

News Letter

福岡徳洲会病院 薬剤部・臨床試験センター
連絡先：臨床試験センター 092-514-6116



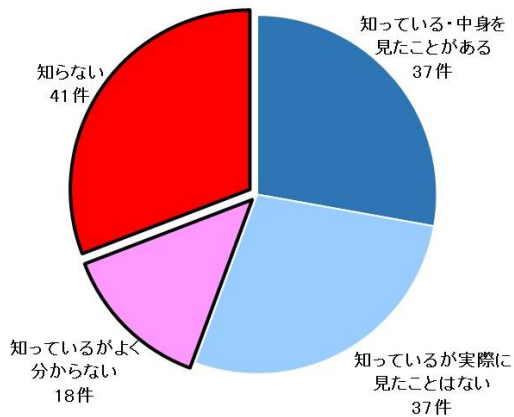
福岡徳洲会病院では、昨年夏に福岡市薬剤師会・筑紫地区薬剤師会に加入されている調剤薬局を対象とした「治験参加中の患者さんの調剤に関するアンケート」を実施いたしました。

ご協力いただいた調剤薬局の皆様、アンケートにご回答いただきありがとうございました。

実施したアンケートの結果を一部抜粋してご紹介させていただきます。

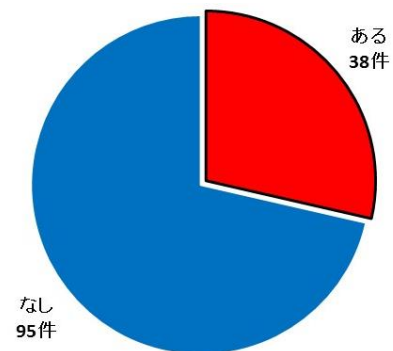
Q1. 治験参加カードについて知っていますか。

(回答数：133件)



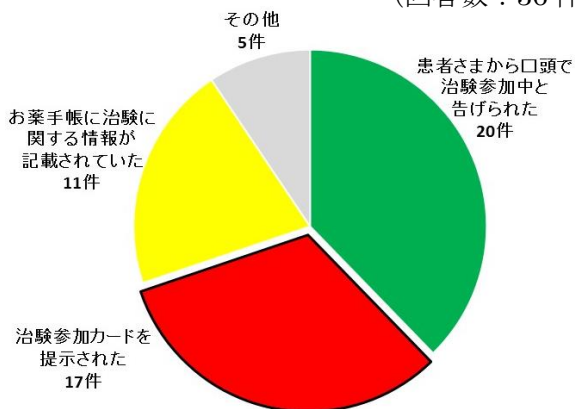
Q2. 過去1年以内に治験参加中の患者さまが来局されたことはありますか。

(回答数：133件)



Q3. 治験参加中の患者さまが来局されたことがあると答えた方は、患者さまが治験参加中であることをどこで知りましたか。(複数回答有)

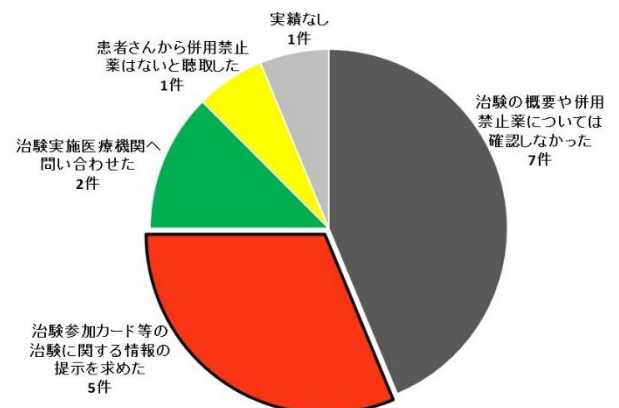
(回答数：36件)



その他内訳
処方せんや検査結果の用紙に治験参加中と記載されていた 2件
治験コーディネーターから連絡があった 2件
治験薬が処方されていた 1件

Q4. 患者さまから口頭で治験参加中であると確認した方は、治験の概要や併用禁止薬についてどのように確認しましたか。(複数回答有)

(回答数：16件)



治験を実施している医療機関では、治験に参加中の患者さまに「**治験参加カード**」をお渡しし、他の医療機関や調剤薬局に行かれた際に提示していただくようお願いしています。

しかし、「治験参加カード」を「知らない」または「よく分からない」と答えた調剤薬局は133件中59件(44.4%)であり、**治験参加カードの認知度は6割未満**でした。

また、治験参加カードを提示されたと答えた調剤薬局は36件中17件(44.2%)であり、**半数以上の患者さまが治験参加カードを提示されていない**という結果でした。

治験参加カードとは？

「**治験参加カード**」は、患者さまが他の医療機関や調剤薬局を利用する時に必要な治験に関する情報を記載したカードです。

このカードには、患者さまに守っていただきたいことや併用禁止薬・禁止療法、緊急時等の連絡先が記載されており、財布などに入れて持ち運べるように保険証やクレジットカード程度の大きさで作られています。

治験に参加中の患者さまには、常にこのカードを携帯していただくようお願いをしています。

治験参加カード		【併用禁止薬】									
治験参加期間: 20〇〇年〇月〇日～20〇〇年〇月〇日 【患者さまへ】 治験期間中はこのカードを携帯し、他の病院や診療科を受診または薬局に行かれる場合は必ずご提示下さい。 【医療関係者の方へ】 この患者さまは現在、〇〇〇〇を対象とした治験に参加しており、右面に記載の薬剤の使用が制限されています。もしも投与の必要性をお考えの場合、または副作用が発生した場合などの緊急時には、下記の連絡先までお問い合わせください。		以下の薬剤の使用は禁止されています。									
【連絡先】 医療機関名: 〇〇〇〇〇〇病院 住所: 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 治験責任医師: 〇〇〇〇〇 治験担当医師: 〇〇〇〇(〇〇〇科) お問合せ窓口: 〇〇〇〇(TEL: 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇)		<table border="1"> <thead> <tr> <th>種類</th> <th>主な薬剤名</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>〇〇に適応がある薬剤</td> <td>〇〇〇〇、〇〇〇〇、〇〇〇〇など</td> </tr> <tr> <td>〇〇に対して阻害作用又は誘導作用を有する薬剤</td> <td>〇〇〇〇、〇〇〇、〇〇〇〇 〇〇〇〇、〇〇〇〇〇〇、〇〇〇〇〇〇など</td> </tr> <tr> <td>〇〇に影響する可能性のある栄養補助食品やサプリメント</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	種類	主な薬剤名	〇〇に適応がある薬剤	〇〇〇〇、〇〇〇〇、〇〇〇〇など	〇〇に対して阻害作用又は誘導作用を有する薬剤	〇〇〇〇、〇〇〇、〇〇〇〇 〇〇〇〇、〇〇〇〇〇〇、〇〇〇〇〇〇など	〇〇に影響する可能性のある栄養補助食品やサプリメント		◆ 治験参加期間中に新たに服薬することができない薬剤 ・ 〇〇〇〇薬(治験参加期間中は用量変更、薬剤追加は避けて下さい。) ・ 〇〇〇〇製剤 ・ 〇〇〇〇剤 ※ 局所への使用は可能です。
種類	主な薬剤名										
〇〇に適応がある薬剤	〇〇〇〇、〇〇〇〇、〇〇〇〇など										
〇〇に対して阻害作用又は誘導作用を有する薬剤	〇〇〇〇、〇〇〇、〇〇〇〇 〇〇〇〇、〇〇〇〇〇〇、〇〇〇〇〇〇など										
〇〇に影響する可能性のある栄養補助食品やサプリメント											

～治験参加カードに記載されている情報～

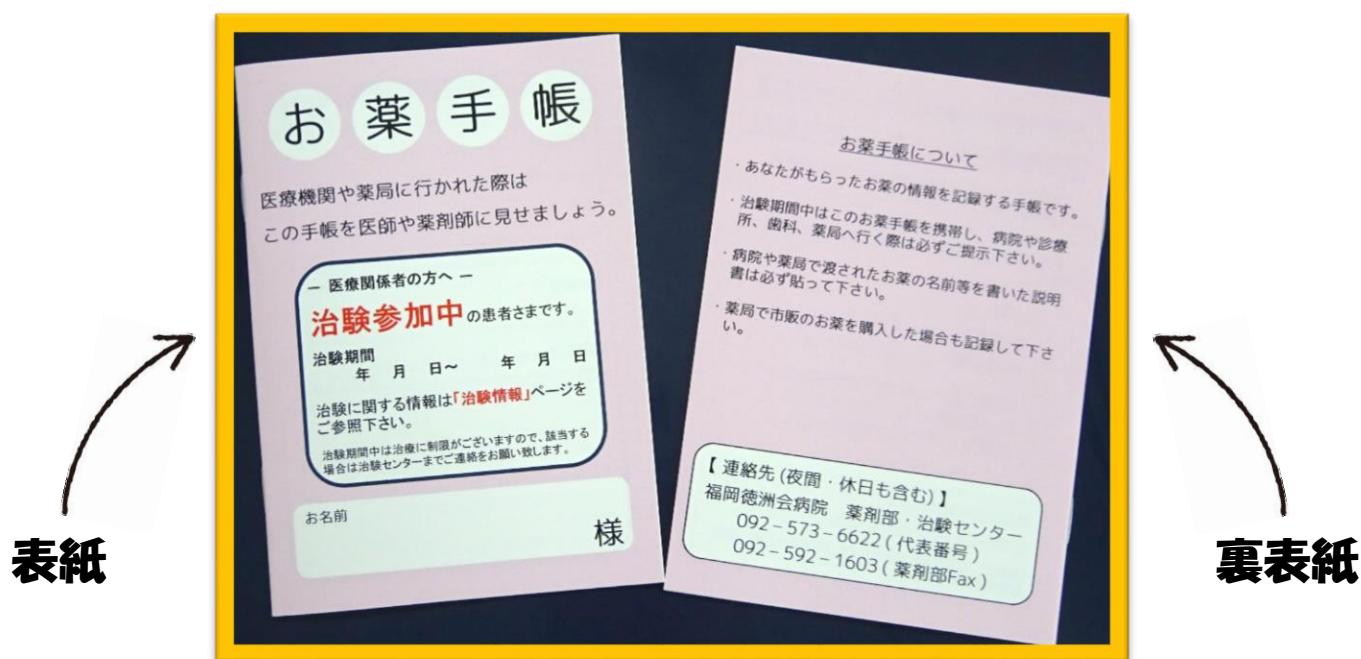
- ✓ 簡単な**治験内容** (対象疾患、治験薬名等)
- ✓ 患者さま、他の医療機関等への**注意事項**
- ✓ 治験中の**併用禁止薬**、**併用禁止療法**
- ✓ 治験担当医師、治験コーディネーターの**連絡先**など

来局された患者さまが「**治験参加中**です。」とおっしゃったら、お薬手帳確認時に**治験薬が処方**されていることに気付かれたら、

治験参加カードの確認をお願いいたします!!

※併用禁止薬・併用禁止療法については、次回の News Letter でご説明させていただきます。

また、当院では、他の医療機関や調剤薬局のみなさまに治験参加中の患者さまであると気づいていただくための「治験参加患者さま専用お薬手帳」を作成いたしました。



表紙

裏表紙



「治験参加患者さま専用お薬手帳」は3ページ目から6ページ目が「治験情報」ページとなっています。

お薬手帳を確認すれば治験に関する情報が得られるように「治験参加カード」の内容をこの「治験情報」ページに記載しています。

患者さまが「治験参加患者さま専用お薬手帳」を持参されましたら、

必ず「治験情報」ページをご確認ください。

最後までご覧いただきありがとうございました。