

【研究名】：保険薬局における TS-1 副作用モニタリングシートを用いた副作用評価のアウトカム

【研究目的】

経口抗がん剤治療の有効性と安全性を担保するために、病院と保険薬局の連携による情報共有が不可欠です。しかし、院外処方の安全管理、情報共有については、お薬手帳以外に全国的に統一されたものではありません。当院では、2013年7月より院外処方せんの右側部分に「おくすり伝言板」*を作成し、病院と薬局間で情報共有を行っています。さらに、2013年10月から「おくすり伝言板」用にテガフル・ギメラシル・オテラシルカリウム配合剤（内服薬：商品名はティーエスワン）副作用モニタリングシート*を作成し、保険薬局が患者さんから聞いた副作用情報を電子カルテへ反映しています。今回、医師に対する保健薬局からの副作用情報の報告が、患者さんの副作用の適切な把握に繋がるという仮説を検証します。

院外処方せんの右側部分のおくすり伝言板

科名	処方せん 院外 No. 1/1 <small>(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)</small>		
公費負担者番号		保険者番号	
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	愛媛大学医学部附属病院内 所在地及び名称 愛媛県東温市志津川 電話番号 (089)964-5111		
氏名	テスト 3	保険医氏名	印
生年月日	平成01年02月22日	性別	男
年齢	25歳 2カ月	保険医氏名	印
区分	被保険者(保険種別:協会) (30%)	郵送用番号	38
交付年月日	平成26年05月15日	処方せんの使用期間	平成26年05月18日
変更不可	個々の処方薬について、後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更 に差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「し」又は「×」 を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。 RPO1 ティーエスワン配合00錠 T 25mg 4錠 分2(朝、夕)食後 14日分 以下余白		
備考	保険医署名 「変更不可」欄に「し」又は「×」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 患者住所 調剤済年月日 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者番号 保険薬剤師氏名 印		

処方せん取り扱い上の注意

- 「処方せん」の有効期限は **平成26年05月18日** です。
 - 記載の有効期限を過ぎた場合、保険薬局でお薬を受け取ることが出来ません。
 - 「処方せん」の再発行はできません。
 - 事前に「処方せん」をFAXで送った場合でも、**保険薬局でのお薬の受け取りには、「処方せん」が必須**です。
- ★保険薬局薬剤師の方へ
 【FAX番号 ①FAXコーナー:089-964-7458 ②薬剤部調剤室:089-960-5733】
 Ⅰ 疑義照会について 平日8:30~17:00 ①へ 時間外(土・日・祝日・平日時間外) ②へ
 *時間外の疑義照会は、事前に薬剤部へご連絡後、FAXを送信すること。
 Ⅱ 後発医薬品の要更時の情報提供について 初回のみ ①へ
 *初回の情報提供には処方せんを含む本用紙をコピーし、下記コメントに記載すること。
 *2回目以降は「お薬手帳」を利用すること。
 Ⅲ 処方せんの略号について
 (混)一以上を混合せよ。(粉)一右記の薬品を粉砕せよ。(包)一以上を1包装せよ。
 (全)一交付全量を記載している薬品 ①一1回量もしくは1日量を記載している薬品
 (濁)一簡易懸濁法が可能な薬品

WBC	HGB	Plt	INR	AST	ALT	TB	血清Cr	eGFR	CK	CRP	K	HbA1c	ALB
3/3	3/3	3/3	3/3	5/1	5/1	5/1	5/1	5/1	5/1		5/1	3/3	5/1
3.8	12.8	23.5	0.92	25	15	10.0	2.50	28.3	555		4.3	5.6	5.1

おくすり伝言板

処方医から保険薬局薬剤師へのコメント

フィードバック不要(チェックが入っている場合は当該へ情報のフィードバックは不要です)

※処方医からのコメントがある場合は必要に応じてFAXコーナーに処方せんを含む本用紙のコピーを使用してフィードバックをお願いします。

薬局名 _____ 薬剤師名 _____ 連絡先(Tel・Fax) _____

保険薬局薬剤師からのコメント(後発医薬品情報提供を含む)

S-1	受診日 2014年 5月 15日	<input checked="" type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> ご家族	いいえの場合は こちらの項目にもご記入下さい
チェック項目	最近2週間の症状についてご記入下さい		
下痢	下痢は無かった <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	1日4回以上の下痢をした <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
口内炎	口の中に痛みは無くいつも通り食事が取れている <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	口の中に痛みがありいつもの食事が取れない <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
悪心	体重に変わりなくいつも通り食事が取れている <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	食事の量が減っている <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
嘔吐	吐いた日は無かった <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	1日3回以上吐いた日があった <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
眼症状	眼に違和感はない <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	涙が溢れたり、物が見えにくくなった <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
その他	(特記事項があれば記載) S-1の残薬が10錠あります。		

*:おくすり伝言板とティーエスワン副作用モニタリングシート

【研究意義】

経口抗がん剤治療において、「病院－保険薬局」間の情報共有の取り組みが患者さんの副作用の早期発見、医師のより良い対応に繋がることを証明することで、病院と薬局間で情報共有が普及していくことが期待できます。

【調査の対象となる患者さん】

2012年9月～2014年10月の間に愛媛大学医学部附属病院でティーエスワンを処方され、その院外処方せんをあい薬局本店で応需した患者さん

【方法】

本研究は、愛媛大学医学部附属病院とあい薬局の2施設で実施します。

調査の対象となる患者さんのカルテから、以下の項目を調べます。

年齢、性別、体表面積、ティーエスワンの調査期間以前の治療歴、治療前の血清クレアチニン値、ティーエスワン初回投与量、投与スケジュール、ティーエスワン処方回数、がん種、疑義照会の有無と内容、ティーエスワン副作用モニタリングシートの有無、ティーエスワンの副作用の有無と内容、副作用に対する医師の対応の有無

ティーエスワン副作用モニタリングシート導入前群（2012年9月～2013年9月）と導入後群（2013年10月～2014年10月）の2群間を比較します。

【研究結果】

ティーエスワン副作用モニタリングシート導入後に副作用情報を多く発見できることが明らかとなりました。

（日本臨床腫瘍薬学会 学術大会 2015 で発表）

【患者さんの個人情報の管理について】

「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に基づいて患者さんのプライバシーを守るよう努めています。結果の発表や出版に際しては個人が特定できるような情報は掲載しませんので、患者さんの個人情報が外部に漏れることはありません。

【研究実施体制】

研究実施機関

①愛媛大学医学部附属病院薬剤部

研究責任者：薬剤部 荒木 博陽

haraki@m.ehime-u.ac.jp

〒791-0295 愛媛県東温市志津川

TEL: 089-960-5730、Fax: 089-960-5745

研究分担者：河添 仁、田中 亮裕

②有限会社あい薬局 本店

研究責任者：代表取締役 古川 清

aiy@amber.plala.or.jp

〒791-0204 愛媛県東温市志津川164-1

TEL: 089-964-7370、Fax: 089-964-3254

研究分担者：木下 清司、岡田 由季、酒井 瞳、亀田 慶太、橋岡 多津

【研究に関する問い合わせ先】

本研究からご自身の情報を除いてほしいという方は、下記の連絡先までお申し出ください。

また、本研究に関する詳細な資料を希望される方や詳細な情報を知りたい方は下記の連絡先まで連絡をお願いします。

研究責任者： 准教授 田中 亮裕

電話番号： 089-964-5731

e-mail: akiki@m.ehime-u.ac.jp