

# RevMate稼働施設において、 TERMSが稼働を開始した施設への 意見聴取の報告

サリドマイド及びレナリドミドの安全管理に関する検討会  
2023/11/24

藤本製薬株式会社 作成

# 意見聴取をした施設（18施設）

## ◆ RevMate稼働施設において、新たにTERMSが稼働を開始した22施設中18施設に意見聴取しました。

（RevMateは稼働中であるが、TERMSが休止または稼働していない施設において、TERMSがタブレットを使用することで、最近稼働し始めた22施設の内18施設で意見聴取を行った）

1. 以前TERMSが稼働していたが、その後TERMSは7~8年間稼働休止となりRevMateが単独稼働していた施設で、今回TERMSとRevMateの両方が稼働することになった施設（13施設中12施設で聴取）
2. TERMSは登録のみで稼働せずRevMateのみ単独稼働していた施設で、今回TERMSとRevMateの両方が稼働することになった施設（2施設中2施設で聴取）
3. RevMateのみで単独稼働していた施設で、今回新たにTERMSが稼働しTERMSとRevMateの両方が稼働することになった施設（7施設中4施設で聴取）

# 項目

RevMate稼働施設において、TERMSが稼働開始した施設で下記の項目で意見聴取を行いましたので報告します。

1. RevMateとTERMSの2種類のシステムを使用され混乱などの問題はありませんでしたか？
2. RevMateとTERMSの2種類のタブレットを使用され混乱などの問題や使用感はどうですか？
3. 何かお気づきの点はございましたか？

# 1.RevMateとTERMSの2種類のシステムを使用 され、混乱などの問題はありませんでしたか？

(結果)

- 問題なし : 15施設
- 問題あり : 3施設

(具体的な意見)

- ① TERMSでは出納表があり煩わしい。(⇒改善案 RevMateに準じて廃止した)
- ② TERMSは産婦人科の連携が煩わしい。(⇒改善案 別添1)
- ③ カプセルシートが煩わしい。
- ④ TERMSとRevMateのシステム統一ができればよい。
- ⑤ TERMSは慣れていないのでわかりづらい。

※①②についてはTERMS第9版改訂（案）にて改善されています。

## 2.RevMateとTERMSの2種類のタブレットを使用 され、混乱などの問題や使用感はどうですか？

(結果)

- 問題なし : 13施設
- 問題あり : 5施設

## 2.RevMateとTERMSの2種類のタブレットを使用 され、混乱などの問題や使用感はどうですか？

### (具体的な意見)

- ✓ パスワードの入力が面倒
- ✓ 画面が見づらい
- ✓ TERMSタブレットで文字のサイズやタッチ感などの不満点はない
- ✓ タブレットが2台あると場所を取る
- ✓ タブレットが2台あっても問題ない
- ✓ 遵守状況確認票の入力項目と完了通知がわかりづらい
- ✓ TERMSはキーボード入力だがRevMateはテンキー入力で操作しやすい
- ✓ RevMateは定期確認票のタイミングに合わせてアナウンスがある。  
音も出る。
- ✓ TERMSはスクロールが遅い
- ✓ TERMSは書類の写真送信ができるし、医師の間違いも医師に確認して  
修正ができるので便利
- ✓ TERMSはRevMateに比べて比較的使いやすい
- ✓ 患者を検索するのはTERMSの方が簡単

### 3.何かお気づきの点はございましたか？

- ◆他のシステムだが、通信障害が発生した時の対応方法がわからず混乱した。タブレットに通信障害の際の対応方法（FAXなど）の流れが表示されると混乱しないと思う。
- ◆タブレットではなくアプリにして院内で使用しているスマホにダウンロードできたら場所も取らず汎用性も高いと思う。
- ◆タブレットの操作方法がタブレット内で確認できるようになってほしい。

## まとめ

- ◆RevMate稼働施設において、新たにTERMSが稼働を開始した22施設中18施設に意見聴取した結果、2種類のシステムを使用することに関して問題なしとの回答が15施設から得られた。  
また、2種類のタブレットを使用することに関して問題なしとの回答が13施設から得られた。
- ◆TERMS第9版（案）を用いてレナリドミドカプセルの安全管理を行う施設については、今後情報収集し適切に対応する。



### TERMS 第8版(現行)

様式 10-A  
多発性骨髄腫

藤本製薬株式会社  
TERMS 管理センター へ

#### 登録申請書 (処方医師)

登録申請日 年 月 日

施設名	以下の全てを満たす <input type="checkbox"/> 本施設と、緊急時に十分対応できる設備を有する <input type="checkbox"/> 本薬を院内にて調剤することが可能である		
所在地	〒		
	TEL: ( ) -		
	(フリガナ)		
	氏名 (姓)		(名)
	所 属		
処方医師	<b>【登録要件の確認】</b> 以下の全てを満たす <input type="checkbox"/> サリドマイドの催奇形性及び本手順に関する情報提供を受け、理解している <input type="checkbox"/> 本手順の遵守に同意する <input type="checkbox"/> 産科婦人科医師と連携を図ることに同意が得られている <input type="checkbox"/> 研修医ではない (ただし、日本血液学会認定血液専門医 <sup>注1)</sup> <input type="checkbox"/> 次のいずれかに該当する <input type="checkbox"/> 日本血液学会認定血液専門医 <sup>注1)</sup> <input type="checkbox"/> 日本血液学会認定血液専門医 <sup>注1)</sup> <input type="checkbox"/> 上記以外である <sup>注2)</sup>		

注1) 日本血液学会認定血液専門医の証明書(印)が必要。  
注2) 日本血液学会認定血液専門医の証明書(印)及び連携を証明する本文又は注1) TERMS 委員会の評価が必要。

※ この用紙は藤本製薬株式会社 TERMS 管理センターへ FAX 等 (注 MR による搬送) により提出してください。\* (FAX 番号 0120-007-121)

#### 連携に関する同意書(産科婦人科)

藤本製薬株式会社  
TERMS 管理センター へ

様式 2

「サリドマイド製剤安全管理手帳」(TERMS<sup>®</sup>)について、医薬情報担当者より情報提供を受け理解しました。

(施設名: \_\_\_\_\_ 医師名: \_\_\_\_\_)

上記医師より依頼があった場合は、当科の医師が対応します。

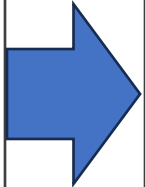
同 意 日: \_\_\_\_\_ 年 月 日 \_\_\_\_\_

施設名・科: \_\_\_\_\_

所 在 地: \_\_\_\_\_

電 話 番 号: \_\_\_\_\_

医 師 署 名: \_\_\_\_\_



### TERMS 第9版(案)

様式 10-A  
多発性骨髄腫

藤本製薬株式会社  
TERMS 管理センター へ

#### 登録申請書 (処方医師)

登録申請日 年 月 日

施設名	以下の全てを満たす <input type="checkbox"/> サリドマイド製剤等投与に関して、緊急時に十分対応できる設備を有する <input type="checkbox"/> サリドマイド製剤等を院内にて調剤することが可能である		
所在地 <sup>注)</sup>	〒 注) 公式ホームページに記載の住所と同じ <input type="checkbox"/> (チェックを入れた場合、所在地の記入は省略いただけます)		
連絡先	TEL ( ) -		
	E-mail		@
	(フリガナ)		
	氏名 (姓)		(名)
	診療科名		
処方医師	<b>【登録要件の確認】</b> 以下の全てを満たす <input type="checkbox"/> サリドマイド、レナリドミドの催奇形性及び本手順に関する情報提供を受けている <input type="checkbox"/> 本手順を理解し、遵守に同意する <input type="checkbox"/> 産科婦人科医師との連携が可能である (次のいずれかにチェック) <input type="checkbox"/> 医療機関内産科婦人科 <input type="checkbox"/> 他医療機関産科婦人科 (施設名、医師名をご記入ください) 施設名 _____ 医師名 _____ <input type="checkbox"/> 前期研修医 (初期臨床研修の2年間を研修中の医師) ではない <input type="checkbox"/> 次のいずれかに該当する (※連携の場合は、施設名・連携医師名を下記にご記入ください) <input type="checkbox"/> 日本血液学会認定血液専門医である <sup>注1)</sup> <input type="checkbox"/> 日本血液学会認定血液専門医と連携が可能である <sup>注1)注2)</sup> <input type="checkbox"/> 上記以外である <sup>注2)</sup> 施設名 _____ 連携医師名 _____		

注1) 日本血液学会の情報確認させていただきますので、予めご了承ください。  
注2) TERMS 委員会の評価が必要。

この用紙は藤本製薬株式会社 TERMS 管理センターへ FAX 等 (FAX<sup>®</sup>、タブレット端末による画像送信、郵送又は MR による搬送) により提出してください。\* (FAX 番号 0120-007-121)