

# 平成 25 年度日本医療薬学会がん薬物療法海外研修参加報告書

亀田総合病院 薬剤部  
安室 修

2013 年 5 月 30 日より 6 月 8 日までの期間、シカゴで開催された ASCO Annual Meeting '13 へ参加し、その後ミシガン大学病院で研修を受けたので報告します。

## 1. ASCO Annual Meeting '13



ASCO は言うまでもなく、がん領域において世界最大の学会です。

ASCO の演題は評価の高い順に以下のように分類されます。

- ・ Plenary Session
- ・ Oral Abstract Session
- ・ Poster Discussion Session
- ・ General Poster Session

それ以外にも、Abstract のみ掲載されるもの、また Reject となる演題もあります。

Oral 発表の会場は、まるでコンサート会場にいるような広さで、スクリーンが何か所にも設置されており、スケールの大きさに圧倒されるほどでした。

Plenary Session の時間帯は全ての会場でその様子がスクリーンに映し出され、発表終了後の拍手の大きさには感動を覚えました。また、今後の治療方針を変え得る発表の現場にいられたことは、大変貴重な経験であったと感じています。

ASCO の演題数は膨大であり、予めどの領域について注目するか、またそれぞれの演題に

対しての予習が重要でした。

個人的には特に上部消化管領域に注目したので、その中から興味深かった演題を紹介したいと思います。

Abstract #LAB4002 SAMIT 試験

局所進行胃癌に対する術後補助化学療法としてのフツ化ピリミジン単独療法 vs. Paclitaxel →フツ化ピリミジン逐次療法、および UFT vs. S-1 の無作為化第Ⅲ相試験

結果としては、目的であった UFT の S-1 に対する非劣性、Paclitaxel →フツ化ピリミジン逐次療法のフツ化ピリミジン単独療法に対する優越性は証明されませんでした。

Global な臨床試験が増えることにより、諸外国と同時に新薬の承認申請が可能になるなどのメリットは大きいですが、逆にその結果を日本人に外挿可能かという論議は絶えません。その中で、胃癌領域の発表は日本単独もしくは、アジア圏での臨床試験が多いため、その結果が日常臨床に直結しやすいと感じています。今回の発表も日本国内で 232 施設、1495 例が登録された結果でした。結論として negative な演題であったにも関わらず Oral Abstract Session に取り上げられたのは、良質な臨床試験デザインであったことが考えられます。

Oral Abstract Session では 2 演題終了後に、それをサマライズする発表が行われます。批判的吟味という言葉は最近よく耳にするようになりましたが、このサマライズがまさにそうでした。導き出された結果と試験デザインから、その試験の限界点や今後の研究の方向性などについて言及されます。この発表があることで各演題に対する理解が非常に深まると感じました。今後、発表バイアスを軽減し、より良質な発表にするためにも、国内学会でも同様のスタイルが採用されることを期待します。

## 2. ミシガン大学

ミシガン大学では 2 日間の研修受けました。両日とも午前は各病棟薬剤に帯同し、午後は主にレクチャーを受けるといった内容でした。

海外研修出発前に、谷川原先生からは「目から鱗」との話をお聞きしてはいたのですが、まさにその通りでした。



最近では「チーム医療」という言葉は、特に目新しいものではなくなってきました。「チーム医療」をテーマにした、研修会なども多く催されており、私個人としてもそのような会には参加する機会も過去に何度かあり、自分自身の中で「チーム医療」のイメージもできていたつもりでいました。

しかし、ミシガン大学で見た「チーム医療」は自分の想像するそれとは同じものではありませんでした。

午前9時からチームでの回診がスタートします。病室の前で15～20分程度のミーティングが行われます。まず Physician Assistant が患者の状態について説明します。その後、各職種からも様々な問題提起や、提案がなされます。私を感じたのはチームの中で医師の役割は議長のようなものであるということでした。当然、治療方針の決定は医師が行います。日本の医師は、基本的に患者の全てを把握していて各職種に指示を出すことが仕事であり、他のメディカルスタッフは医師の指示に従う、もしくは医師の補助をすることが役割のように感じていました。しかし、ミシガン大学の医師は指示を出すことはほとんどなかったように感じました。

医師は、各職種から提供された情報をもとに今後どのように治療を展開していくかを明確にします。例えば、疼痛に苦しむ患者がいたときに、疼痛の程度、現在の治療内容、肝機能や腎機能などを最も詳しいスタッフから情報を得ます。そこでその患者に最も適した治療法を提案します。そのとき、薬剤に関連するところでは、具体的な薬剤名や剤形、投与量、投与経路などは薬剤師に質問します。そこで薬剤師は処方提案を行います。当然、医師としての考えもあるので、薬剤師の提案に医師が賛同できるかどうかの判断をします。

全くの私見ではありますが、日本とアメリカの薬剤師の間にそれほどのスキルや知識の差があるとは思いませんでした。薬剤師が情報検索を行うツールや方法についても、普段自分たちが活用する情報源と同様でした。

では、日本とアメリカでは何が違うのかというところを考えると、各スタッフのスキルを十分に活用するためのシステムが違うのではないかと感じました。そのシステムが「チーム医療」であったように思います。

日本の「チーム医療」を考えたとき、「チーム医療」という言葉が先行しているイメージがあります。「チーム医療」を行うために各スタッフにできることは何か、といった考え方になってはいないでしょうか。医療は患者のために行うことが目的で、チームをつくるのが目的ではありません。患者に最良の医療を提供するための手段が「チーム医療」であったことを強く感じました。

### 3. まとめ

今回の海外研修の全てが新鮮で、衝撃的で、自分のがん治療に対する概念を根本的に考え直すきっかけになったことは間違いありません。

アメリカで見聞した全てが日本でそのまま通用することではないと思います。医療資源や経済的な問題など、そもそも国としての差異がそこにはあります。アメリカでの臨床をそのまま日

本に適応すれば解決することでもありません。アメリカの方が優れる点もあればその逆もあると思います。

がんと戦う患者に国は関係ありません。どの国の患者であっても、最良の治療を受ける権利は皆平等にあります。そこで、我々薬剤師に求められることは、最良の薬物治療の提供であると思います。

そのためにも日々の研鑽はもちろんですが、薬剤師の能力を他のスタッフに認識してもらうことも非常に重要だと感じました。薬剤師のスキルをより活用できる日本のチーム医療を構築し、患者に還元することが、今回研修に参加した我々の使命と感じています。

研修に参加する機会を与えてくださった、日本医療薬学会の諸先生方、また団長として帯同いただきました大石先生、研修を共にした前田先生、金田先生、小田中先生に感謝いたします。また、長期間にわたり職場を不在にすることを了承してくれた職場上司、同僚にこの場を借りてお礼申し上げます。