

会員みなさんに大切なお願い

－ サリドマイド承認に係るアンケート －

現在、国内製薬会社製造のサリドマイドが承認審査中です。薬自体の審査はほぼ終わっていますが、承認後にサリドマイドを安全に使用するための『安全管理と教育のシステム』の構築が課題として残っており、今も関係者がその完成のため努力しています。

検討中のプランでは、日本血液学会の研修施設に使用を限定する、あるいは日本血液学会専門医が処方しなくてはならない等、さまざまな案がでています。仮に狭い範囲の病院や医師に、使用が限定されてしまったりすると、患者さんにとって大変な不便を強いる可能性もあります。

そのようなことを出来る限り減らすために、このアンケートの目的は、今サリドマイド治療を受けている方、受けていた方、あるいは理由あって受けられなかった方、将来受ける可能性がある方、などの幾多のケースを知り、適正なルールを作って頂くための材料を提供することにあります。

会員みなさんに、この問題を自分のこととしてとらえて頂き、どうか多くの方のご協力をお願いします。サリドマイドを適切に使用できる薬にするために、ひとりひとりの声を届けるチャンスは今しかありません。

アンケートの結果は、サリドマイドの承認後に使用できる病院の範囲決定に関わる重要な材料になります。

なお、お伺いした内容は厚生労働省主催の検討会議において資料として使用しますが、お答えいただいた方の個人を特定することはありませんし、患者さんのお名前を知らせていただく必要もありません。回答結果が主治医の先生に知れてしまうかもしれない、というような心配もありません。送っていただいた内容がアンケートの目的以外に使われることはありません。また内容が外部に知られることもありません。プライバシーを守ることを固くお約束いたします。

回答は、アンケート用紙に記入し、返信用封筒をご使用の上、上甲までお送りください。

上甲 恭子 <<上甲個人宅住所記載>>

尚、お答えいただいた方の氏名やご住所は記載していただくことなく結構です。

アンケートにご協力いただける場合は、下の用紙にご記入の上、8月15日(水)までに投函してくださいますようお願いします。どうかよろしくご協力をお願いします。

日本骨髄腫患者の会 上甲 恭子

連絡先 tel <<上甲個人携帯番号記載>>

『サリドマイド治療および病院に関するアンケート調査』

■ 全員にお尋ねします

質問1 サリドマイド治療について（該当の番号に、○印をつけてください）

- (1) 現在サリドマイド治療中、あるいは過去サリドマイド治療をしていた。
- (2) サリドマイド治療をしたことはないが、今後しようとするかもしれない。
- (3) サリドマイド治療をしたかったが、できなかった。

質問2 患者さんのお住まいの都道府県名と患者さんの年齢を教えてください
（年齢は、70歳代などでも結構です）

質問1で(1)を選択された方は質問3へ。(2)を選択された方は
質問6へ。(3)を選択された方は質問9へ。

■ 質問1で(1)を選択した人にお尋ねします。

質問3 サリドマイド治療を受けている病院の名前を教えてください。

病院の名前を書きたくない場合は、日本血液学会の研修施設かどうかご存知であれば教えてください。（どちらかに○印をつけてください）

- ・研修施設
- ・研修施設ではない

質問4 主治医の先生の名前を教えてください

名前を書きたくない場合は、日本血液学会の認定専門医かどうかご存知であれば教えてください。（どちらかに○印をつけてください）

- ・認定専門医
- ・認定専門医ではない

質問5 サリドマイド治療を受けるために苦労したこと、難しかったこと、困ったことを次の中から選んで下さい。(複数回答可 該当の番号に○印をつけてください)

- (1) 転院が必要となった
- (2) 扱っている病院が遠い
- (3) 経済的負担が大きい
- (4) 薬の管理に気を使わないといけない
- (5) 特にない
- (6) その他 (具体的にご記入ください)

質問は以上です。ありがとうございました。

■ 質問1で(2)を選択した人にお尋ねします。

質問6 現在かかっている病院の名前を教えてください。

病院の名前を書きたくない場合は、日本血液学会の認定施設かどうかご存知であれば教えてください。(どちらかに○印をつけてください)

- ・研修施設
- ・研修施設ではない

質問7 主治医の先生の名前を教えてください。

名前を書きたくない場合は、日本血液学会の認定専門医かどうかご存知であれば教えてください。(どちらかに○印をつけてください)

- ・認定専門医
- ・認定専門医ではない

質問8 サリドマイド治療をするために転院をしなければいけないことになったとした場合、どう思われますか？(複数回答可 該当の番号に○印をつけてください)

- (1) 転院先が見つかるか不安だ
- (2) 転院先が見つければ問題はない
- (3) 近隣に転院できなければ長時間の移動が難しい
- (4) わからない・考えたことはない
- (5) その他 (具体的にご記入ください)

質問は以上です。ありがとうございました。

■ 質問1で(3)を選択した人にお尋ねします。

質問9 かかっている病院の名前を教えてください。

病院の名前を書きたくない場合は、日本血液学会の認定施設かどうかご存知であれば教えてください。(どちらかに○印をつけてください)

- ・研修施設
- ・研修施設ではない

質問10 主治医の先生の名前を教えてください。

名前を書きたくない場合は、日本血液学会の認定専門医かどうかご存知であれば教えてください。(どちらかに○印をつけてください)

- ・認定専門医
- ・認定専門医ではない

質問11 サリドマイド治療を断念した理由を次の中から選んでください。
(複数回答可 該当する番号に○印をつけてください)

- (1) 病院にサリドマイドは使えないと言われたため
- (2) 病院にサリドマイドは使えないと言われたから転院先を探したが、受け入れ先が見つからなかったため

- (3) 経済的負担が大きいため
- (4) 別の治療を始める事にしたため
- (5) その他（具体的にご記入ください）

質問は以上です。ありがとうございました。