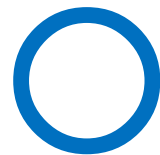
三好眼科内科医院

\* 紹介状を持って



# 皮疹 爪囲炎

- 感染 → アクアチム
- 痂皮 → サリチル酸ワセリン
- ざ瘡、爪囲炎 → ディフェリン



凍結療法は  
続かない...

# 口内炎

---

- アズノール  
キシロカイン + 生食 全500mL
- 半夏瀉心湯うがい  
→ 溶け残っていても可だが、溶かさないと痛む
- オプソ



# 末梢神経障害

---

- サインバルタ  
30→60m g

Lavoie-Smith EM, Pang H, Cirrincione C, et al. Effect of duloxetine on pain, function, and quality of life among patients with chemotherapy-induced painful peripheral neuropathy: A randomized clinical trial. JAMA. 2013; 309(13):1359-1367.

- 牛車腎気丸 + ブシ末  
1.5~6 g / 日

エルプラットの末梢神経障害への牛車腎気丸投与無効例に対するブシ末追加による有用性: O25-4 日本癌治療学会2013

XELOX/FOLFOX治療時の血管痛, 末梢神経障害への牛車腎気丸(TJ-107)+ブシ末(TJ-3023)併用療法の有効性の検討 RS-14-2 第68回日本消化器外科学会総会

# 発熱

---

- 発熱性好中球減少？
  - 薬剤熱？
  - 胆管炎？
  - 免疫チェックポイント？
- 投与後 数日以内～

38℃以上の熱は必ず連絡する そこまで高くななくても可  
一旦下がっても連絡すること！

# COVID-19関連で

## 西川医師のタグリッソ投与中患者



めまいがあって、かかりつけの病院にかかったんですけど  
その時に37℃あると言われました。  
通常35℃台なので、コロナの可能性もあるし  
大分医療センターに報告するように言われたんですけど



呼吸苦等、症状はないんですね。今日が発熱1日目ですね。

西川医師にはメールで報告  
発熱やその他症状がないかテレフォンフォロー

# 皮膚症状

---

(参考)

S1

タルセバ

免疫チェックポイント

# 免疫チェックポイントも併用時代へ

---

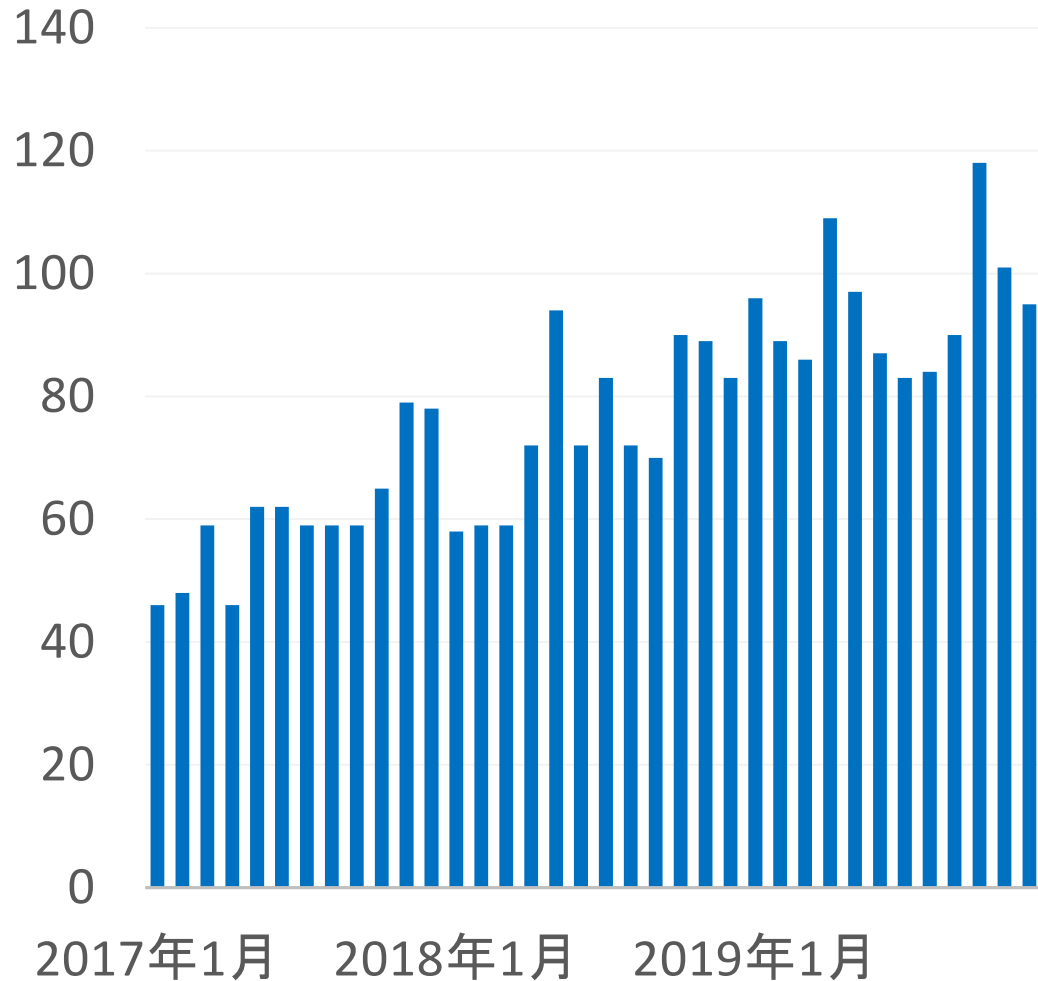
- 免疫関連？
- 殺細胞性？
- 分子標的？

当院における実際

---



# 投与状況



| レジメン名           | 臓器   | 人数 |
|-----------------|------|----|
| nabPTX+GEM      | 膵    | 20 |
| 肝動注(CDDP+5-FU)  | 肝臓   | 16 |
| XELOX           | 大腸   | 13 |
| PEM             | 肺    | 10 |
| ペムブロリズマブ        | 尿路上皮 | 10 |
| ニボルマブ           | 胃    | 10 |
| CBDCA+GEM       | 胃    | 8  |
| DOC+PSL         | 前立腺  | 7  |
| GEM             | 膵/胆道 | 7  |
| XELOX+ベバシズマブ    | 大腸   | 7  |
| mFOLFOX6+ベバシズマブ | 大腸   | 7  |

# 加算 算定者

---

- 静注化学療法を行っているもの
- ほとんどが初回ではない  
(初回は入院となっているため)
- 化学療法室専従でないため、  
可能な場合にワークシートを配布

# 患者の反応

---

- 興味がないと言われる
- 薬局に行って提示したくないという患者あり

# Q & A

---

① レジメン番号を院外処方せん上で確認できないか

→ 現システム上は不可

② 加算を取られていることが分かる方法がないか

→ 患者に用紙を持っていないか尋ねる

院外処方せんへの記載ができないため

ご清聴  
ありがとうございました

---