

平成 24 年度日本医療薬学会がん薬物療法海外研修 参加報告

国立がん研究センター 中央病院 薬剤部

小井土 啓一

1. はじめに

このたび、日本医療薬学会がん薬物療法海外研修派遣員として2012年6月1日より6月9日までの期間で、米国イリノイ州シカゴで開催された米国臨床腫瘍学会 (American Society of Clinical Oncology : ASCO) への参加、およびミシガン州アナーバーのミシガン大学病院 (University of Michigan Medical Center) における先進的ながん医療における薬剤師業務と薬剤部の取り組みについて研修する機会を得たので報告する。



2. ASCO 2012 Annual Meeting

ASCO はOncology に携わる医療者・研究者であれば誰もが参加したいと思う世界最大・最高の学会であり、参加者は3万人以上といわれている。そのため会場のホスピタリティは十分に考慮されており、広大な会場で迷うことはほとんどなく、入場制限や入場待機列もほとんどない。プログラムも膨大であるため、公式サイト上で自分の興味や専門領域に合わせた行動予定の立案や抄録の抽出ができ、スマートフォンなどの携帯端末で共有することで、私のようなASCO 初心者でも重要なセッションを逃すことはない。

特別講演やシンポジウムをはじめとする口頭発表はすべて録画され、ASCOサイト上でVirtual Meeting として閲覧可能になっている。従って内容自体は日本に居ながらに見ること



はできるが、その場の緊張感や Power を感じたことは現場に居たからこそその貴重な体験であった。特に Plenary Session での Dr. Jain の Special

Lecture は圧巻であったし、それに引き続いて発表されたHER2 陽性転移性乳がんに対する Trastuzumab Emtansine (T-DM1)の有効性を検討した EMILIA 試験の中間報告も、全生存(OS)での圧倒的な優位性が示され、Dr. Blackwell が大きな喝采を浴びていた。

今回のASCOで個人的に期待していたセッションの1つが「Designing Clinical Trials for Older Patients」であった。患者の高齢化は日本のみの問題ではなく、対象症例の「選択基準」をどう真の一般化に結び付けるか、抱える問題とそれに対する認識は多くが共通していた。多くのジレンマを抱えながらも「次世代の患者のためには研究を進めていかなければ何も変わらない」という結びの言葉で締めくくられ、問題点を整理しつつも「倫理的」とは何かを再考する機会であった。

一般演題では「Patient and Survivor Care」カテゴリーに注目した。本邦にて薬剤師が報告する臨床研究の大半は「緩和」領域と「副作用対策」であり、ASCOにおいてもそれは重要な issue として取り上げられていた。Breakthrough 時の追加制吐療法として Olanzapine の Metoclopramide に対する優位性を証明したNavari らの Double Blind, Randomized Phase III 試験や、同じく Double Blind, Randomized でがん患者の倦怠感に対する Methylphenidate の有効性を Placebo 対照で評価した Escalante らの報告は、結果はもちろんのこと自らの実績に基づく洗練された研究デザインには感心させられた。

3. University of Michigan Medical Center

University of Michigan Medical Center は米国ミシガン州デトロイトからほど近いアナーバー (Ann Arbor: 悪性リンパ腫の病期分類で名高い) にある。今回は2日間の日程で回診同行と講義を企画していただいた。

Lunch Time も時間を割いて日米の医療体制の違いなどざっくばらんな Discussion にもつきあっていただいた。訪問時の薬剤師数は101名でこれを27の専門領域

と薬剤部に配置しているとのことだったが、BCOP の認定を受けているのは7名であり、少ない印象であったが大学病院では平均的とのことであった。また、University of Michigan の先駆的な試みとして Amenia Management の Consultation を Clinical Pharmacist が行っていることが紹介され、今後の展開などについて議論を行った。

今回の研修で、私が最も期待していたのは午前中の回診同行であった。Bone Marrow Transplantation は日本でそれなりに自分も関わりを持ってきた領域でもあるし、歴史的に米国の Clinical Pharmacy を大きく発展させた分野であると理解していたからである。Pediatric Oncology Section では週1回の合同カンファレンスにも参加が叶い、化学療法と移植後の再発という難治例に対してどの治療選択肢をとるかという、まさにエビデンスのない世界の攻防に立ち会うことができた。そして結論が出たところで、担当医は即患者(家族)のところに再説明へ向かい、薬剤師は治療薬の手配・調製が可能かどうかすぐに Center Pharmacy へ電話を入れるという迅速な行動も印象的であった。その後の Team Round は日本の Oncology



Team でも広く行われてきていると思うが、UMHS の Team は Round 時にとにかく患者とよく話す。いい話も悪い話も、さらに昨日も話したことで重要だと判断すればさらに話す。

Communication を大切にしていると同時に、Team 訪問時に重要なことを聞く・伝えることによって情報共有が自然とできている。Physician Assistant や Nurse Practitioner という日本にはない職種や、Clinical Pharmacist の実力に裏付けされた存在感が高いレベルでのバランスを支えているのかもしれない。そのあたりで具体的に「何が」を挙げることはできないのであるが、日本の平均的「チーム医療」のまだ及ばない、異なる次元である印象を受けた。

4. おわりに

まだまだ欧米から学ぶことの多い本邦のがん医療において、多職種チームの中で薬剤師の積極的関与が求められるステージはより一層高くなることが十分に予想され、むしろ薬剤師側から一歩も二歩も踏み込んで Outcome にインパクトを与えるようにならないといけない。当然、そのためには今まで以上の切磋琢磨が必要であり、現状の業務システムの見直しも含まれると考える。その流れを作るためには、今回その実情を目の当たりにした我々やがん専門薬剤師がパイオニアとして臨床、教育、研究いずれにおいても実力を発揮し、情報発信していかなければならないと強く認識した。

最後に、研修の機会を与えて頂きました日本医療薬学会会頭安原真人先生、がん専門薬剤師認定制度委員長の谷川原祐介先生ほか関係の皆様にご心より深謝いたします。また、団長として同行いただきご指導を承りました加藤裕久先生、数多くの手助けをくださった“同志”の林稔展先生、新迫恵子先生に厚く御礼申し上げます。そして業務多忙な中、本研修への参加を快く後押ししてくれた国立がん研究センター中央病院の皆様にご感謝いたします。