

病診薬連携を考える会

～経口抗癌剤の運用を改めて考える～

於:ホテルプリムローズ大阪

2019.1.26

当センターの代表的な  
経口抗がん剤レジメンについて  
(服薬指導の概要と検査データの見方を中心に)

大阪国際がんセンター  
薬務・薬薬連携推進室長  
角川 幸男

# 【本日本話しする内容】

- A. 院外処方せん記載の検査数値の有効活用(疑義照会の目安に)
- B. 当センターでの代表的な2レジメンの紹介
- C. 抗がん剤全般の副作用についての指導要領

スライド中の薬品名は、当センター採用薬、先発医薬品(又は代表銘柄)、一般名が、一部混在していますが、ご容赦願います。



## A. 院外処方せん記載の検査数値の有効活用 (疑義照会の目安に)

- ◆目的...院外処方せんに記載されている検査値の有効活用  
主治医への疑義照会について、問い合わせ基準の明確化
- ◆内容...添付文書に記載されている腎機能についての減量基準に基づき、一覧表を作成しました。
- ◆対象薬剤...当センターに採用されている内服薬剤全て

院外処方せんについて、病院薬剤師は関与できないため、保険薬局の先生方のご確認がとても重要です！  
さらに多くの疑義照会をよろしくお願いいたします！

## B. 当センターでの代表的な2レジメンの紹介

《各レジメン毎の説明内容》

◆投与スケジュール

◆チェック項目

◆服薬指導内容(副作用対策を中心に)



# まず、連絡事項です！

- 以前から、保険薬局の先生方より、患者様が受けたレジメン名の情報が知りたい、というご意見を伺っていました。
- 大阪国際がんセンターで注射抗がん剤治療を行った患者様について、レジメン内容(抗がん剤名称も含む)を示したお薬手帳用シールの交付を検討しています。

運用が定まりましたら、後日、連絡いたします。  
ぜひ、ご活用ください。

# 1) 胃S-1+シスプラチン併用療法

## ◆S-1の適応症 (商品名: TS-1、S-1「タイホウ」など)

- (1) S-1単独投与……胃がん、結腸・直腸がん、頭頸部がん、手術不能又は再発乳がん、膵がん、胆道がん
- (2) シスプラチン併用療法……非小細胞肺がん、胃がん



シスプラチンはS-1  
開始8日目に入院で  
点滴

# 《「胃S-1+シスプラチン併用療法」のシスプラチン投与レジメン》

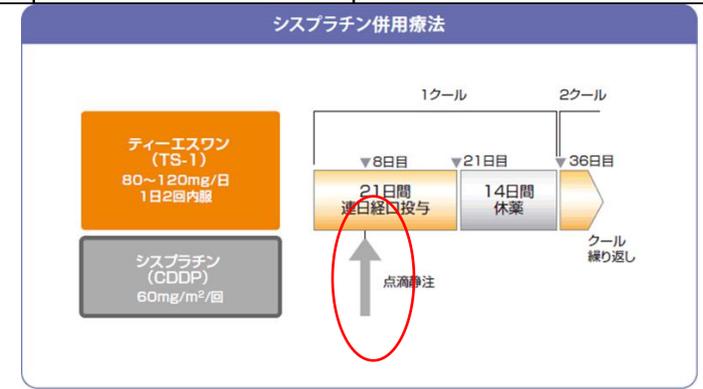
## <Day8>

	外観	投与時間	薬剤名称	目的
1		4時間	生理食塩液1000mL	ハイドレーション (シスプラチンの腎機能障害予防目的)
2		30分	生理食塩液100mL +プロイメンド注	制吐剤
3		30分	アロキシバッグ50mL +デキサート注射	制吐剤
4		2時間	生理食塩液500mL +シスプラチン注	抗がん剤
5		1時間	マンニトール	利尿剤 (シスプラチンの腎機能障害予防目的)
6		4時間	生理食塩液1000mL	ハイドレーション (シスプラチンの腎機能障害予防目的)

## <Day9,10>

	外観	投与時間	薬剤名称	目的
1		10分	生理食塩液50mL +デキサート注射	制吐剤
2		2時間	ソルデム3A号500mL	ハイドレーション (シスプラチンの腎機能障害予防目的)
3		2時間	ソルデム3A号500mL	ハイドレーション (シスプラチンの腎機能障害予防目的)
4		2時間	ソルデム3A号500mL	ハイドレーション (シスプラチンの腎機能障害予防目的)
5		2時間	ソルデム3A号500mL	ハイドレーション (シスプラチンの腎機能障害予防目的)

これだけ輸液が多いのはシスプラチンの腎障害を防ぐ目的で、尿の中にシスプラチンを排泄するために、尿をたくさん出してもらう必要があるから



## 《シスプラチン療法の検査値などのチェック項目》

### ●腎機能による減量（経験則）

CCr⇒クレアチニンクリアランス（腎機能推測値）

CCr: 60mL/分未満...25%程度の減量

CCr: 30mL/分未満...中止

確認しないこともある

### ●併用薬のチェック

➡アミノグリコシド系抗菌薬、バンコマイシン、アムホテリシンBの併用は腎障害や難聴の可能性。

# 《S-1療法でのチェック項目》

## ■ 採血データ

＜必須の項目＞

CGCCR: 60mL/分未満 → 減量を考慮、30mL/分未満 → 休薬

白血球: 2000/mm<sup>3</sup>以上

好中球: 1000/mm<sup>3</sup>以上

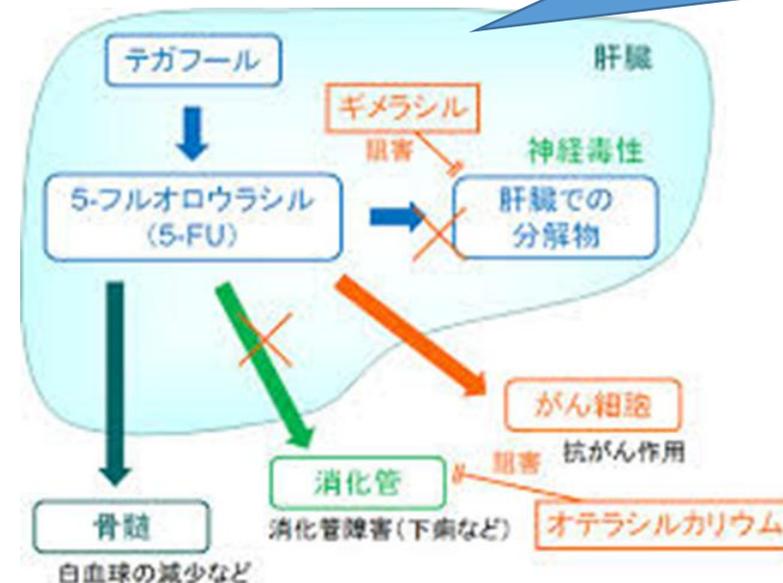
血小板: 7.5万/mm<sup>3</sup>以上

＜目安＞

T-Bil: 2.0g/dL未満

AST: 100U/L未満

ALT: 100U/L未満



ギメラシルは5-FUの肝臓での代謝を抑制することで抗腫瘍効果を高める。ギメラシルは腎排泄型なので腎機能が悪いとギメラシルの血中濃度が高まり、5-FUの血中濃度が高くなりすぎる。

■ 5-FUやゼローダ®など他のフッ化ピリミジン系薬剤、及びロンサーフ®とは1週間あける。

## ■ 併用注意

① フェニトインの血中濃度上昇 → 小脳失調症状(話しづらい、歩けない、眼振など)

② ワルファリンカリウム → 出血傾向の発現に十分注意。定期的な血液凝固能検査(PT-INR)のモニター必要

# 《シスプラチン療法で特に指導する副作用》

- **腎障害**...尿細管障害による。シスプラチンを尿の中へ排泄を促進する為に、ハイドレーションを行う。  
「おしっこの中に、必要のないシスプラチンを捨てるために沢山水分をとりましょう」
- **悪心嘔吐**...頻度、重症化いずれも高い(制吐剤の改良で大幅に改善傾向にある)。  
支持療法を早めに使う。
- **吃逆**...男性に多い傾向。シスプラチン投与後2、3日目ごろに多い。  
支持療法☞メトクロプラミド錠、リオレサール錠、シテイ
- **難聴**...総投与量 $300\text{mg}/\text{m}^2$ を超えると生じやすくなる。アミノグリコシド系と併用により増悪の可能性。  
「電子体温計のピピッという音が聞こえにくくなっていませんか？」
- **便秘**...イメンドやアロキシなどが原因の一つ。

# 《S-1療法で特に指導する副作用》

- **下痢**...下痢と口内炎は投与初期(8週目ごろまで)の大きな中止理由となる。  
回数が多くなる、腹痛が強いなどがあれば、すぐに病院に連絡する。
- **口内炎**...5-FUによるラジカル反応により口腔粘膜が障害される。  
投与後1週間頃より起こりやすい。  
口腔ケア(歯石の除去、歯磨きの励行、含嗽の励行)が重要！
- **色素沈着**...5-FU系に特有。日焼け対策を。  
コースが多くなると必発。しかし必ず元に戻る。
- **悪心嘔吐**...支持療法をしっかりと。
- **骨髄抑制**...感染症対策の指導。
- **流涙、逆まつ毛**...患者は副作用と気づかないことが多い。主治医に連絡した上で、眼科受診も。

S-1ダイアリーを毎日記載  
する事を指導します

## 2) 大腸アバスチン+XELOX療法

ゼローダ錠のアドヒアランスが  
治療効果に大きな影響がある

適応：結腸癌における術後補助化学療法（アバスチンを併用しない）

治癒切除不能な進行・再発の結腸・直腸癌（アバスチンを併用することもある）

投与コース数：術後補助療法では8コース実施

薬剤名	投与量	投与方法 投与期間	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	~	21
アバスチン	7.5mg/kg	点滴静注 初回 90分 2回目 60分 3回目以降 30分	↓																
エルプラット	130mg/m <sup>2</sup>	点滴静注 <sup>#2</sup> 2時間	↓																
ゼローダ	2,000mg/m <sup>2</sup> /日	経口 1日2回 (朝食後・夕食後)	<sup>#3</sup> ↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓		

アレルギー  
予防のため

# 《「大腸アバスチン+XELOX療法」の注射抗がん剤レジメン》

	外観	投与時間	薬剤名	目的			
1		数分	生理食塩液50mL	ルート確保			
2		10分	アロキシバッグ 50mL + デキサート注	制吐剤			
3		初回90分 2回目60分 3回目以降30分	生理食塩液100mL + <b>アバスチン注</b>	分子標的薬			
4		数分	5%ブドウ糖液50mL	ルート流し			
5		120分	5%ブドウ糖液 250mL + <b>エルプラット注</b>	殺細胞 抗がん剤			
6		数分	5%ブドウ糖液50mL	ルート流し			

# 《アバスチン+XELOX療法の検査値チェック項目》

- ゼローダ錠(腎機能による減量)

CCr: 30~50mL/分...25%の減量

CCr: 30mL/分未満...投与禁忌

- エルプラット注(2コース目以降の開始基準)

好中球数: 1500/ $\mu$ L

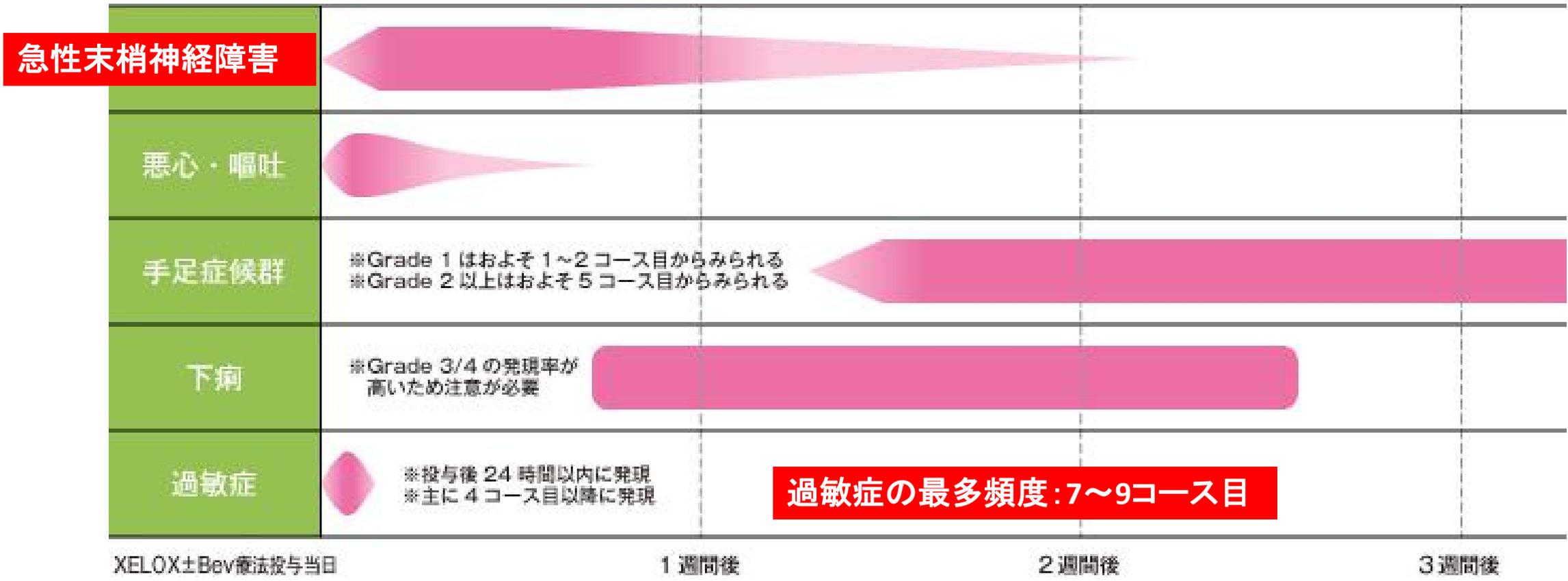
血小板数: 75000/ $\mu$ L

- アバスチン(投与開始基準)

尿蛋白: +2以下

# 《アバスチン+XELOX療法 of 副作用発現時期》

慢性末梢神経障害：蓄積性（数コース後より出現）



# 《エルプラットで特に指導する副作用(末梢神経障害)》

手足の指先が  
ぴりぴりする

手足の先が刺す  
ような感じ

手足が動かしにくい  
(足がしびれて立て  
ない感じ)



手先の感覚が鈍い

字が書きにくい  
ボタンがかけにくい  
物を落とす

土の上を踏んだ感じ。  
歩きにくい



※エルプラットは数コース後から出現。エルプラット休薬により回復の可能性

# 《末梢神経障害への対処法》

## 1) 減量 (慢性末梢神経障害に対して)

エルプラットの**減量**や**一時中断**を行うことにより、しびれが和らぐ事があります。

患者指導: 「1週間前と比べてしびれ感はひどくはないですか？」

➡ 診察時に医師に申し出ていただくことを指導

## 2) 冷感刺激を5日間避ける (急性末梢神経障害に対して)

患者指導: 「冷たい飲食物は5日間は控えてくださいね」

## 3): 以下の薬物療法を検討

➤ **弱い推奨(最もエビデンスがある)...サインバルタ**

➤ 有効性は明らかではないが投与を否定しない

...リリカ、NSAIDs、オピオイド、牛車腎気丸



有効な方法  
はない

# 《ゼロータ錠において特に指導する副作用(手足症候群)》

## 【特徴】

発症早期には、しびれ、チクチクまたはピリピリするような感覚の異常が認められます。この時期には手足の皮膚に視覚的な変化を伴わない可能性があります。

最初にみられる皮膚の変化は比較的びまん性の発赤(紅斑)です。

少し進行すると皮膚表面に光沢が生じ、指紋が消失する傾向がみられるようになると次第に疼痛を訴えるようになる。

発症頻度は、約51～78パーセント

保湿は重要(1日2回以上塗布)



痛くて歩けない  
階段の昇り降りができない  
自転車がこげないなど



箸やペンが持てない  
物が握めない  
ボタンがかけられない  
キーボードが打てないなど

# 《ゼローダ錠において特に指導する副作用(手足症候群)》

## 【症状の程度と治療】

**グレード1:**手のひらや足の裏などにピリピリした違和感、痛みのない赤みや腫れなどの症状が出現(痛み無し)

➡保湿ケアをよりしっかりと

**グレード2:**腫れが顕著になり乾燥や炎症が進んで皮がむけたり、皮膚内部からはっきりとした痛みを伴うようになる

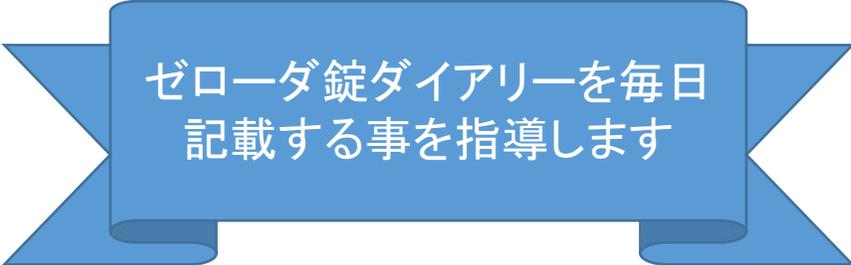
➡保湿ケアに加え、strongest または、very strongレベルのステロイド外用剤を開始する

**グレード3:**水ぶくれや亀裂、強い痛みが現れ、物がつかめない、歩けないなど日常生活が困難になる

➡ゼローダ治療を休薬・中止

# 《ゼロダ錠において特に指導する副作用（下痢）》

- ・投与初期（8週目ごろまで）の大きな中止理由となる。
- ・回数が多くなる、腹痛が強い、水様便、血便などがあれば、  
すぐに病院に連絡することを指導。



ゼロダ錠ダイアリーを毎日  
記載する事を指導します

## ・治療薬

収斂薬（タンニン酸アルブミン、次硝酸ビスマス）、吸着薬（天然ケイ酸アルミニウム）、ロペミンカプセルなどの止瀉薬を投与する。

ロペミンカプセルの投与量.....下痢が止まるまで2～4時間毎に1～2mg

タンニン酸アルブミンあるいは天然ケイ酸アルミニウムと、ロペミンカプセルを併用する場合は、服用間隔を2～3時間程度空けるようにする（同時服用するとロペミンカプセルの効果が減弱する）。

# C. 抗がん剤全般の副作用指導要領

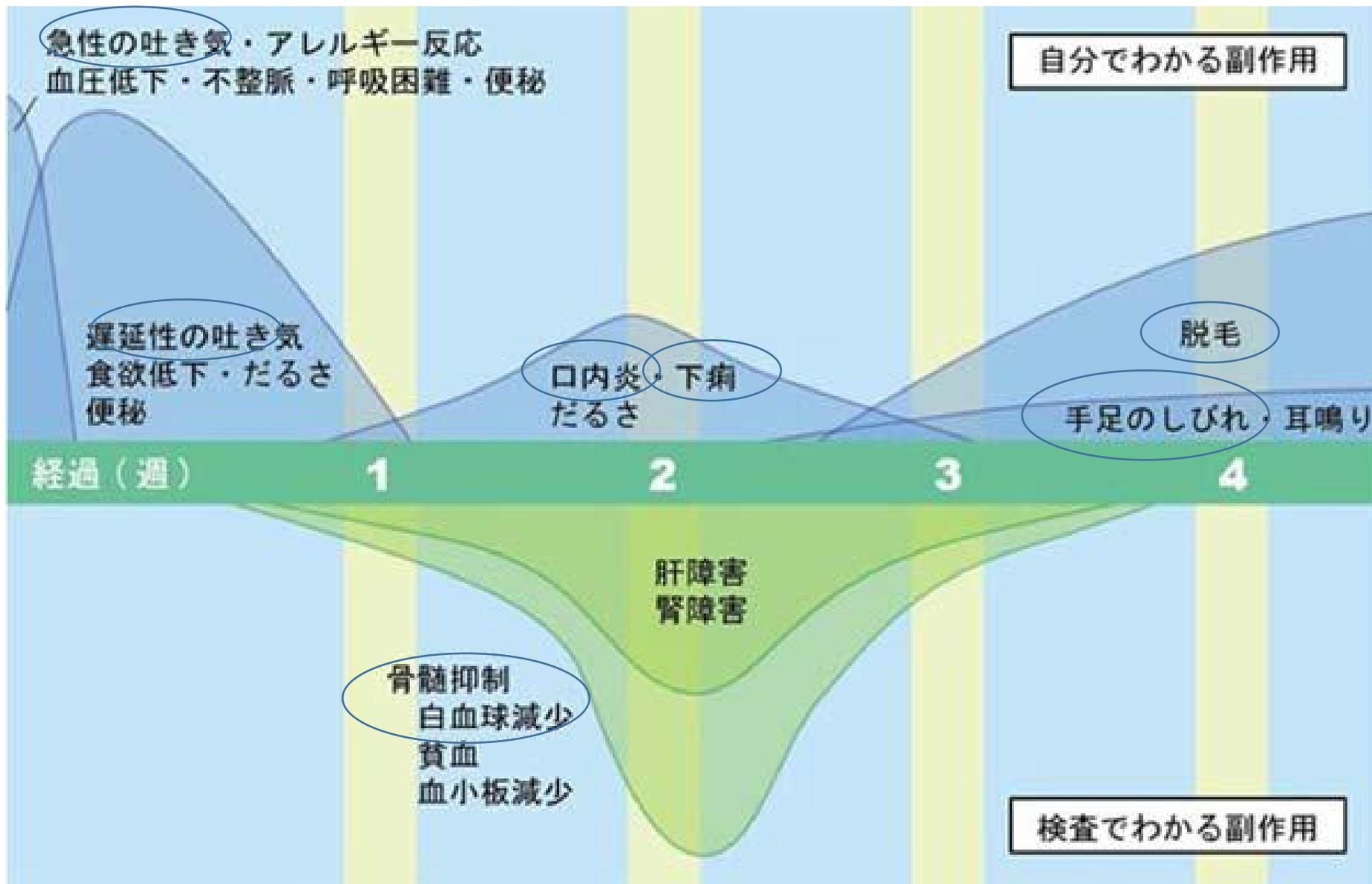
- 骨髄抑制(感染症対策や口腔ケア指導)
- 悪心嘔吐
- 脱毛
- 間質性肺炎
- 血管外漏出

患者から問い合わせがあれば、主治医  
(夜間休日であれば当直医)に連絡して  
頂くようにお伝えください



もうちょっとだから  
頑張るにゃ～

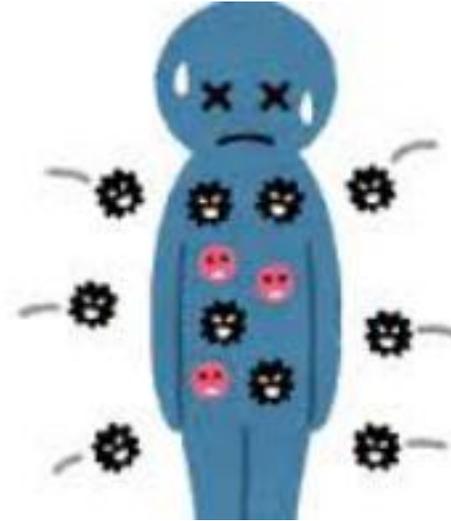
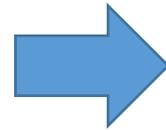
# 【抗がん剤の副作用がおこる時期】



# 骨髓抑制 (特に好中球減少)



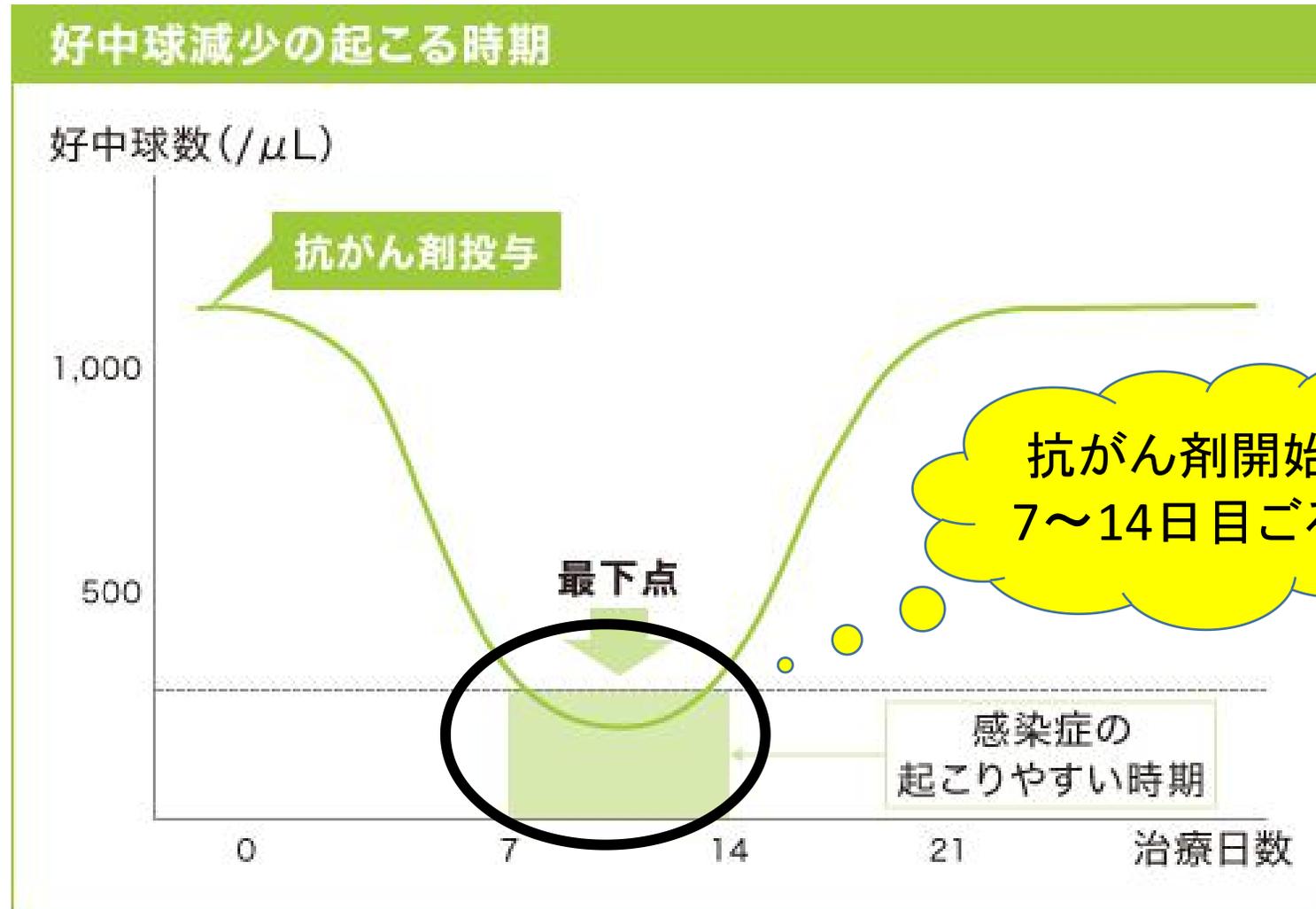
健康な時は免疫力により  
感染症から守られますが...



抗がん剤で免疫低下を来すと、  
感染症が起こりやすくなります

好中球は白血球の一種で、体に入ったばい菌を食べてやっつけます。  
抗がん剤によって、7日～14日目ごろに一時的に減ってしまいます。

**体の抵抗力(免疫力)が低下します ⇨ 感染症に注意！**



## <感染症はいろいろな症状が出ます>

- ・発熱
  - ・口内炎
  - ・下痢
  - ・結膜炎
  - ・胆管炎
- など



### ☆感染症予防

↳ 『手洗い・うがい・マスク着用』が大事！

↳ 生ものも少量であれば食べてOKです (移植レベルのひどい骨髄抑制でない場合)。

(一応、生卵と生肉は避けるようには言いますが...)

# <口内炎>

## ☆口内炎予防

- 👉 1日3回、やさしく歯磨きしましょう。  
(処方があれば1日5回、薬剤での含嗽もした方が有効です)
- 👉 事前に虫歯や入れ歯の処置しましょう。

含嗽用ハチアズレ、AZ細粒、  
アズノールうがい液



白いプツプツで痛い  
⇒カンジダが原因の口内炎  
⇒デキサルチンは禁忌



1箇所のみ口内炎  
⇒デキサルチンは  
OK

# 悪心・嘔吐

患者の背景を考え、適切な制吐剤の使用



# 《注射抗がん剤の催吐リスク分類》

分類	薬剤, レジメン
高度(催吐性)リスク high emetic risk (催吐頻度 >90%) <div style="background-color: #4a86e8; color: white; padding: 10px; text-align: center; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">S-1+シスプラチン</div>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•AC療法: ドキソルビシン+シクロホスファミド</li> <li>•EC療法: エピルビシン+シクロホスファミド</li> <li>•シクロホスファミド(≥1,500 mg/m<sup>2</sup>)</li> <li>•シスプラチン</li> <li>•ストレプトゾシン</li> <li>•ダカルバジン</li> </ul>
中等度(催吐性)リスク moderate emetic risk (催吐頻度 30~90%) <div style="background-color: #4a86e8; color: white; padding: 10px; text-align: center; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">XELOX</div>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•アクチノマイシンD</li> <li>•アザシチジン</li> <li>•アムルビシン※<sup>2)</sup></li> <li>•イダルビシン</li> <li>•イホスファミド</li> <li>•イリノテカン</li> <li>•インターフェロン-α(≥1,000 万 IU/m<sup>2</sup>)</li> <li>•インターロイキン-2(&gt;1,200 万~1,500 万 IU/m<sup>2</sup>)</li> <li>•エノシタビン※<sup>3)</sup></li> <li>•エピルビシン</li> <li>•オキサリプラチン</li> <li>•カルボプラチン</li> <li>•クロファラビン</li> <li>•三酸化ヒ素</li> <li>•シクロホスファミド(&lt;1,500 mg/m<sup>2</sup>)</li> <li>•シタラビン(&gt;200 mg/m<sup>2</sup>)</li> <li>•ダウノルビシン</li> <li>•テモゾロミド</li> <li>•ドキソルビシン</li> <li>•ネダプラチン※<sup>4)</sup></li> <li>•ピラルビシン※<sup>5)</sup></li> <li>•ブスルファン</li> <li>•ベンダムスチン</li> <li>•ミリブラチン<sup>6)</sup></li> <li>•メトトレキサート(≥250 mg/m<sup>2</sup>)</li> <li>•メルファラン(≥50 mg/m<sup>2</sup>)</li> </ul>

<出典> 日本癌治療学会がん診療ガイドライン 制吐療法

軽度(催吐性)リスク low emetic risk (催吐頻度 10~30%)	<ul style="list-style-type: none"> <li>•インターフェロン-α(5~10 million IU/m<sup>2</sup>)</li> <li>•エトポシド</li> <li>•エリブリン</li> <li>•カバジタキセル</li> <li>•ゲムシタビン</li> <li>•シタラビン(100~200 mg/m<sup>2</sup>)</li> <li>•トラスツズマブ エムタンシン</li> <li>•ドキソルビシン リボソーム</li> <li>•ドセタキセル</li> <li>•ニムスチン※<sup>7)</sup></li> <li>•ノギテカン</li> <li>•バクリタキセル</li> <li>•バクリタキセル アルブミン懸濁型</li> <li>•フルオロウラシル</li> <li>•ブレンツキシマブ</li> <li>•ペトレキセド</li> <li>•ペントスタチン</li> <li>•マイトマイシンC</li> <li>•ミトキサントロン</li> <li>•メトトレキサート(50~250 mg/m<sup>2</sup>)</li> <li>•ラニムスチン※<sup>8)</sup></li> </ul>
最小度(催吐性)リスク minimal emetic risk (催吐頻度 <10%) <div style="background-color: #4a86e8; color: white; padding: 10px; text-align: center; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">大部分の分子標的薬</div>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•L-アスパラギナーゼ</li> <li>•アレムツズマブ</li> <li>•イビリムマブ</li> <li>•インターフェロン-α(≤5 million IU/m<sup>2</sup>)</li> <li>•オフアツムマブ</li> <li>•クラドリビン</li> <li>•ゲムツズマブオゾガマイシン*</li> <li>•シタラビン(&lt;100 mg/m<sup>2</sup>)</li> <li>•セツキシマブ</li> <li>•テムシロリムス</li> <li>•トラスツズマブ</li> <li>•ニボルマブ</li> <li>•バニツムマブ</li> <li>•ビノレルビン</li> <li>•ピンクリスチン</li> <li>•ビンデシン※<sup>9)</sup></li> <li>•ビンブラスチン</li> <li>•フルダラビン</li> <li>•ブレオマイシン</li> <li>•ペバシズマブ</li> <li>•ペグインターフェロン</li> <li>•ベルツズマブ</li> <li>•ボルテゾミブ</li> <li>•メトトレキサート(≤50 mg/m<sup>2</sup>)</li> <li>•ラムシルマブ</li> <li>•リツキシマブ</li> </ul>

図1 リスクごとに決められた制吐療法

これらは吐き気の予防のための飲み薬

これらは吐き気が出たときの頓服の飲み薬

① 高度催吐性リスクの抗がん薬に対する制吐療法

	1 (抗がん薬投与前)	2	3	4	5 (日)
アプレピタント (mg)	125	80	80		
SHT <sub>3</sub> 受容体拮抗薬	○				
デキサメタゾン (mg)	9.9	8	8	8	8

注) アプレピタントを使用しない場合は、1日目のデキサメタゾン注射薬は13.2～16.5mgとする。

② 中等度催吐性リスクの抗がん薬に対する制吐療法

	1 (抗がん薬投与前)	2	3	4	5 (日)
SHT <sub>3</sub> 受容体拮抗薬	○				※括弧内は代替用量
デキサメタゾン (mg)	9.9 (6.6)※	8	8	8	

注) デキサメタゾンを積極的に使用できない場合は、デキサメタゾン2～4日間の代わりに、SHT<sub>3</sub> 受容体拮抗薬2～4日間を追加する。

<オプション> カルボプラチン、イホスファミド、イリノテカン、メトトレキサートなど使用時

	1	2	3	4	5 (日)
アプレピタント (mg)	125	80	80		※括弧内は代替用量
SHT <sub>3</sub> 受容体拮抗薬	○				
デキサメタゾン (mg)	4.95 (3.3)※	4	4	4	

③ 軽度催吐性リスクの抗がん薬に対する制吐療法

	1 (抗がん薬投与前)	2	3	4	5 (日)
デキサメタゾン (mg)	6.6 (3.3)※				※括弧内は代替用量

注) 状況に応じてプロクロルペラジンまたはメトクロプラミド

<突発性悪心嘔吐に対する治療>

① 左記予防薬で効果不十分の場合

- ・メトクロプラミド(プリンペラン)
- ・ハロペリドール(セレネース)
- ・プロクロルペラジン(ノバミン)
- ・抗ヒスタミン薬(トラベルミン)
- ・ロラゼパム(ワイパックス)
- ・胃酸抑制薬(ガスターなど)

錐体外路障害に注意

シスプラチンに有効な場合も

眠気に注意

② 上記でも難治性の場合

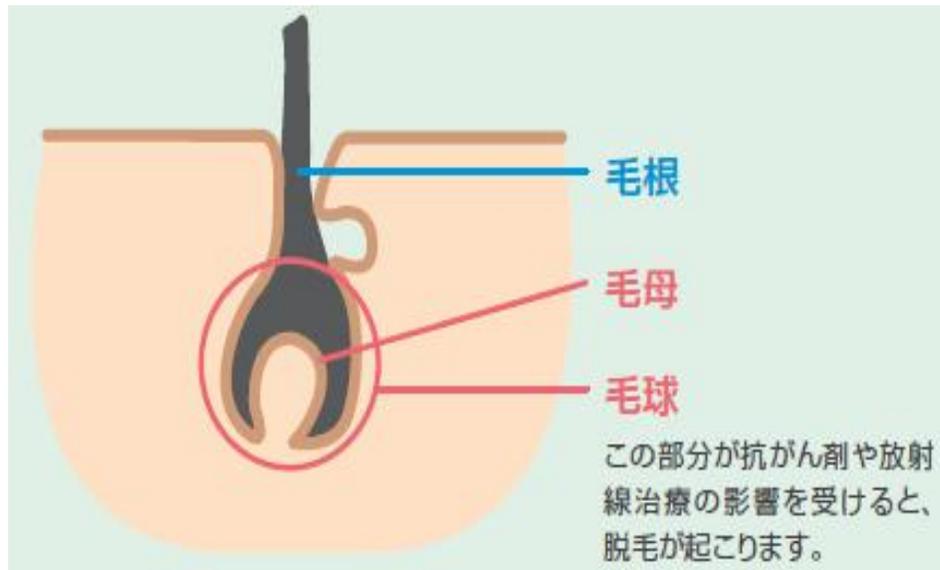
- ・オランザピン(ジプレキサ)

『原則としてコルチコステロイド、5-HT<sub>3</sub>受容体拮抗薬、NK1受容体拮抗薬等と併用して5mg錠を使用する(最大6日間)。』

# 脱毛

抗がん剤開始後、2～3週間ごろから発現。

- 必ず脱毛する...パクリタキセル、ドセタキセル、アブラキサン
- 低頻度(10%弱)...多くの分子標的薬、シスプラチン、代謝拮抗薬(5-FU、S-1、ゼローダ、ゲムシタビン、アリムタ)
- その他の抗がん剤はその中間程度の頻度と覚える。



## 1) 頭髪

- 抜け始める前から、短く散髪することで心理的に良い可能性も。  
(ただし短すぎるとTシャツにチクチクささって気持ち悪くなることも...)
- ウィッグやバンダナの用意。

## 2) まつ毛

結膜炎になるようであれば眼科の受診も薦める。

《アピアランスケアとは》

がんの治療で起こった脱毛、皮膚の変色、手術の傷跡など、外見の変化に関する不安や悩みを軽くして、治療中も自分らしく生活できるようサポートするケアのこと。

## 3) まゆ毛

アピアランスケアの薦め(当センターでの「腭がん教室」や「スキンケア教室」)。



# 間質性肺炎 (1~5%程度)

## 初期症状

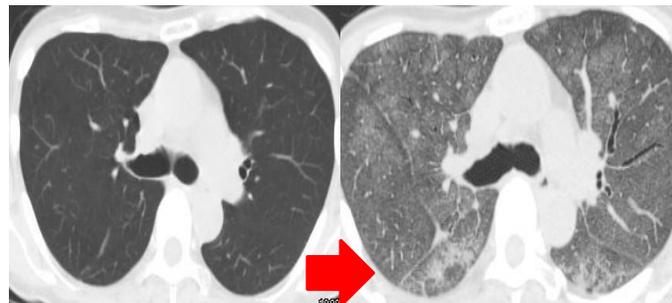
痰のでない咳(空咳)、発熱(熱は出ないことも)  
息切れ、息苦しさ、強い倦怠感

**このような症状が見られましたら主治医に連絡してもらいます**  
※パルスオキシメーターで酸素値の測定も有用です。



**※喫煙は間質性肺炎のリスク上昇要因⇒禁煙は必ず指導**

## CT画像



# 血管外漏出

数%程度  
の確率

**患者に初期症状を説明し、早期発見し対処することが重要！**  
(その日の晩～数日間は点滴した針の場所が、腫れたり、熱っぽくなったり、痛みがあれば夜中でもすぐに病院に連絡することを説明)



少量でも血管の外に漏れたら潰瘍の可能性

潰瘍にはなりにくいが血管の外に漏れたら疼痛の可能性

起壊死性抗癌剤  
Vesicant drug

- ・アブラキサン
- ・イダマイシン
- ・エクザール
- ・オンコビン
- ・カルセド
- ・コスメゲン
- ・サイメリン
- ・ダウノマイシン
- ・テラルビシン
- ・ドキシソルビシン
- ・ドセタキセル
- ・ナベルビン
- ・ノバントロン
- ・パクリタキセル
- ・ファルモルビシン

炎症性抗癌剤  
Irritant drug

- ・アイエーコール
- ・アクプラ
- ・アルケラン
- ・イホマイド
- ・エルプラット
- ・エンドキサン
- ・カルボプラチン
- ・ジェムザール
- ・ダカルバジン
- ・ドキシル
- ・トレアキシン
- ・ハイカムチン
- ・ブリプラチン
- ・エトポシド
- ・ベルケイド
- ・5-FU

非壊死性抗癌剤  
Non vesicant drug

- ・アービタックス
- ・アバスチン
- ・アリムタ
- ・キロサイド
- ・サンラビン
- ・ハーセプチン
- ・ビダーザ
- ・フェロン
- ・ブレオ
- ・ベクティビックス
- ・メソトレキセート
- ・リツキサン
- ・ロイスタチン
- ・ロイナーゼ



# Take Home Message

今回の講演をご参考にいただき、  
保険薬局と病院の薬剤師同士での  
情報交換のきっかけになれば良いと思います。

ご清聴ありがとうございました

