

## ■シンポジウム4■ CRCのためのグローバル試験入門～他では聞けないホント話～

座長：石橋 寿子（聖路加国際病院 教育研究センター 研究管理部）

緒方 容子（日本製薬工業協会 医薬品評価委員会 臨床評価部会）

演者：1. 前田 政由紀（日本製薬工業協会 医薬品評価委員会 統計・DM部会）

2. 小宮山 靖（日本製薬工業協会 医薬品評価委員会 統計・DM部会）

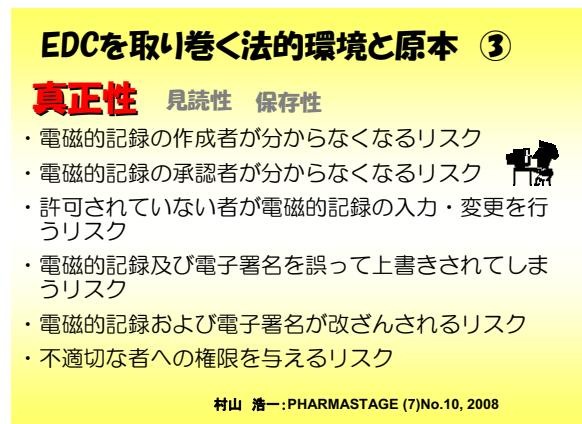
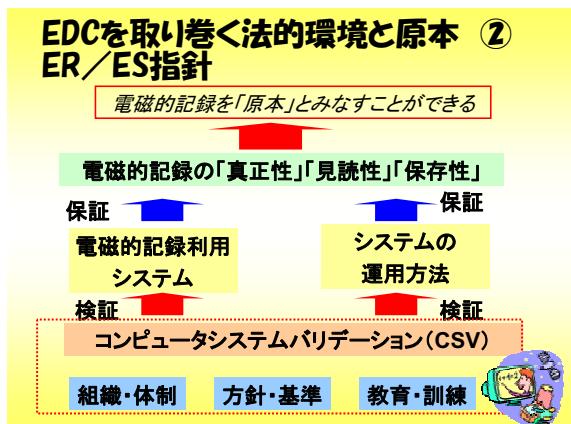


### 【報告】

CRCは日々の業務に追われており、プロトコルの統計やDMに関する内容に疑問を持っていてもなかなかそれを聞く機会がないのが実情である。そこで今回は、治験の仕事をしていく上で疑問に感じている統計やDMに関することを座長が質問し、それを製薬協の統計・DM部会の小宮山さん、前田さんに解説していただいた。質問内容とポイントは、以下の通りであった。

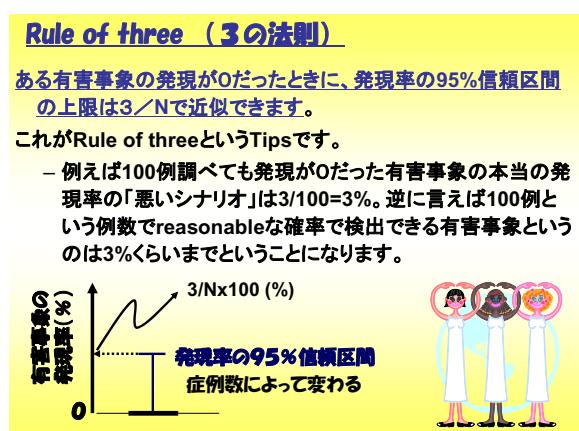
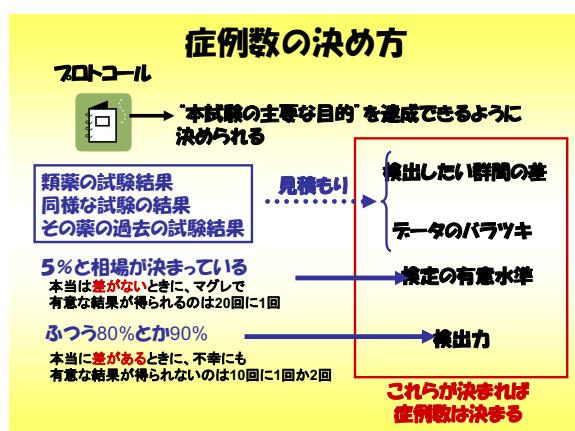
質問1：「EDCでパスワード管理がなぜ重要なのか？他人のパスワード（例えばCRCが治験責任医師のパスワードで代行入力（なりすまし入力）はなぜいけないのか？」

⇒他人のパスワードで入力することは、電子記録の原本性の要件のうち真正性が確保できなくなるため、電子記録を申請に使えなくなるので絶対ダメ！それ以前にそういう行為は、医療従事者としていや、社会人として許されない行為である。



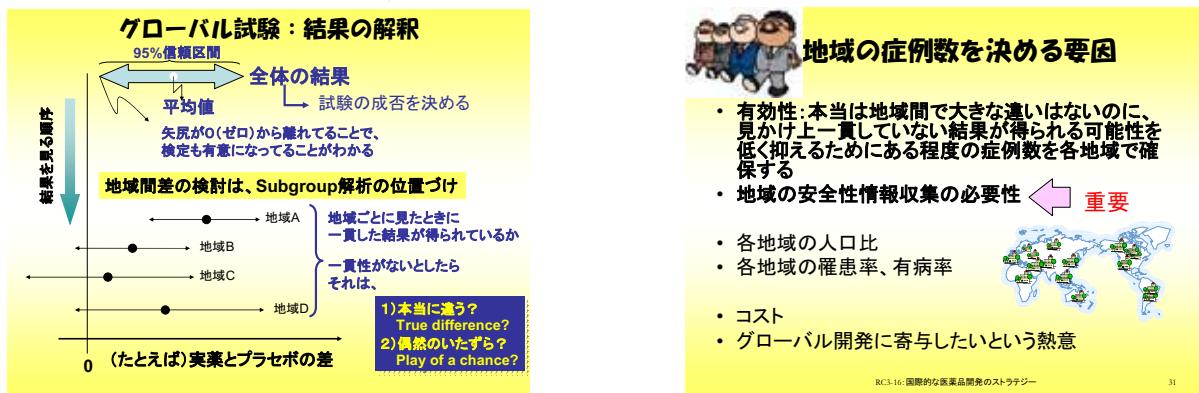
質問2：治験に必要な症例数の決め方

⇒本試験の主要な目的を達成できるように決める。安全性をどの程度見るかは別の設定が必要。



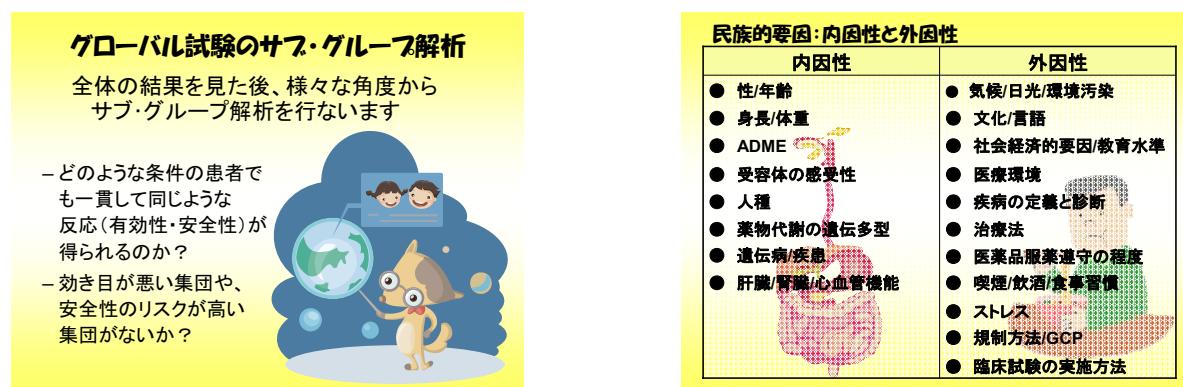
### 質問3：「国際共同試験での日本の症例数はどう決めているのか」

⇒本当は地域間で大きな違いがないということを信じていいときに、ある地域だけ全く違う結果が得られる（たとえば日本だけ実薬がプラセボに平均値が負ける）確率を小さくするように、また、各地域の安全性情報を適切に集められるように決めている。症例数が少ないほど、偶然のいたずらで意図しない結果が得られる可能性も増えるし、発現頻度が低い有害事象を捕まえられる可能性が低くなる。



### 質問4：「日本でエントリーした日本語ペラペラのアメリカ人（白人）はどう分類されるのか」

⇒サブグループ解析の目的によって白人グループに入ったり、日本人に入ったりする。



### 質問5：「症例報告書の様式が各社バラバラなのはなぜ」

⇒CRFの様式が各社ばらばらであるのは、業界の統一様式がないことが理由である。

CDISC (Clinical Data Interchange Standards Consortium) を軸に、1つの方向に収束しつつある。

### 質問6：「電子カルテに入力したことを再度 EDCに入力しなおしているのはなんとかならないか」

⇒CDISCの標準化はe-clinical Trialを見据えている。将来的にはe-clinical Trialsを見据えてEDCに流し込むシステムに進化していくだろう。電子カルテのバージョンアップの際にはCDISC/HL7に対応できることを確認しておきましょう。

