

平成29年度病院医学教育研究助成成果報告書

報告年月日	平成30年4月4日
研究・研修課題名	日本緩和医療薬学会 教育セミナー <6月開催>
研究・研修組織名 (所属)	薬剤部 (薬剤部)
研究・研修責任者名 (所属)	土江 晴江(薬剤部)
共同研究・研修実施者名 (所属)	土江 晴江(薬剤部)

目的及び方法、成果の内容

①目的

緩和医療において多職種によるチーム医療が特に重要であり、このチーム医療における薬剤師の役割は、患者の身体症状、精神的症状を薬学的視点からアセスメントし、医薬品の情報収集・提供、服薬指導を含む患者情報の収集、使用される薬剤すべてのリスクマネジメントチェック、特殊製剤の対応の検討、薬物治療モニタリング、薬物適正使用のためのスタッフ教育および患者情報を薬物治療の視点からチーム医療のスタッフへフィードバックすることなど、多岐にわたる。平成20年度診療報酬改定で緩和ケア診療加算は緩和ケアチームへの専任の薬剤師の配置を要件に引き上げられ、さらに平成24年度診療報酬改定では、外来緩和ケア管理料加算の算定要件に緩和ケアの経験を有する薬剤師の配置が加えられた。近年、多種多様な製剤が発売され、ますます疼痛治療の選択肢が広がっている。また、団塊の世代が75歳以上の後期高齢者になる2025年問題では、在宅医療を含む地域医療の需要増大が予想され、患者や家族が在宅でよりよい時間を送るための支援が今後ますます重要となってくると思われる。そのため、最新の薬物治療に関する高い知識を得た薬剤師が患者の薬物治療に関与することで、安心・安全で適正な使用を推進していくことに貢献できると考える。また、患者およびその家族や緩和ケアチームにおける多職種との十分な意見交換を可能とするコミュニケーションスキルのアップ、居宅療養患者へのチームアプローチを含めた薬物療法を支援するため地域の薬局との密な連携なども必要とされている。当院においても患者の生命を脅かす早い段階から貢献できる緩和医療の知識・技能・態度を習得した緩和薬物療法認定薬剤師を育成することは極めて重要である。

②方 法

平成 29 年度日本緩和医療薬学会 教育セミナーが下記の日程で開催された。

時期：平成 29 年 6 月 2 日

会場：北海道（札幌コンベンションセンター）

演題：

- I. 「がん患者の心のケアにおける薬剤師の役割」講師：上村 恵一（市立札幌病院）
- II. 「がん薬物療法の最近の話題」講師：清水 康（北海道大学病院 腫瘍内科）
- III. 「泌尿器がんの化学療法」講師：高田 慎也（国立病院機構北海道がんセンター 薬剤部）
- IV. 「多職種の役割と連携」講師：岡本 拓也（社会医療法人慈恵会 聖ヶ丘サテライトクリニック）

当院薬剤部に在籍する日本緩和医療薬学会が認定する緩和薬物療法認定薬剤師 1 名を派遣し、教育セミナーを受講した。派遣された薬剤師が部内で研修内容を報告することにより他の薬剤師へ知識を伝達した。

③成 果

平成 29 年度日本緩和医療薬学会 教育セミナーの内容について一部を紹介する。

●「がん患者の心のケアにおける薬剤師の役割」講師：上村 恵一（市立札幌病院）

精神症状の多くが薬剤により引き起こされていることを常に疑う視点が重要で、せん妄と不眠については特に薬剤の関与が疑わしいといわれている。精神症状を正確にアセスメントするためには薬物動態を踏まえた薬剤性精神症状について除外が必要であり、緩和医療に携わる薬剤師の力が欠かせない。

アセスメントで重要なことは次の順序で評価していくことである。

step1. 注意力の欠如等せん妄はおこっていないか

step2. 記憶力は保たれているか、日常生活の機能（入浴、排泄、食事）に支障はないか等認知症はないか

step3. 抑うつはないか。

せん妄の除外から始めることで認知症と誤解され認知機能の回復を諦めてしまうケースや抑うつと誤解され精神疾患という偏見が生まれるケースをなくし、せん妄の原因が放置されてしまうことを避けることが可能である。

不眠をきたす可能性のある薬剤としてSSRIおよびSNRI(脳内セロトニン5-HT_{2A}受容体への刺激による)、アリピプラゾール等の抗精神病薬(ドパミン受容体の部分刺激による)、抗てんかん薬、β遮断(メラトニンの減少が関与)等の降圧薬、高脂血症治療薬、レボドパ含有製剤等の抗パーキンソン病薬等多くの薬剤があるが、副作用に眠気と不眠のどちらもあるものも多く、注意が必要である。

ステロイドが原因の不眠に対しては減量、朝に内服などの対処不可あるいは無効かつ非ベンゾジアゼピン系睡眠薬、ラメルテオン無効の場合は、耐糖能に留意しリスペリドン0.5~2 mg/日を、耐糖能異常ある場合はベロスピロン4~12 mg/日、プレガバリン25~100 mg/日を、情動変化を伴い耐糖能異常がない場合はオランザピン2.5~15 mg/日を推奨している。

不眠に対しベンゾジアゼピン系睡眠薬を開始した際には、終末期にせん妄の原因となってしまうことが多いため薬剤師による継続したモニタリングが必要である。

●「泌尿器がんの化学療法」講師：高田 慎也(国立病院機構北海道がんセンター 薬剤部)

泌尿器癌には(1)精巣腫瘍(胚細胞性腫瘍)(2)尿路上皮癌(3)前立腺癌(4)腎細胞癌がある。

(1)精巣腫瘍(胚細胞性腫瘍)は、治る固形癌として治療を開始され、性腺原発が全体の95%を占める。組織型はセミノーマと非セミノーマに分類され、非セミノーマでは放射線治療の効果は低いと言われており、化学療法単独で行われる。BEP(シスプラチン 20mg/m² Day1-5、エトポシド 100mg/m² Day1-5 プレオマイシン 30U/body Day1, 8, 15 3週毎)療法が第一選択である。予後良好群では3コースで肺毒性の報告がなかったが、4コース施行では効果はあるものの肺毒性の報告があったため3コースが推奨された。肺転移や肺に基礎疾患がある場合はイホスファミドが代替薬となり得るが、grade3以上の血液毒性が多いため十分な注意が必要である。精巣腫瘍診断治療ガイドライン2015では、BEP療法は投与間隔を維持して遂行することも重要で好中球数500/mm³、血小板数10万/mm³未満では延長は3日以内にとどめるべきとされ、G-CSF製剤の2次予防方法を行い、減量しないことが推奨されている。

(2) 尿路上皮癌は、腎盂、尿管、膀胱および尿道を覆う移行上皮に主に発生するものが約90%を占める。筋層非浸潤癌は膀胱癌の約70%を占め、経尿道的膀胱腫瘍切除術(TUR-Bt)による切除を目指す。筋層浸潤癌は根治的膀胱全摘+骨盤リンパ節郭清+尿路変更術を行い、局所進行癌では術前化学療法奏効後膀胱全摘を考慮する。転移癌、再発癌にはGC療法が推奨される。

GC(GEM 1000mg/m² CDDP 70mg/m²)療法の3週 v. s. 4週ではgrade3以上の血液毒性(血小板数減少)において顕著な有意差があり、RBC輸血の頻度も有意に多いが、生存期間(OS)、無増悪生存期間(PFS)は3週、4週で差が認められていない。シスプラチンが基本であるが腎機能を考慮したカルボプラチンが代替として検証された。

(3) 前立腺癌は、ホルモン依存性の疾患で腺癌が多くを占める。局在性の場合には、放射線治療、根治的前立腺全摘除術、アンドロゲン除去療法が選択される。去勢抵抗性前立腺がん(男性ホルモンの分泌が抑えられているにもかかわらず悪化する)やCRPC(男性ホルモンが出ないような処置をされていて血液中の男性ホルモンの濃度も非常に低いにもかかわらず、がんが進行したり、PSAの値が上昇している)ではドセタキセル(3週間毎)が一番成績がよい。CRPCにおけるエンザルタミドは、ドセタキセル施行後もOSの延長が示され、ドセタキセル施行前ではOSに差は認められないが画像上の増悪までのOSは延長した。CRPCにおけるアビラテロンは、ドセタキセル施行後においてもOSの延長が示された。ジェブタナの発熱性好中球減少症(FN)は国内第I相試験では54.4%で認められ、海外第III相試験ではgrade3以上のFNが7.5%と発現頻度が違うことが注意点である。

Ra223は骨転移(予後6か月未満、superscanを除く)がある人に効果があり、症候性骨関連事象(SSE)の初回発現までの期間を延ばすことに期待できる。

(4) 腎細胞癌は、男性に多く、危険因子として肥満、高血圧、喫煙などが知られている。約80%は淡明細胞型でvon Hippel Lindau(VHL)遺伝子が関与し肺、骨、肝臓、脳が主な転移臓器である。I~III期は腎切除術を、IV期では外科的に切除不能な場合に分子標的薬であるチロシンキナーゼ阻害剤(TKI)やmTOR阻害剤(mTOR)が投与される。First lineでTKIを投与した後second lineでmTORかTKIなのかは次々と新薬が登場する中で高いエビデンスレベルを求めることは困難になっているがTKI→TKIへの切り替え戦略を基本として治療を進めてい

く。薬剤師は、分子標的薬による治療方法の基本的な流れや副作用対策等を把握することが重要である。

本研修会は、日本緩和医療薬学会主催で開催され、緩和薬物療法認定薬剤師の認定資格を更新(5年毎)するための単位取得の一つとなっている。講義を聴講することで緩和薬物療法の他、がん薬物療法やコミュニケーション能力など緩和薬物療法認定薬剤師に必須な最新の知識を修得することができたほか、更新に必要な単位を取得できた。

また、緩和ケアチームによる診療が行われた際に入院患者には緩和ケア診療加算(患者1人につき400点/日)、外来患者には外来緩和ケア管理料(患者一人につき300点/月)が診療報酬上認められているが、構成メンバーに緩和ケアの経験のある薬剤師が必須である。研修実施者は緩和ケアチームに所属し、外来や入院の緩和ケアを必要とする患者により適切で安全な薬物療法を実現でき、チーム医療の向上や、診療報酬上の利益に貢献し、研修内容を薬剤部内で報告することにより緩和薬物療法における薬剤師全体の知識向上に寄与できたと考える。