







レジメ名	CHOP		
適応疾患	非ホジキンリンパ腫	審議日	2008/11/20
実施部署	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> その他( )	診療科	消化器内科

番号	薬剤名	投与量	投与方法 (ルート・時間)	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目		
①	グラニセロンバッグ	100mL	30分で点滴	○	×	×	×	×		
②	生食	20mL	ゆっくり静注	○	×	×	×	×		
	オンコピン	1.4mg/m <sup>2</sup>	(max=2mg/body)	○	×	×	×	×		
③	生食	50mL	30分で点滴	○	×	×	×	×		
	ドキシソルピシン	50mg/m <sup>2</sup>		○	×	×	×	×		
④	生食	500mL	120分で点滴	○	×	×	×	×		
	エンドキサン	750mg/m <sup>2</sup>		○	×	×	×	×		
⑤	生食	100mL	フラッシュ	○	×	×	×	×		
	プレドニン 内服	100mg	D1~D5							

1クール日数・休業期間	3週/クール(D1投与)、プレドニンはD1~D5	所要時間	180 分
実施基準	Neutro>1200 $\mu$ L / $\cdot$ PLT>75000 / $\mu$ L, T.bil 2.0mg/dL以下, GOT/GPT 正常値の5倍以下, Creat 2.0mg/dl以下.		
減量要件と減量スケール	WBC<1000 / $\mu$ Lが3日間持続・PLT<50000 / $\mu$ L・敗血症・出血症状が出現した場合は次コースよりDXR・CPAを80%に減量。DXRによるGrade2以上の心症状が出現した場合は次コースよりDXR中止。VCRによるGrade3以上の神経毒性が出現した場合は次コースよりVCR中止。VCRによるGrade2以上の神経毒性が出現した場合は次コースよりVCR50%。Grade2以上の粘膜炎が出現した場合は次コースよりDXR75%。Grade2以上の出血性膀胱炎が出現した場合は次コースよりOPM75%。コントロール困難な糖尿病・消化性潰瘍が出現した場合はPSLを中止。		
臨床使用根拠 (左記の資料を添付のこと)			

備考)エビデンスレベル:Iaシステマティックレビュー/メタアナリシス, Ibランダム化比較試験, IIa非ランダム化比較試験,

IIbその他の準実験的研究, III非実験的記述研究(比較研究, 相関研究, 症例対照研究など), IV専門科委員会や権威者の意見  
備考

\*制吐薬適正使用ガイドラインでアプレピタントCapの内服が推奨されている。  
ドキシソルピシンは、蓄積性心毒性予防のため450-500mg/m<sup>2</sup>までに留める。

\*2014年(H26)8月 オンコピンの投与量を「2mg/body」→「1.4mg/m<sup>2</sup> (max=2mg/body)」へ変更

レジメ名	R-CHOP		
適応疾患	非ホジキンリンパ腫(CD20陽性)	審議日	2008/11/20
実施部署	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> その他( )	診療科	消化器内科

番号	薬剤名	投与量	投与方法 (ルート・時間)	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目
①	グラニセロンパック	100mL	30分で点滴	○	○	×	×	×	×
②	抗ヒスタミン剤・解熱剤	適宜		○	×	×	×	×	×
③	リツキサソ	375mg/m <sup>2</sup>	25mg/h(60分間)	○	×	×	×	×	×
	5%糖液で10倍希釈		100mg/h(60分間)	○	×	×	×	×	×
	(右記のように速度Up)		200mg/h(以後)	○	×	×	×	×	×
	(30分前に前投薬②)								
②	生食	20mL	ゆっくり静注	×	○	×	×	×	×
	オンコピン	1.4mg/m <sup>2</sup>	(max=2mg/body)	×	○	×	×	×	×
③	生食	50mL	30分で点滴	×	○	×	×	×	×
	ドキシソルピシソ	50mg/m <sup>2</sup>		×	○	×	×	×	×
④	生食	500mL	120分で点滴	×	○	×	×	×	×
	エンドキサソ	750mg/m <sup>2</sup>		×	○	×	×	×	×
⑤	生食	100mL	フラッシュ	○	○	×	×	×	×
	プレドニン 内服	100mg	D2~D6						

1クール日数・休業期間	3週/クール(D1・D2投与)、プレドニンはD2~D6	所要時間	150-270 分
実施基準	Neutro>1200/ $\mu$ L・PLT>75000/ $\mu$ L, T.bil 2.0mg/dL以下, GOT/GPT 正常値の5倍以下, Creat 2.0mg/dL以下. 血中に50000/ $\mu$ L以上の腫瘍細胞がある場合は他の治療法を考慮. 血中に25000~50000/ $\mu$ Lの腫瘍細胞がある場合は原則として他の治療法を考慮. 脾腫・心機能障害・肺浸潤のある場合も慎重投与(Rituximab).		
減量要件と減量スケール	WBC<1000/ $\mu$ Lが3日間持続・PLT<50000/ $\mu$ L・敗血症・出血症状が出現した場合は次コースよりDXR・CPAを80%に減量. DXRによるGrade2以上の心症状が出現した場合は次コースよりDXR中止. VCRによるGrade3以上の神経毒性が出現した場合は次コースよりVCR中止. VCRによるGrade2以上の神経毒性が出現した場合は次コースよりVCR50%. Grade2以上の粘膜炎が出現した場合は次コースよりDXR75%. Grade2以上の出血性膀胱炎が出現した場合は次コースよりOPM75%. コントロール困難な糖尿病・消化性潰瘍が出現した場合はPSLを中止.		
臨床使用根拠 (左記の資料を添付のこと)			

備考)エビデンスレベル:Iaシステマティックレビュー/メタアナリシス, Ibランダム化比較試験, IIa非ランダム化比較試験,

IIbその他の準実験的研究, III非実験的記述研究(比較研究, 相関研究, 症例対照研究など), IV専門科委員会や権威者の意見  
備考

\*制吐薬適正使用ガイドラインでアプレピタントCapの内服が推奨されている。  
ドキシソルピシソは、蓄積性心毒性予防のため450-500mg/m<sup>2</sup>までに留める。

\*2014年(H26)8月 オンコピンの投与量を「2mg/body」→「1.4mg/m<sup>2</sup> (max=2mg/body)」へ変更

レジメ名	R-CHOP(D1投与)		
適応疾患	非ホジキンリンパ腫(CD20陽性)	審議日	
実施部署	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> その他( )	診療科	消化器内科

番号	薬剤名	投与量	投与方法 (ルート・時間)	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目		
①	グラニセロンパック	100mL	30分で点滴	○	×	×	×	×		
②	抗ヒスタミン剤・解熱剤	適宜		○	×	×	×	×		
③	リツキサンの5%糖液で10倍希釈	375mg/m <sup>2</sup>	25mg/h(60分間)	○	×	×	×	×		
	(右記のように速度Up)		100mg/h(60分間)	○	×	×	×	×		
	(30分前に前投薬②)		200mg/h(以後)	○	×	×	×	×		
②	生食	20mL	ゆっくり静注	○	×	×	×	×		
	オンコピン	1.4mg/m <sup>2</sup>	(max=2mg/body)	○	×	×	×	×		
③	生食	50mL	30分で点滴	○	×	×	×	×		
	ドキシソルピシン	50mg/m <sup>2</sup>		○	×	×	×	×		
④	生食	500mL	120分で点滴	○	×	×	×	×		
	エンドキサンの	750mg/m <sup>2</sup>		○	×	×	×	×		
⑤	生食	100mL	フラッシュ	○	×	×	×	×		
	プレドニン 内服	100mg	D1~D5							

1クール日数・休業期間	3週/クール(D1投与)、プレドニンはD1~D5	所要時間	420 分
実施基準	Neutro>1200/ $\mu$ L・PLT>75000/ $\mu$ L, T.bil 2.0mg/dL以下, GOT/GPT 正常値の5倍以下, Creat 2.0mg/dL以下. 血中に50000/ $\mu$ L以上の腫瘍細胞がある場合は他の治療法を考慮. 血中に25000~50000/ $\mu$ Lの腫瘍細胞がある場合は原則として他の治療法を考慮. 脾腫・心機能障害・肺浸潤のある場合も慎重投与(Rituximab).		
減量要件と減量スケール	WBC<1000/ $\mu$ Lが3日間持続・PLT<50000/ $\mu$ L・敗血症・出血症状が出現した場合は次コースよりDXR・CPAを80%に減量. DXRによるGrade2以上の心症状が出現した場合は次コースよりDXR中止. VCRによるGrade3以上の神経毒性が出現した場合は次コースよりVCR中止. VCRによるGrade2以上の神経毒性が出現した場合は次コースよりVCR50%. Grade2以上の粘膜炎が出現した場合は次コースよりDXR75%. Grade2以上の出血性膀胱炎が出現した場合は次コースよりOPM75%. コントロール困難な糖尿病・消化性潰瘍が出現した場合はPSLを中止.		
臨床使用根拠 (左記の資料を添付のこと)	エビデンスに基づいた癌化学療法ハンドブック2012		

備考)エビデンスレベル: Iaシステマティックレビュー/メタアナリシス, Ibランダム化比較試験, IIa非ランダム化比較試験,

備考) IIbその他の準実験的研究, III非実験的記述研究(比較研究, 相関研究, 症例対照研究など), IV専門科委員会や権威者の意見

\*制吐薬適正使用ガイドラインでアプレピタントCapの内服が推奨されている。  
\*ドキシソルピシンは、蓄積性心毒性予防のため450-500mg/m<sup>2</sup>までに留める。

レジメ名	ABVD		
適応疾患	ホジキンリンパ腫	審議日	2008/11/20
実施部署	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> その他( )	診療科	消化器内科

番号	薬剤名	投与量	投与方法 (ルート・時間)	1日目	15日目					
①	生食	100mL	30分で点滴	○	○					
	アロキシ	1V		○	○					
	デキサート	9.9mg		○	○					
③	生食	20mL	ゆっくり静注	○	○					
	プレオ	10mg/m <sup>2</sup>		○	○					
③	生食	20mL	ゆっくり静注	○	○					
	エクザール	6mg/m <sup>2</sup>		○	○					
③	生食	20mL	60分で点滴	○	○					
	ダカルバジン	375mg/m <sup>2</sup>	(ルートまで遮光)	○	○					
⑤	生食	100mL	30分で点滴	○	○					
	ドキシソルピシン	25mg/m <sup>2</sup>		○	○					
⑥	生食	100mL	フラッシュ	○	○					

1クール日数・休業期間	4週/クール(D1-D15投与)	所要時間	60 分
実施基準	WBC>4000/μL・PLT>130000/μL		
減量要件と減量スケール	WBC<4000/μLまたはPLT<130000/μL DXR・VLBは50% WBC<3000/μLまたはPLT<100000/μL DXR・VLBは25%, DTICは50% WBC<2000/μLまたはPLT<80000/μL DXR・VLBは中止, DTICは25% WBC<1500/μLまたはPLT<50000/μL DXR・VLB・DTICは中止, DLMは100%		
臨床使用根拠 (左記の資料を添付のこと)			

備考)エビデンスレベル:Iaシステマティックレビュー/メタアナリシス, Ibランダム化比較試験, IIa非ランダム化比較試験,

IIbその他の準実験的研究, III非実験的記述研究(比較研究, 相関研究, 症例対照研究など), IV専門科委員会や権威者の意見  
備考

\*制吐薬適正使用ガイドラインでアプレピタントCapの内服が推奨されている。

ドキシソルピシンは、蓄積性心毒性予防のため450-500mg/m<sup>2</sup>までに留める。

レジメ名	DeVIC		
適応疾患	NHL、悪性リンパ腫(aggressive)サルベージ	審議日	2012/2/8
実施部署	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> その他( )	診療科	消化器内科

番号	薬剤名	投与量	投与方法 (ルート・時間)	1日目	2日目	3日目				
①	クラニセトロン3mgパック	100mL	30分で点滴	○	○	○				
②	生食	100mL	60分で点滴	○	○	○				
	デキサート	33mg		○	○	○				
③	生食	500mL	120分で点滴	○	×	×				
	カルボプラチン	300mg/m <sup>2</sup>		○	×	×				
④	生食	500mL	120分で点滴	○	○	○				
	エトポシド	100mg/m <sup>2</sup>		○	○	○				
⑤	5%グルコース	500mL	150分で点滴	○	○	○				
	イホマイド	1500mg/m <sup>2</sup>		○	○	○				
⑥	生食	20mL	イホマイド投与後	○	○	○				
	ウロミテキサン	300mg/m <sup>2</sup>		○	○	○				
⑦	生食	20mL	イホマイド投与4時間後	○	○	○				
	ウロミテキサン	300mg/m <sup>2</sup>		○	○	○				
⑧	生食	20mL	イホマイド投与8時間後	○	○	○				
	ウロミテキサン	300mg/m <sup>2</sup>		○	○	○				

1クール日数・休業期間	3週/クール(D1~D3投与)	所要時間	360-480 分
実施基準	WBC>2000(Neutro>1000)μL・PLT>100000/μL, T.bil 2.0mg/dl以下, GOT/GPT 正常値の5倍以下, Creat 2.0mg/dL以下.		
減量要件と減量スケール	WBC>2000(Neutro>1000)/μL・PLT>100000/μLがDay29まで回復しない場合は, DEX以外を75%に.		
臨床使用根拠 (左記の資料を添付のこと)	*青森県立中央病院血液内科登録レジメ *悪性リンパ腫エビデンス&レジメン集 岡本昌隆ほか.臨床血液 1994;35:635-641 Okamoto M et al.Proc Am Soc Clin Oncol 1994;13:376		

備考)エビデンスレベル:Iaシステマティックレビュー/メタアナリシス, Ibランダム化比較試験, IIa非ランダム化比較試験,

備考 IIbその他の準実験的研究, III非実験的記述研究(比較研究, 相関研究, 症例対照研究など), IV専門科委員会や権威者の意見

\*制吐薬適正使用ガイドラインでアプレピタントCapの内服が推奨されている。  
 \*2013年(H25)1月薬事委員会で「ペプシド注」→「(後発品)エトポシド注」へ切り替え



レジメ名	DeVIC		
適応疾患	悪性リンパ腫(aggressive)サルベージ	審議日	2008/11/20
実施部署	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> その他( )	診療科	消化器内科

番号	薬剤名	投与量	投与方法 (ルート・時間)	1日目	2日目	3日目				
①	グラニセロンパック	100mL	30分で点滴	○	○	○				
②	生食	100mL	60分で点滴	○	×	×				
	カルボプラチン	300mg/m <sup>2</sup>		○	×	×				
③	生食	500mL	120分で点滴	○	○	○				
	ペプシド	100mg/m <sup>2</sup>		○	○	○				
④	生食	500mL	120分で点滴	○	○	○				
	イホマイド	1500mg/m <sup>2</sup>		○	○	○				
⑤	生食	100mL	30分で点滴	○	○	○				
	デキサート	33mg		○	○	○				
⑥	ウロミテキサン	300mg/m <sup>2</sup>	休マイト投与時	○	○	○				
⑦	ウロミテキサン	300mg/m <sup>2</sup>	休マイト投与4hr後	○	○	○				
⑧	ウロミテキサン	300mg/m <sup>2</sup>	休マイト投与8hr後	○	○	○				

1クール日数・休業期間	3週毎	所要時間	360 分
実施基準	WBC>2000(Neutro>1000)/ $\mu$ L・PLT>100000/ $\mu$ L, T.bil 2.0mg/dL以下, GOT/GPT 正常値の5倍以下, Creat 2.0mg/dl以下.		
減量要件と減量スケール	WBC>2000(Neutro>1000)/ $\mu$ L・PLT>100000/ $\mu$ LがDay29まで回復しない場合は, DEX以外を75%に.		
臨床使用根拠 (左記の資料を添付のこと)			

備考)エビデンスレベル:Iaシステマティックレビュー/メタアナリシス, Ibランダム化比較試験, IIa非ランダム化比較試験,

IIbその他の準実験的研究, III非実験的記述研究(比較研究, 相関研究, 症例対照研究など), IV専門科委員会や権威者の意見  
備考

\*制吐薬適正使用ガイドラインでアプレピタントCapの内服が推奨されている。

2012年2月→Ga-BI-004aへ変更のため削除

レジメ名	VAD療法		
適応疾患	多発性骨髄腫	審議日	2010/11/22
実施部署	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> その他( )	診療科	消化器内科

番号	薬剤名	投与量	投与方法 (ルート・時間)	1日目	2日目	3日目	4日目			
①	生食	100mL	ルート確保	○	×	×	×			
②	生食	1000mL	24時間	○	○	○	○			
	オンコピン	0.4mg/body		○	○	○	○			
③	生食	1000mL	24時間	○	○	○	○			
	ドキシソルピシン	10mg/m <sup>2</sup>		○	○	○	○			
④	生食	100mL	フラッシュ	×	×	×	○			
側	生食	100mL		○	○	○	○			
	デキサート	33mg/body	30分で点滴	○	○	○	○			
側	グラニセトロンバッグ	3mg	30分で点滴	○	○	○	○			

1クール日数・休業期間	4週/クール(D1~D4投)	所要時間	1440 分
実施基準	末梢血に問題がないこと。		
減量要件と減量スケール	末梢血をみて判断。		
臨床使用根拠 (左記の資料を添付のこと)	教科書を添付		

備考)エビデンスレベル:Iaシステマティックレビュー/メタアナリシス, Ibランダム化比較試験, IIa非ランダム化比較試験,

IIbその他の準実験的研究, III非実験的記述研究(比較研究, 相関研究, 症例対照研究など), IV専門科委員会や権威者の意見  
備考

なお、デキサートは、D1-D4のみでなく、D9-D12, D17-D20を施行するレジメンもあります。(県病奨励)

レジメ名	DeVIC+リツキシマブ		
適応疾患	NHL	審議日	2011/1/17
実施部署	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> その他( )	診療科	消化器内科

番号	薬剤名	投与量	投与方法 (ルート・時間)	1日目	2日目	3日目	4日目			
①	グラニセロンパック	3mg	30分で点滴	○	○	○	○			
②	生食	250mL	60分で点滴	○	×	×	×			
	カルボプラチン	300mg/m <sup>2</sup>		○	×	×	×			
③	生食	500mL	120分で点滴	○	○	○	×			
	エトポシド	100mg/m <sup>2</sup>		○	○	○	×			
④	生食	500mL	120分で点滴	○	○	○	×			
	イホマイド	1500mg/m <sup>2</sup>		○	○	○	×			
⑤	生食	100mL	30分で点滴	○	○	○	×			
	デキサート	33mg		○	○	○	×			
⑥	ウロミテキサン	300mg/m <sup>2</sup>	イホマイド投与時	○	○	○	×			
⑦	ウロミテキサン	300mg/m <sup>2</sup>	イホマイド投与4hr後	○	○	○	×			
⑧	ウロミテキサン	300mg/m <sup>2</sup>	イホマイド投与8hr後	○	○	○	×			
	ブルフェン200mg、ボラミン 2mg内服		リツキサン投与30分前	×	×	×	○			
⑨	生食	リツキサンの9倍量	初め25mL/hr	×	×	×	○			
	リツキサン	375mg/m <sup>2</sup>	1時間後100mL/hr	×	×	×	○			
			2時間後200mL/hr	×	×	×	○			
⑩	生食	100mL	フラッシュ	×	×	×	○			

1クール日数・休業期間	3-4週/クール(D1~D4投与)	所要時間	270-360 分
実施基準	WBC>2000(Neutro>1000)/ $\mu$ L・PLT>100000/ $\mu$ L, T.bil 2.0mg/dL以下, GOT/GPT 正常値の5倍以下, Creat 2.0mg/dl以下.		
減量要件と減量スケール	WBC>2000(Neutro>1000)/ $\mu$ L・PLT>100000/ $\mu$ LがDay29まで回復しない場合は, DEX以外を75%に.		
臨床使用根拠 (左記の資料を添付のこと)			

備考)エビデンスレベル:Iaシステマティックレビュー/メタアナリシス, Ibランダム化比較試験, IIa非ランダム化比較試験,

IIbその他の準実験的研究, III非実験的記述研究(比較研究, 相関研究, 症例対照研究など), IV専門科委員会や権威者の意見  
備考

\*制吐薬適正使用ガイドラインでアプレピタントCapの内服が推奨されている。  
\*2013年(H25)1月薬事委員会で「ペプシド注」→「(後発品)エトポシド注」へ切り替え

レジメ名	ESHAP		
適応疾患	非ホジキンリンパ腫	審議日	2011/08/17
実施部署	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> その他( )	診療科	消化器内科

番号	薬剤名	投与量	投与方法 (ルート・時間)	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目		
①	グラニセロンバッグ	3mg	30分で点滴	○	○	○	○	○		
	ソル・メルコート	250mg		○	○	○	○	○		
②	生食	計480mL	24時間持続	○	○	○	○	×		
	シスプラチン	25mg/m <sup>2</sup>		○	○	○	○	×		
③	5%ブドウ糖	250mL	60分で点滴	○	○	○	○	×		
	エトポシド	25mg/m <sup>2</sup>		○	○	○	○	×		
④	生食	計500mL	120分で点滴	×	×	×	×	○		
	キロサイドN	2g/m <sup>2</sup>		×	×	×	×	○		
⑤	YDソリタ-T3号	500mL	120分で点滴	○	○	○	○	○		
	7%メイロン	40mL		○	○	○	○	○		

1クール日数・休業期間	3~4週/クール(D1~D5投与)	所要時間	1440 分
実施基準	特記すべき点なし		
減量要件と減量スケール	特記すべき点なし		
臨床使用根拠 (左記の資料を添付のこと)	Velasquez WS, et. al. ESHAP - an effective chemotherapy regimen in refractory and relapsing lymphoma: a 4-year follow up study. J Clin Oncol. 1994 Jun; 12(6) 1169-76.		

備考)エビデンスレベル:Iaシステマティックレビュー/メタアナリシス, Ibランダム化比較試験, IIa非ランダム化比較試験,

備考 IIbその他の準実験的研究, III非実験的記述研究(比較研究, 相関研究, 症例対照研究など), IV専門科委員会や権威者の意見

\*制吐薬適正使用ガイドラインでアプレピタントCapの内服が推奨されている。  
 \*2013年(H25)1月薬事委員会で「ベプシド注」→「(後発品)エトポシド注」へ切り替え  
 \*2016年(H28)10月より「ソルテム3A」→「YDソリタ-T3号」へ切り替え

レジメ名	R-ESHAP		
適応疾患	非ホジキンリンパ腫	審議日	2011/08/17
実施部署	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> その他( )	診療科	消化器内科

番号	薬剤名	投与量	投与方法 (ルート・時間)	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目
①	グラニセロンバッグ	3mg	30分で点滴	×	○	○	○	○	○
	ソル・メルコート	250mg		×	○	○	○	○	○
②	生食	計480mL	24時間持続	×	○	○	○	○	×
	シスプラチン	25mg/m <sup>2</sup>		×	○	○	○	○	×
③	5%ブドウ糖	250mL	60分で点滴	×	○	○	○	○	×
	エトポシド	25mg/m <sup>2</sup>		×	○	○	○	○	×
④	生食	計500mL	120分で点滴	×	×	×	×	×	○
	キロサイドN	2g/m <sup>2</sup>		×	×	×	×	×	○
⑤	YDソリタ-T3号	500mL	120分で点滴	×	○	○	○	○	○
	7%メイロン	40mL		×	○	○	○	○	○
	抗ヒスタミン剤・解熱剤		リツキサン投与30分前	○	×	×	×	×	×
①	グラニセロンバッグ	3mg	30分で点滴	○	×	×	×	×	×
②	リツキサン	375mg/m <sup>2</sup>	25mL/hr(60分)	○	×	×	×	×	×
	生食(10倍希釈)	適量	100mL/hr(60分)	○	×	×	×	×	×
			200mL/hr(以後)	○	×	×	×	×	×
③	生食	100mL	フラッシュ	○	×	×	×	×	×

1クール日数・休業期間	3~4週/クール(D1~D6投与)	所要時間	270-1440 分
実施基準	特記すべき点なし		
減量要件と減量スケール	特記すべき点なし		
臨床使用根拠 (左記の資料を添付のこと)	R-ESHAP as salvage therapy for patients with relapsed or refractory diffuse large B cell lymphoma: the influence of prior exposure to rituximab on outcome. A GEL/TAMO study. Haematologica. 93(12): 1829-36, 2008		

備考)エビデンスレベル:Iaシステマティックレビュー/メタアナリシス, Ibランダム化比較試験, IIa非ランダム化比較試験,

備考 IIbその他の準実験的研究, III非実験的記述研究(比較研究, 相関研究, 症例対照研究など), IV専門科委員会や権威者の意見

\*制吐薬適正使用ガイドラインでアプレピタントCapの内服が推奨されている。  
 \*2013年(H25)1月薬事委員会で「ペプシド注」→「(後発品)エトポシド注」へ切り替え  
 \*2016年(H28)10月より「ソルテム3A」→「YDソリタ-T3号」へ切り替え

レジメ名	リツキシマブ/IMVP療法		
適応疾患	非ホジキンリンパ腫	審議日	2011/08/17
実施部署	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> その他( )	診療科	消化器内科

番号	薬剤名	投与量	投与方法 (ルート・時間)	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目
①	ダベシール1mg・ロソピロフェン60mg		リツキシマブの30分前(前投薬)	○	×	×	×	×	×
②	生食	100mL	ルート確保	○	×	×	×	×	×
③	リツキサ	375mg/m <sup>2</sup>	25mg/h(60分間)	○	×	×	×	×	×
	生食で10倍希釈		100mg/h(60分間)	○	×	×	×	×	×
	(右記のように速度Up)		200ml/h(以後)						
④	グラニセトンパッグ	100mL	15分で点滴	×	○	○	×	×	×
	プレドニン	100mg		×	○	○	×	×	×
⑤	生食	50mL	全開で投与	×	○	×	×	×	×
	フィルデシン	3mg/body		×	○	×	×	×	×
⑥	生食	100mL	30分で点滴	×	○	×	×	×	×
	ノバントロン	10~15mg/body		×	○	×	×	×	×
⑦	5%ブドウ糖	500mL	120分で点滴	×	○	○	×	×	×
	イホマイド	1500~2000mg/body		×	○	○	×	×	×
⑧	生食	100mL	フラッシュ	○	○	○	×	×	×
⑨	ウロミテキサン	300~400mg/body x3	イホマイド 投与後・4h後・8h後	×	○	○	×	×	×
⑩	プレドニン	100mg	内服	×	×	×	○	○	○

1クール日数・休業期間	3週/クール(D1~D3投与)、プレドニン内服はD4~D6	所要時間	165-240 分
実施基準	Neutro>1200/ $\mu$ L・PLT>75000/ $\mu$ L, T.bil 2.0mg/dL以下, GOT/GPT 正常値の5倍以下, Creat 2.0mg/dL以下. 血中に50000/ $\mu$ L以上の腫瘍細胞がある場合は他の治療法を考慮. 血中に25000~50000/ $\mu$ Lの腫瘍細胞がある場合は原則として他の治療法を考慮. 脾腫・心機能障害・肺浸潤のある場合も慎重投与(Rituximab).		
減量要件と減量スケール	一般的な減量基準に準ずる。 コントロール困難な糖尿病・消化性潰瘍が出現した場合はPSLを中止。		
臨床使用根拠 (左記の資料を添付のこと)			

備考)エビデンスレベル:Iaシステマティックレビュー/メタアナリシス, Ibランダム化比較試験, IIa非ランダム化比較試験,

IIbその他の準実験的研究, III非実験的記述研究(比較研究, 相関研究, 症例対照研究など), IV専門科委員会や権威者の意見  
備考

--

レジメ名	R-Gem		
適応疾患	NHL	審議日	2013/09/11
実施部署	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> その他( )	診療科	消化器内科

番号	薬剤名	投与量	投与方法 (ルート・時間)	1日目	8日目	15日目	22日目			
①	タベジール	1mg	30分前に経口	○	×	×	×			
	ロキソプロフェンNa	60mg	30分前に経口	○	×	×	×			
②	生食	100mL	ルート確保	○	×	×	×			
③	生食	10倍希釈	はじめ25mL/hr	○	×	×	×			
	リツキサン	375mg/m <sup>2</sup>	1時間後100mL/hr	○	×	×	×			
			2時間後200mL/hr	○	×	×	×			
④	生食	100mL	30分で点滴	○	×	○	×			
	デキサート	6.6mg		○	×	○	×			
⑤	生食	100mL	30分で点滴	○	×	○	×			
	ゲムシタピン	1000mg/m <sup>2</sup>		○	×	○	×			
⑥	生食	100mL	フラッシュ	○	×	○	×			

1クール日数・休業期間	4週/クール(D1・D15投与)	所要時間	60-330 分
実施基準	規定されたスケールはない。一般的な基準に準ずる。		
減量要件と減量スケール	規定されたスケールはない。一般的な基準に準ずる。		
臨床使用根拠 (左記の資料を添付のこと)	Andres L, et al, GEMOX-R regimen is a highly effective salvage regimen inpatients with refractory / relapsing diffuse large-cell lymphoma: a phase II study, Journal compilation 80 (127-132) 2007		

備考)エビデンスレベル:Iaシステマティックレビュー/メタアナリシス, Ibランダム化比較試験, IIa非ランダム化比較試験,

IIbその他の準実験的研究, III非実験的記述研究(比較研究, 相関研究, 症例対照研究など), IV専門科委員会や権威者の意見  
備考

--

レジメ名	リツキシマブ		
適応疾患	NHL	審議日	2014/1/15
実施部署	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> その他( )	診療科	消化器内科

番号	薬剤名	投与量	投与方法 (ルート・時間)	1日目						
	ダベシール1mg・ロキソロン60mg		リツキサン30分前に経口	○						
①	生食	100mL	ルート確保	○						
②	生食	10倍希釈	はじめ25mL/hr	○						
	リツキサン	375mg/m <sup>2</sup>	1時間後100mL/hr	○						
			2時間後200mL/hr							
③	生食	100mL	フラッシュ	○						

1クール日数・休業期間	1週毎	所要時間	240 分
実施基準	規定されたスケールはない。一般的な基準に準ずる。		
減量要件と減量スケール	規定されたスケールはない。一般的な基準に準ずる。		
臨床使用根拠 (左記の資料を添付のこと)	リツキサン添付文書		

備考)エビデンスレベル:Iaシステマティックレビュー/メタアナリシス, Ibランダム化比較試験, IIa非ランダム化比較試験,

IIbその他の準実験的研究, III非実験的記述研究(比較研究, 相関研究, 症例対照研究など), IV専門科委員会や権威者の意見

備考

--



レジメ名	Vidaza点滴静注		
適応疾患	骨髄異型性症候群	審議日	2015/07/08
実施部署	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> その他( )	診療科	消化器内科

番号	薬剤名	投与量	投与方法 (ルート・時間)	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目
①	生食(キープ用)	100mL	ルート確保	○	○	○	○	○	○	○
②	グラニセトロンバッグ	100mL	30分で点滴	○	○	○	○	○	○	○
③	生食	50mL	10分	○	○	○	○	○	○	○
	ピダーザ	75mg/m <sup>2</sup>		○	○	○	○	○	○	○
	注射用水	20mL	ピダーザ溶解用 (100mg/10mL)	○	○	○	○	○	○	○
④	生食	100mL	フラッシュ	○	○	○	○	○	○	○

1クール日数・休業期間	4週/クール(D1~D7投与)	所要時間	55 分
実施基準	(国内臨床第 I / II 相試験) FAB分類でRA,RARSについては以下の1)~3)のうち1つ以上満たす患者 1)Hb<10g/dLかつ登録前3ヶ月以内に赤血球濃厚液による輸血を要した患者。2)血小板<50000/mm <sup>3</sup> 又は臨床的に有意な出血症状にある患者。3)好中球<1000mm <sup>3</sup> かつ易感染状態にある患者。 総ビリルビン≤1.5×ULN、AST≤2×ULN、ALT≤2×ULN、クレアチニン≤1.5×ULN、重炭酸塩≥19mEq/L×ULN		
減量要件と減量スケール	治療開始前値が白血球≥3000/mm <sup>3</sup> 、好中球; ≥1500/mm <sup>3</sup> かつ血小板≥75000/mm <sup>3</sup> で当該サイクルの最低値が好中球1000/mm <sup>3</sup> 未満又は血小板;50000/mm <sup>3</sup> 未満…14日以内に回復しない場合、次サイクル投与量を50%に減量。血清重炭酸塩<20mEq/L(静脈血)…次サイクル投与量を50%に減量。BUN又は血清クレアチニンが施設基準値上限を超え、治療開始前値の2倍以上に上昇…回復後、次サイクル投与量を50%に減量。		
臨床使用根拠 (左記の資料を添付のこと)	ピダーザ注射用添付文書・インタビューフォーム		

備考)エビデンスレベル:Iaシステマティックレビュー/メタアナリシス, Ibランダム化比較試験, IIa非ランダム化比較試験,

IIbその他の準実験的研究, III非実験的記述研究(比較研究, 相関研究, 症例対照研究など), IV専門科委員会や権威者の意見  
備考

ピダーザは調製後1時間以内に投与終了すること。  
D6,7は翌週の平日に行う予定。

レジメ名	トレアキシシ+リツキサシ療法		
適応疾患	非ホジキンリンパ腫(CD20陽性)	審議日	2019/05/08
実施部署	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> その他( )	診療科	消化器内科

番号	薬剤名	投与量	投与方法 (ルート・時間)	1日目	2日目					
	抗ヒスタミン薬・解熱薬	適宜		○	×					
①	アロキシバツグ	50mL	D1は15分で点滴	○	×					
	生食	100mL	D2は30分で点滴	×	○					
	デキサート	9.9mg		○	○					
②	生食	計250mL	60分で点滴	○	○					
	トレアキシシ	90mg/m <sup>2</sup>		○	○					
	注射用水		トレアキシシ溶解用 (100mg/40mL)	○	○					
③	生食	10倍希釈	25mL/h(60分間)	○	×					
	リツキサシ	375mg/m <sup>2</sup>	100mL/h(60分間)	○	×					
	(右記のように速度Up)		200mL/h(以後)	○	×					
	(30分前に前投薬服用)									
④	生食	100mL	フラツシュ	○	○					

1クール日数・休業期間	4週毎	所要時間	105-330 分
実施基準	好中球 $\geq 1000/\text{mm}^3$ 及び血小板 $\geq 75000/\text{mm}^3$ 非血液毒性 $\leq \text{Grade}2$ 総ビリルビン $< 2.0\text{mg/dL}$ 血清クレアチニン $< 2.0\text{mg/dL}$		
減量要件と減量スケール	・トレアキシシ 好中球 $< 500/\text{mm}^3$ ,血小板 $< 25000/\text{mm}^3$ または非血液毒性 $> \text{Grade}3$ の副作用が観察された場合 前サイクルの投与量が $90\text{mg}/\text{m}^2$ の場合 $\rightarrow 60\text{mg}/\text{m}^2$ 前サイクルの投与量が $60\text{mg}/\text{m}^2$ の場合 $\rightarrow$ 中止を検討		
臨床使用根拠 (左記の資料を添付のこと)	エビデンスに基づいた癌化学療法ハンドブック2012 K,Sue Robison,Michael E.Williams,Richard H.van der Jagt,Philip Cohen,Jordan A.Herst,Anil Tulpule, Lee S. Schwartzberg,Bernard Lemieux,and Bruce D. ChesonPhase II Multicenter Study of Bendamustine Plus Rituximab in Patients With Relapsed Indolent B-Cell and Mantle Cell Non- Hodgkin's Lymphoma.J Clin Oncol 26:4473-4479.		

備考)エビデンスレベル:Iaシステマティックレビュー/メタアナリシス, Ibランダム化比較試験, IIa非ランダム化比較試験,

備考 IIbその他の準実験的研究, III非実験的記述研究(比較研究, 相関研究, 症例対照研究など), IV専門科委員会や権威者の意見

トレアキシシは閉鎖式接続器具を使用すること  
トレアキシシは調製後3時間以内に投与終了すること  
トレアキシシ調製時、100mg/Vあたり40mLの注射用水で溶解すること  
リツキサシのアナフィラキシー対策として、リツキサシ投与30分前に、抗ヒスタミン薬・解熱鎮痛薬の内服を検討すること









レジメ名	アバステン+mFOLFOX6		
適応疾患	大腸癌	審議日	2010/11/22
実施部署	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> その他( )	診療科	消化器内科

番号	薬剤名	投与量	投与方法 (ルート・時間)	1日目	3日目					
①	生食	20mL	ルート確保	○	×					
②	生食	100mL	90分で点滴	○	×					
	アバステン	5-10mg/kg		○	×					
③	グラニセトロンパック	100mL	15分で点滴	○	×					
	デキサート	4.95mg		○	×					
④	5%ブドウ糖	250mL	120分で点滴	○	×					
	オキサリプラチン	85mg/m <sup>2</sup>	⑤と同時に	○	×					
⑤	5%ブドウ糖	250mL	120分で点滴	○	×					
	レボホリナート	200mg/m <sup>2</sup>	④と同時に	○	×					
⑥	生食	100mL	全開で投与	○	×					
	フルオロウラシル	400mg/m <sup>2</sup>		○	×					
⑦	生食	計100mL	持続ポンプにて48H	○	×					
	フルオロウラシル	2400mg/m <sup>2</sup>		○	×					
⑧	生食	20mL	フラッシュ	×	○					

1クール日数・休業期間	2週毎	所要時間	165-225 分
実施基準	規定されたスケールはない。一般的な基準に準ずる。		
減量要件と減量スケール	規定されたスケールはない。一般的な減量基準に準ずる。		
臨床使用根拠 (左記の資料を添付のこと)	大腸癌ガイドライン 大腸癌研究会編 NCCNガイドライン		

備考)エビデンスレベル:Iaシステマティックレビュー/メタアナリシス, Ibランダム化比較試験, IIa非ランダム化比較試験,

IIbその他の準実験的研究, III非実験的記述研究(比較研究, 相関研究, 症例対照研究など), IV専門科委員会や権威者の意見  
備考

②アバステン投与は初回90分より開始、症状無ければ、60分、30分へと短縮する事も出来る。

④と⑤は同時投与。

⑥生食なしでFUのみワンショット静注も可。

\*2014年(H26)10月…持続ポンプ変更。ポンプ内容量を計100mLへ変更。

\*2017年(H29)3月…「エルプラット」→「オキサリプラチン」、「5-FU」→「フルオロウラシル」へ切り替え

\*2019年(H31)2月より「デキサート9.9mg」→「デキサート4.95mg」へ切り替え

レジメ名	アバステン(ペバシズマブ)/FOLFIRI療法		
適応疾患	大腸癌	審議日	2011/10/12
実施部署	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> その他( )	診療科	消化器内科

番号	薬剤名	投与量	投与方法 (ルート・時間)	1日目	3日目					
①	生食	20mL	ルート確保	○	×					
②	生食	100mL	90分、60分、30分で投与	○	×					
	アバステン	5-10mg/kg		○	×					
③	グラニセトンパック	100mL	30分で点滴	○	×					
	デキサート	4.95mg		○	×					
④	5%ブドウ糖	250mL	120分で点滴	○	×					
	イリノテカン	150mg/m <sup>2</sup>	⑤と同時	○	×					
⑤	5%ブドウ糖	250mL	120分で点滴	○	×					
	レポホリナート	200mg/m <sup>2</sup>	④と同時	○	×					
⑥	生食	50mL	全開で投与	○	×					
	フルオロウラシル	400mg/m <sup>2</sup>		○	×					
⑦	生食	計100mL	持続ポンプにて48H	○	×					
	フルオロウラシル	2400mg/m <sup>2</sup>		○	×					
⑧	生食	20mL	フラッシュ	×	○					

1クール日数・休業期間	2週毎	所要時間	180-240 分
実施基準	規定されたスケールはない。一般的な基準に準ずる。		
減量要件と減量スケール	規定されたスケールはない。一般的な減量基準に準ずる。		
臨床使用根拠 (左記の資料を添付のこと)	大腸癌ガイドライン 大腸癌研究会編 NCCNガイドライン		

備考)エビデンスレベル:Iaシステマティックレビュー/メタアナリシス, Ibランダム化比較試験, IIa非ランダム化比較試験,

備考 IIbその他の準実験的研究, III非実験的記述研究(比較研究, 相関研究, 症例対照研究など), IV専門科委員会や権威者の意見

②アバステン投与は初回90分より開始、症状無ければ、60分、30分へと短縮する事も出来る。  
 ④と⑤は同時投与。イリノテカンは90分の投与も可。イリノテカンの量はオリジナルのFOLFIRIの量は日本の適応外のため、日本で認められている上限量が記載されているが、100mg/m<sup>2</sup>以上であれば良いという専門家の意見もある。⑥生食なしでFUのみワンショット静注も可。  
 ⑦薬剤の粘調度の問題もあり、生食の量について明確な規定はない。  
 \*制吐薬適正使用ガイドラインでアプレピタントCapの内服が推奨されている。  
 \*2014年(H26)10月…持続ポンプ変更。ポンプ内容を計100mLへ変更。  
 \*2017年(H29)3月…「5-FU」→「フルオロウラシル」へ切り替え



レジメ名	ペバシズマブ+S-1療法		
適応疾患	大腸癌	審議日	2013/03/13
実施部署	☑入院 ☑外来 □その他( )		診療科 消化器内科

番号	薬剤名	投与量	投与方法 (ルート・時間)	1日目	8日目	15日目	22日目	29日目	36日目
①	生食	100mL	30分で点滴	○	×	○	×	○	×
②	生食	100mL	90分で点滴	○	×	○	×	○	×
	アバスチン	5-10mg/kg		○	×	○	×	○	×
③	生食	100mL	30分で点滴	○	×	○	×	○	×
	S-1 内服	80mg/m <sup>2</sup>	D1~D28						

1クール日数・休業期間	6週/クール(D1・D15・D29投与)、S-1はD1~D28	所要時間	150 分
実施基準	S-1の適正使用基準 白血球 3500/mm <sup>3</sup> 以上かつ12000/mm <sup>3</sup> 以下 好中球 2000/mm <sup>3</sup> 以上、血小板 100000/mm <sup>3</sup> 以上 総ビリルビン:ULN1.5倍以内、AST,ALT:ULN×2.5倍以内 クレアチニンクリアランス 80mL/min以上		
減量要件と減量スケール	アバスチンについての減量は臨床試験で検討されていない。 S-1は患者の状態により減量 初回投与量40mg/回(80mg/日)→休業 初回投与量50mg/回(100mg/日)→40mg/回(80mg/日)→休業 初回投与量60mg/回(120mg/日)→50mg/回(100mg/日)→40mg/回(80mg/日)→休業		
臨床使用根拠 (左記の資料を添付のこと)	アバスチン、S-1添付文書より 第47回日本癌治療学会学術集会 S-1とペバシズマブの併用が高齢者の進行・再発大腸癌の 治療選択肢となる可能性(phase2試験・中間成績)		

備考)エビデンスレベル:Ⅰaシステマティックレビュー/メタアナリシス, Ⅰbランダム化比較試験, Ⅱa非ランダム化比較試験,

Ⅱbその他の準実験的研究, Ⅲ非実験的記述研究(比較研究, 相関研究, 症例対照研究など), Ⅳ専門科委員会や権威者の意見  
備考

\*2017年(H29)9月…「TS-1」→「S-1」へ切り替え

レジメ名	CapeOX (XELOX)		
適応疾患	大腸癌	審議日	2015/01/14
実施部署	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> その他( )	診療科	消化器内科

番号	薬剤名	投与量	投与方法 (ルート・時間)	1日目						
①	グラニセトンバッグ	100mL	30分で点滴	○						
	デキサート	4.95mg		○						
②	5%ブドウ糖液	250mL	120分で点滴	○						
	オキサリプラチン	130mg/m <sup>2</sup>		○						
③	生食	100mL	フラッシュ	○						
	カペシタビン内服		Day1~14							

1クール日数・休業期間	3週/クール(D1投与)、カペシタビンはD1~D14	所要時間	160 分
実施基準	一般的な基準に準ずる。		
減量要件と減量スケール	一般的な基準に準ずる。		
臨床使用根拠 (左記の資料を添付のこと)	大腸癌治療ガイドライン2014年版		

備考)エビデンスレベル:Iaシステマティックレビュー/メタアナリシス, Ibランダム化比較試験, IIa非ランダム化比較試験,

IIbその他の準実験的研究, III非実験的記述研究(比較研究, 相関研究, 症例対照研究など), IV専門科委員会や権威者の意見  
備考

\*2017年(H29)3月…「エルプラット」→「オキサリプラチン」へ切り替え  
\*2019年(H31)2月より「デキサート9.9mg」→「デキサート4.95mg」へ切り替え  
\*2020年7月より「ゼローダ」→「カペシタビン」へ切り替え

レジメ名	IRIS(3週毎)		
適応疾患	大腸癌	審議日	2015/01/14
実施部署	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> その他( )	診療科	消化器内科

番号	薬剤名	投与量	投与方法 (ルート・時間)	1日目						
①	グラニセロンバッグ	100mL	30分で点滴	○						
	デキサート	4.95mg		○						
②	生食	500mL	90分で点滴	○						
	イリノテカン	150mg/m <sup>2</sup>		○						
③	生食	100mL	フラッシュ	○						
	S-1内服		Day1~14							

1クール日数・休業期間	3週/クール(D1投与)、S-1はD1~D14	所要時間	130 分
実施基準	一般的な基準に準ずる。		
減量要件と減量スケール	一般的な基準に準ずる。		
臨床使用根拠 (左記の資料を添付のこと)	大腸癌治療ガイドライン2014年版		

備考)エビデンスレベル:Ⅰaシステマティックレビュー/メタアナリシス, Ⅰbランダム化比較試験, Ⅱa非ランダム化比較試験,

Ⅱbその他の準実験的研究, Ⅲ非実験的記述研究(比較研究, 相関研究, 症例対照研究など), Ⅳ専門科委員会や権威者の意見  
備考

\*制吐薬適正使用ガイドラインでアプレピタントCapの内服が推奨されている。  
\*2017年(H29)9月…「TS-1」→「S-1」へ切り替え

レジメ名	FOLFIRI+アービタックス(隔週投与)		
適応疾患	大腸癌(EGFR陽性)	審議日	2015/01/14
実施部署	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> その他( )	診療科	消化器内科

番号	薬剤名	投与量	投与方法 (ルート・時間)	1日目	3日目					
①	生食	20mL	ルート確保	○	×					
②	グラニセトンバッグ	100mL	30分で点滴	○	×					
	デキサート	13.2mg		○	×					
	ネオレスタール	10mg		○	×					
③	生食	計500mL	120分で点滴	○	×					
	アービタックス	500mg/m <sup>2</sup>		○	×					
④	生食	100mL	フラッシュ	○	×					
⑤	5%ブドウ糖液	250mL	120分で点滴	○	×					
	レボホリナート	200mg/m <sup>2</sup>	⑥と同時	○	×					
⑥	5%ブドウ糖液	250mL	120分で点滴	○	×					
	イリノテカン	150mg/m <sup>2</sup>	⑤と同時	○	×					
⑦	生食	100mL	全開で投与	○	×					
	フルオロウラシル	400mg/m <sup>2</sup>		○	×					
⑧	5%ブドウ糖液	計100mL	持続ポンプにて48H	○	×					
	フルオロウラシル	2400mg/m <sup>2</sup>		○	×					
⑨	生食	20mL	フラッシュ	×	○					

1クール日数・休業期間	2週毎	所要時間	300-360 分
実施基準	免疫組織学的検査でEGFR陽性が確認されていること。アービタックスの成分に重篤な過敏症の既往が無いこと。ECOGのPSが0-1であること。間質性肺炎の合併症がないこと。妊娠または妊娠の可能性がないこと。同意を取得できること。		
減量要件と減量スケール	Grade3以上のinfusion reactionが出現した際には直ちに中止し再投与しない。軽度～中等度の場合は投与速度を減速する。Grade3以上の皮膚症状が発現した際には250mg/m <sup>2</sup> →200mg/m <sup>2</sup> →150mg/m <sup>2</sup> →投与中止の順に減量する。		
臨床使用根拠 (左記の資料を添付のこと)	大腸癌治療ガイドライン2014年版 Van Cutsem E, Kohne CH, Hitre E, et al. Cetuximab and chemotherapy as initial treatment for metastatic colorectal cancer. NEJM 2009; 360: 1408-17.		

備考)エビデンスレベル:Iaシステマティックレビュー/メタアナリシス, Ibランダム化比較試験, IIa非ランダム化比較試験,

IIbその他の準実験的研究, III非実験的記述研究(比較研究, 相関研究, 症例対照研究など), IV専門科委員会や権威者の意見  
備考

\*制吐薬適正使用ガイドラインでアプレピタントCapの内服が推奨されている。

\*2016年(H28)3月で「クロール・トリメトン注10mg」薬価削除のため→「ネオレスタール注射液10mg」へ切り替え。

\*2017年(H29)3月…「5-FU」→「フルオロウラシル」へ切り替え

レジメ名	Cetuximab単独		
適応疾患	大腸癌(EGFR陽性)	審議日	2015/01/14
実施部署	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input checked="" type="checkbox"/> その他( )	診療科	消化器内科

番号	薬剤名	投与量	投与方法 (ルート・時間)	1日目	8日目				
①	生食	100mL	30分で点滴	○	○				
	デキサート	4.95mg		○	○				
	ネオレスタール	10mg		○	○				
②	生食	計500mL	120分で点滴	○	×				
	アービタックス	400mg/m <sup>2</sup>	(初回)	○	×				
③	生食	計250mL	60分で点滴	×	○				
	アービタックス	250mg/m <sup>2</sup>	(2回目以降)	×	○				
④	生食	100mL	フラッシュ	○	○				

1クール日数・休業期間	毎週	所要時間	90-150 分
<b>実施基準</b>	免疫組織学的検査でEGFR陽性が確認されていること。アービタックスの成分に重篤な過敏症の既往が無いこと。ECOGのPSが0-1であること。間質性肺炎の合併症がないこと。妊娠または妊娠の可能性がないこと。同意を取得できること。		
<b>減量要件と減量スケール</b>	Grade3以上のinfusion reactionが出現した際には直ちに中止し再投与しない。軽度～中等度の場合は投与速度を減速する。Grade3以上の皮膚症状が発現した際には250mg/m <sup>2</sup> →200mg/m <sup>2</sup> →150mg/m <sup>2</sup> →投与中止の順に減量する。		
<b>臨床使用根拠</b> (左記の資料を添付のこと)	大腸癌治療ガイドライン2014年版		

備考)エビデンスレベル:Ⅰaシステマティックレビュー／メタアナリシス, Ⅰbランダム化比較試験, Ⅱa非ランダム化比較試験,

Ⅱbその他の準実験的研究, Ⅲ非実験的記述研究(比較研究, 相関研究, 症例対照研究など), Ⅳ専門科委員会や権威者の意見  
備考

アービタックス投与後1時間は経過観察が必要であるとされている。  
\*2016年(H28)3月で「クロール・トリメトン注10mg」薬価削除のため→「ネオレスタール注射液10mg」へ切り替え

レジメ名	アービタックス+イリノテカンA法		
適応疾患	大腸癌(EGFR陽性)	審議日	2015/04/08
実施部署	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> その他( )	診療科	消化器内科

番号	薬剤名	投与量	投与方法 (ルート・時間)	1日目	8日目	15日目	22日目	29日目	36日目
①	生食	100mL	30分で点滴	○	○	○	○	○	○
	デキサート	4.95mg		○	○	○	○	○	○
	ネオレスタール	10mg		○	○	○	○	○	○
②	生食	計500mL	120分で点滴	○	×	×	×	×	×
	アービタックス	400mg/m <sup>2</sup>	(初回のみ)	○	×	×	×	×	×
②'	生食	計250mL	60分で点滴	×	○	○	○	○	○
	アービタックス	250mg/m <sup>2</sup>	(2回目以降)	×	○	○	○	○	○
③	YDソリタ-T1号	200mL	60分で点滴	○	○	○	○	○	○
④	グラニセトンバッグ	100mL	30分で点滴	○	○	○	○	×	×
⑤	生食	500mL	90分で点滴	○	○	○	○	×	×
	イリノテカン	100mg/m <sup>2</sup>		○	○	○	○	×	×
⑥	生食	100mL	全開で投与	○	○	○	○	○	○

1クール日数・休業期間	6週/クール(アービタックス:毎週,イリノテカン:D1・8・15・22投与)	所要時間	270-330 分
実施基準	免疫組織学的検査にてEGFR陽性が確認されていること。アービタックスの成分に重篤な過敏症の既往歴がないこと。ECOGのPSが0-1であること。前化学療法が無効であること。間質性肺炎の合併がないこと。妊娠または妊娠している可能性が無いこと。同意を取得できること。		
減量要件と減量スケール	infusion reaction: grade3; 投与中止, grade1-2; 投与速度を減速し治療。治療反応性が良好であれば継続可。皮膚症状: grade3: 初回発現時; 投与延期し grade2以下へ250mg/m <sup>2</sup> で投与継続。2回目の発現時; 投与延期し grade2以下へ200mg/m <sup>2</sup> で投与継続。3回目の発現時; 投与延期し grade2以下へ150mg/m <sup>2</sup> で投与継続。上記以外は中止。		
臨床使用根拠 (左記の資料を添付のこと)	アービタックス適正使用ガイド 監修 坂田優 三沢市立三沢病院 院長 (メルクセローノ / プリストル・マイヤーズ)		

備考)エビデンスレベル: Iaシステマティックレビュー/メタアナリシス, Ibランダム化比較試験, IIa非ランダム化比較試験,

IIbその他の準実験的研究, III非実験的記述研究(比較研究, 相関研究, 症例対照研究など), IV専門科委員会や権威者の意見  
備考

- ①デキサートの投与にはinfusion reactionの発現頻度を低下させるという報告があるが、必須とされてはいない。  
 ②アービタックスは初回400mg/m<sup>2</sup>を500mlの生食で2時間かけて、2回目以降は250mg/m<sup>2</sup>を250mlの生食で1時間かけて投与。  
 アービタックス投与後1時間は経過観察が必要であるとされている。そのためYDソリタ-T1でルートキープした。  
 イリノテカンA法の注意事項も参照のこと  
 \*制吐薬適正使用ガイドラインでイメンドCapの内服が推奨されている。  
 \*2016年(H28)3月で「クロール・トリメトン注10mg」薬価削除のため→「ネオレスタール注射液10mg」へ切り替え  
 \*2016年(H28)10月より「ソルデム1」→「YDソリタ-T1号」へ切り替え

レジメ名	FOLFIRI+アービタックス(毎週)療法		
適応疾患	大腸癌(EGFR陽性)	審議日	2017/02/08
実施部署	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> その他( )	診療科	消化器内科

番号	薬剤名	投与量	投与方法 (ルート・時間)	1日目	4日目	8日目				
①	生食	20mL	ルート確保	○	×	○				
②	グラニセトンバッグ	100mL	30分で点滴	○	×	×				
	生食	100mL		×	×	○				
	デキサト4.95mg +ネオスチール10mg			○	×	○				
③	生食	全500mL /全250mL	初回/2回目以降	○	×	○				
	アービタックス	400mg/m <sup>2</sup>	120分で点滴(初回のみ)	○	×	×				
	アービタックス	250mg/m <sup>2</sup>	60分で点滴(2回目以降)	×	×	○				
④	生食	100mL	60分で点滴	○	×	○				
⑤	5%glucose	250mL	120分で点滴	○	×	×				
	レボ・リナト	200mg/m <sup>2</sup>		○	×	×				
⑤'	5%glucose	250mL	120分で点滴	○	×	×				
	イリノテカン	100~150mg/m <sup>2</sup>		○	×	×				
⑥	生食	100mL	全開で投与	○	×	×				
	フルオロウラシル	400mg/m <sup>2</sup>		○	×	×				
⑦	5%glucose	計100mL	持続ポンプにて48H	○	×	×				
	フルオロウラシル	2400-3000mg/m <sup>2</sup>		○	×	×				
⑧	生食	20mL	フラッシュ	×	○	×				

1クール日数・休業期間	2週/クール(アービタックスは毎週投与)	所要時間	155-350 分
実施基準	免疫組織学的検査にてEGFR陽性が確認されていること。アービタックスの成分に重篤な過敏症の既往歴が無いこと。ECOGのPSが0-1であること。前化学療法が無効である事。間質性肺炎(レントゲン検査)の合併がないこと。妊娠または妊娠している可能性が無い事。同意を取得できる事。		
減量要件と減量スケール	infusion reaction: grade3; 投与中止, grade1-2; 投与速度を減速し治療。治療反応性が良好であれば継続可。皮膚症状: grade3: 初回発現時; 投与延期し grade2以下へ250mg/m <sup>2</sup> で投与継続。2回目の発現時; 投与延期し grade2以下へ200mg/m <sup>2</sup> で投与継続。3回目の発現時; 投与延期し grade2以下へ150mg/m <sup>2</sup> で投与継続。上記以外は中止。		
臨床使用根拠 (左記の資料を添付のこと)	大腸癌ガイドライン 医師用 2005年版 金原出版 ガイドラインサポートハンドブック-大腸癌- 医薬ジャーナル社 アービタックス適性使用ガイド 監修 坂田優 三沢市立三沢病院 院長 (メルクセローノ / ブリストル・マイヤーズ)		

備考)エビデンスレベル: Iaシステマティックレビュー/メタアナリシス, Ibランダム化比較試験, IIa非ランダム化比較試験,

備考 IIbその他の準実験的研究, III非実験的記述研究(比較研究, 相関研究, 症例対照研究など), IV専門科委員会や権威者の意見

①デキサトの投与にはinfusion reactionの発現頻度を低下させるという報告があるが、必須とされてはいない。  
アービタックス投与後1時間は経過観察が必要であるとされている。そのため生食でルートキープした。FOLFIRIの備考も参照  
\*制吐薬適正使用ガイドラインでアプレピタントCapの内服が推奨されている。  
\*2017年(H29)3月...「5-FU」→「フルオロウラシル」へ切り替え

レジメ名	CapeOX(XELOX)+アバステン療法		
適応疾患	大腸癌	審議日	2017/07/12
実施部署	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> その他( )		診療科 消化器内科

番号	薬剤名	投与量	投与方法 (ルート・時間)	1日目						
①	生食	100mL	ルート確保	○						
②	生食	100mL	90分で点滴	○						
	アバステン	7.5mg/kg	→60分→30分	○						
③	グラニセトンバッグ	100mL	30分で点滴	○						
	デキサート	4.95mg		○						
	ネオレスタール	10mg		○						
④	5%ブドウ糖液	250mL	180分で点滴	○						
	オキサリプラチン	130mg/m <sup>2</sup>		○						
⑤	生食	100mL	全開で投与	○						
	カペシタビン 内服		D1~D14							

1クール日数・休業期間	3週/クール(D1投与)、カペシタビンはD1~D14	所要時間	270-330 分																								
実施基準	規定されたスケールはない。一般的な基準に準ずる。																										
減量要件と減量スケール	<table border="1"> <tr> <td>(カペシタビン)</td> <td>減量段階1</td> <td>減量段階2</td> <td></td> <td>減量段階1</td> <td>減量段階2</td> </tr> <tr> <td>1.41m<sup>2</sup>未満</td> <td>900mg</td> <td>600mg</td> <td>1.81m<sup>2</sup>以上2.11m<sup>2</sup>未満</td> <td>1,500mg</td> <td>900mg</td> </tr> <tr> <td>1.41m<sup>2</sup>以上1.51m<sup>2</sup>未満</td> <td>1,200mg</td> <td>600mg</td> <td>2.11m<sup>2</sup>以上</td> <td>1,500mg</td> <td>1,200mg</td> </tr> <tr> <td>1.51m<sup>2</sup>以上1.81m<sup>2</sup>未満</td> <td>1,200mg</td> <td>900mg</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	(カペシタビン)	減量段階1	減量段階2		減量段階1	減量段階2	1.41m <sup>2</sup> 未満	900mg	600mg	1.81m <sup>2</sup> 以上2.11m <sup>2</sup> 未満	1,500mg	900mg	1.41m <sup>2</sup> 以上1.51m <sup>2</sup> 未満	1,200mg	600mg	2.11m <sup>2</sup> 以上	1,500mg	1,200mg	1.51m <sup>2</sup> 以上1.81m <sup>2</sup> 未満	1,200mg	900mg					
(カペシタビン)	減量段階1	減量段階2		減量段階1	減量段階2																						
1.41m <sup>2</sup> 未満	900mg	600mg	1.81m <sup>2</sup> 以上2.11m <sup>2</sup> 未満	1,500mg	900mg																						
1.41m <sup>2</sup> 以上1.51m <sup>2</sup> 未満	1,200mg	600mg	2.11m <sup>2</sup> 以上	1,500mg	1,200mg																						
1.51m <sup>2</sup> 以上1.81m <sup>2</sup> 未満	1,200mg	900mg																									
臨床使用根拠 (左記の資料を添付のこと)	XELOX+AVASTIN STORYより (NO16966試験、JO19380試験)																										

備考)エビデンスレベル:Iaシステマティックレビュー/メタアナリシス, Ibランダム化比較試験, IIa非ランダム化比較試験,

備考 IIbその他の準実験的研究, III非実験的記述研究(比較研究, 相関研究, 症例対照研究など), IV専門科委員会や権威者の意見

カペシタビン C法:体表面積にあわせて投与量を朝食後と夕食後30分以内に1日2回、14日間連日経口投与し、その後7日間休業する。これを1コースとして投与を繰り返す。なお、患者の状態により適宜減量する。

体表面積(1回用量)

1.36m<sup>2</sup>未満...1,200mg      1.36m<sup>2</sup>以上1.66m<sup>2</sup>未満...1,500mg      1.66m<sup>2</sup>以上1.96m<sup>2</sup>未満...1,800mg      1.96m<sup>2</sup>以上...2,100mg

上記用量でオキサリプラチン投与後の夕方より内服開始する。

アバステン投与は初回90分より開始、症状無ければ、60分、30分へと短縮する事も出来る。

\*2019年(H31)2月より「デキサート9.9mg」→「デキサート4.95mg」へ切り替え

\*2020年7月より「ゼローダ」→「カペシタビン」へ切り替え



レジメ名	SOX+アバステン療法		
適応疾患	大腸癌	審議日	2017/10/11
実施部署	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> その他( )	診療科	消化器内科

番号	薬剤名	投与量	投与方法 (ルート・時間)	1日目						
①	生食	100mL	ルート確保	○						
②	生食	100mL	90分で点滴	○						
	アバステン	7.5mg/kg	→60分→30分	○						
③	アロキシパッグ	50mL	15分で点滴	○						
	デキサート	4.95mg		○						
	ネオレスタール	10mg		○						
④	5%ブドウ糖液	500mL	180分で点滴	○						
	オキサリプラチン	130mg/m <sup>2</sup>		○						
⑤	生食	100mL	フラッシュ	○						
	S-1 内服	80mg/m <sup>2</sup>	D1~D14							

1クール日数・休業期間	3週/クール(D1投与)、S-1はD1~D14	所要時間	255-315 分
実施基準	(開始基準)PS;0~2, 白血球;3000/mm <sup>3</sup> 以上または12000/mm <sup>3</sup> 以下, ヘモグロビン; 8.0g/dL以上, 血小板10万/mm <sup>3</sup> 以上(輸血後2W以上あげた値), GOT, GPT;150IU/L以下, 血清総ビリルビン1.5mg/dL以下, 血清クレアチニン1.3/dL以下		
減量要件と減量スケール	CTCAEv3.0-JCOG/JSCO Grade2の非血液毒性を繰り返す際にはオキサリプラチンを減量。Grade3以上の場合にはオキサリプラチン、S-1の両者を減量する。オキサリプラチン100または75mg/m <sup>2</sup> に減量。		
臨床使用根拠 (左記の資料を添付のこと)	Leucovorin, fluorouracil, and oxaliplatin plus bevacizumab versus S-1 and oxaliplatin plus bevacizumab in patients with metastatic colorectal cancer(SOFT):an open-label, noninferiority, randomised phase 3 trial オキサリプラチン添付文書		

備考)エビデンスレベル:Iaシステマティックレビュー/メタアナリシス, Ibランダム化比較試験, IIa非ランダム化比較試験,

IIbその他の準実験的研究, III非実験的記述研究(比較研究, 相関研究, 症例対照研究など), IV専門科委員会や権威者の意見  
備考

※アバステン…初回→90分、忍容性良好の場合は2回目→60分、3回目以降→30分で投与。  
\*2019年(H31)2月より「デキサート9.9mg」→「デキサート4.95mg」へ切り替え

レジメ名	ベクティビックス+イリノテカン療法		
適応疾患	KRAS野生型の進行・再発結腸直腸癌	審議日	2019/04/10
実施部署	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> その他( )	診療科	消化器内科

番号	薬剤名	投与量	投与方法 (ルート・時間)	1日目						
①	生食	100mL	ルート確保	○						
②	グラニセトンバッグ	100mL	30分で点滴	○						
	デキサート	4.95mg		○						
③	生食	100mL	60分で点滴	○						
	ベクティビックス	6mg/kg		○						
④	生食	100mL	全開で投与	○						
⑤	5%ブドウ糖	250mL	90分で点滴	○						
	イリノテカン	150mg/m <sup>2</sup>		○						
⑥	生食	100mL	フラッシュ	○						

1クール日数・休業期間	2週毎	所要時間	225 分
実施基準	治癒切除不能な進行・再発の結腸・直腸癌と診断されていること。投与前にKRASが野生型であることを確認されていること。ベクティビックスの成分に重篤な過敏症の既往歴が無いこと。ECOGのPSが0-1であること。間質性肺炎、肺線維症の合併・既往がないこと。妊娠の可能性がないこと。投与に際して患者から文書による同意が得られていること。		
減量要件と減量スケール	重度(Grade3以上)の皮膚障害があらわれた場合は、ベクティビックスの用量を調節すること。 6mg/kg では投与延期し、6週間以内にGrade2以下に回復した場合は6mg/kg又は4.8mg/kgで投与。 6週間以内にGrade2以下に回復しなかった場合は、ベクティビックスの投与を中止。		
臨床使用根拠 (左記の資料を添付のこと)	*Phase II study of panitumumab with irinotecan for patients with KRAS wild-type metastatic colorectal cancer (MCRC) refractory to standard chemotherapy : A GERCOR study.		

備考)エビデンスレベル:Iaシステマティックレビュー/メタアナリシス, Ibランダム化比較試験, IIa非ランダム化比較試験,

備考 IIbその他の準実験的研究, III非実験的記述研究(比較研究, 相関研究, 症例対照研究など), IV専門科委員会や権威者の意見

Infusion reactionとして、アナフィラキシー様症状、血管浮腫、気管支痙攣、発熱、悪寒、呼吸困難、低血圧等があらわれることがあるので、ベクティビックス投与中及び本剤投与終了後少なくとも1時間は観察期間(バイタルサインをモニターするなど)を設けること。2回目以降のベクティビックス投与時に初めて重度のInfusion reactionを発現することもあるので、本剤投与中は毎回患者の状態に十分注意すること。Infusion reactionを発現した場合には、全ての徴候及び症状が完全に回復するまで患者を十分に観察すること。

\*ベクティビックスの投与にあたっては、インラインフィルター(0.2又は0.22ミクロン)を使用すること。

\*制吐薬適正使用ガイドラインでアプレピタントCapの内服が推奨されている。

レジメ名	mFOLFOX6+アービタックス(毎週投与)		
適応疾患	大腸癌	審議日	2020/5/13
実施部署	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> その他( )	診療科	消化器内科

番号	薬剤名	投与量	投与方法 (ルート・時間)	1日目	3日目	8日目				
①	生食	20mL	ルート確保	○	×	○				
②	グラニセトンバッグ	100mL	30分で点滴	○	×	×				
	生食	100mL		×	×	○				
	デキサート			4.95mg	×	6.6mg				
	ネオレスタール	10mg		○	×	○				
③	生食	全500mL/全250mL	初回/2回目以降	○	×	○				
	アービタックス	400mg/m <sup>2</sup>	120分で点滴	○	×	×				
	アービタックス	250mg/m <sup>2</sup>	60分で点滴	×	×	○				
④	ソリタT1	200mL	60分で点滴	○	×	○				
⑤	5%ブドウ糖	250mL	180分で点滴	○	×	×				
	レボホリナート	200mg/m <sup>2</sup>	⑥と同時	○	×	×				
⑥	5%ブドウ糖	250mL	180分で点滴	○	×	×				
	オキサリプラチン	85mg/m <sup>2</sup>	⑤と同時	○	×	×				
⑦	生食100mL+FU	400mg/m <sup>2</sup>	全開で投与	○	×	×				
⑧	5%ブドウ糖	計100mL	持続ポンプにて48H	○	×	×				
	フルオロウラシル	2400mg/m <sup>2</sup>		○	×	×				
⑨	生食	20mL	フラッシュ	×	○	○				

1クール日数・休業期間	2週/クール(アービタックスは毎週投与)	所要時間	160-400 分
実施基準	免疫組織学的検査にてEGFR陽性が確認されていること。アービタックスの成分に重篤な過敏症の既往歴が無いこと。ECOGのPSが0-1であること。前化学療法が無効である事。間質性肺炎(レントゲン検査)の合併がないこと。妊娠または妊娠している可能性が無い事。同意を取得できる事。		
減量要件と減量スケール	血小板減少→L-OHPを1段階減量(85→65→50mg/m <sup>2</sup> へ) infusion reaction: grade3;投与中止,grade1-2;投与速度を減速し治療。治療反応性が良好であれば継続可。皮膚症状:grade3:初回発現時;投与延期しgrade2以下へ250mg/m <sup>2</sup> で投与継続。2回目の発現時;投与延期しgrade2以下へ200mg/m <sup>2</sup> で投与継続。3回目の発現時;投与延期しgrade2以下へ150mg/m <sup>2</sup> で投与継続。上記以外は中止。		
臨床使用根拠 (左記の資料を添付のこと)	各添付文書・インタビューフォーム がん化学療法レジメンハンドブック第6版		

備考)エビデンスレベル:Iaシステマティックレビュー/メタアナリシス, Ibランダム化比較試験, IIa非ランダム化比較試験,

備考 IIbその他の準実験的研究, III非実験的記述研究(比較研究, 相関研究, 症例対照研究など), IV専門科委員会や権威者の意見

\*制吐薬適正使用ガイドラインでオキサリプラチン投与日はアプレピタントCapの内服が推奨されている。

レジメ名	アクプラ(ネダプラチン)療法		
適応疾患	食道癌	審議日	2008/11/20
実施部署	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> その他( )	診療科	消化器内科

番号	薬剤名	投与量	投与方法 (ルート・時間)	1日目	15日目	22日目				
①	グラニセロンバッグ	100mL	15分で点滴	○	×	×				
	デキサート	9.9mg		○	×	×				
②	生食	500mL	90分で点滴	○	×	×				
	アクプラ	80-100mg/m <sup>2</sup>		○	×	×				
③	ラクトリンゲルM	500mL	60分で点滴	○	×	×				
④	ラクトリンゲルM	500mL	60分で点滴	○	×	×				
⑤	5%キリット	500mL	60分で点滴	○	×	×				

1クール日数・休業期間	4週毎	所要時間	285 分
実施基準	規定されたスケールはない。一般的な基準に準ずる。		
減量要件と減量スケール	規定されたスケールはない。一般的な基準に準ずる。		
臨床使用根拠 (左記の資料を添付のこと)			

備考)エビデンスレベル:Iaシステマティックレビュー/メタアナリシス, Ibランダム化比較試験, IIa非ランダム化比較試験,

IIbその他の準実験的研究, III非実験的記述研究(比較研究, 相関研究, 症例対照研究など), IV専門科委員会や権威者の意見  
備考

--

レジメ名	ドセタキセル療法		
適応疾患	食道癌	審議日	2008/11/20
実施部署	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> その他( )	診療科	消化器内科

番号	薬剤名	投与量	投与方法 (ルート・時間)	1日目	7日目	15日目				
①	生食	100mL	30分で点滴	○	×	×				
	デキサート	6.6mg		○	×	×				
②	5%ブドウ糖	250or500mL	90分で点滴	○	×	×				
	ドセタキセル	70mg/m <sup>2</sup>	(最初の10分間はゆっくり)	○	×	×				
③	生食	100mL	フラッシュ	○	×	×				

1クール日数・休業期間	3週毎	所要時間	120 分
実施基準	(開始基準)PS;0~2, 白血球;3000/mm <sup>3</sup> 以上または12000/mm <sup>3</sup> 以下, ヘモグロビン; 9.0g/dl以上, 血小板10万/mm <sup>3</sup> 以上(輸血後2W以上あげた値), GOT, GPT;150IU/L以下, 血清総ビリルビン1.5mg/dL以下, 血清クレアチニン1.3/dL以下		
減量要件と減量スケール	規定されたスケールはない。一般的な基準に準ずる。		
臨床使用根拠 (左記の資料を添付のこと)			

備考)エビデンスレベル:Iaシステマティックレビュー/メタアナリシス, Ibランダム化比較試験, IIa非ランダム化比較試験,

IIbその他の準実験的研究, III非実験的記述研究(比較研究, 相関研究, 症例対照研究など), IV専門科委員会や権威者の意見

\*2017年(H29)3月...「タキソテール」→「ドセタキセル」へ切り替え

レジメ名	FU/CDDP		
適応疾患	食道癌	審議日	2009/04/13
実施部署	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> その他( )	診療科	消化器内科

番号	薬剤名	投与量	投与方法 (ルート・時間)	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目		
①	アロキシバッグ	50mL	15分で点滴	○	×	×	×	×		
	デキサート	9.9mg								
②	生食	400mL	120分で点滴	○	×	×	×	×		
	シスプラチン	100mg		○	×	×	×	×		
③	生食	500mL	12時間	○	○	○	○	○		
	フルオロウラシル	500mg		○	○	○	○	○		
④	生食	500mL	12時間	○	○	○	○	○		
	フルオロウラシル	500mg		○	○	○	○	○		
⑤	生食	100mL	フラッシュ	×	×	×	×	○		

1クール日数・休業期間	3~6週/クール(D1~D5投与)	所要時間	1440 分
実施基準	PS 0~2、主要臓器機能がたもたれている。 一般的な基準に準ずる。		
減量要件と減量スケール	Grade 4の血液毒性、Grade3~4の非血液毒性、前コースで重い副作用を生じたときには、FU,CDDPとも75%量に減量して投与する。		
臨床使用根拠 (左記の資料を添付のこと)	リスク別 がん化学療法レジメン 改訂第2版 JCOG9907:Journal of Clinical Oncology,2008 ASCO Annal Meeting Proceeding(Post-Meeting Edition).Vol26,No 15S(May 20 Supplement),2008:4510		

備考)エビデンスレベル:Iaシステマティックレビュー/メタアナリシス, Ibランダム化比較試験, IIa非ランダム化比較試験,

IIbその他の準実験的研究, III非実験的記述研究(比較研究, 相関研究, 症例対照研究など), IV専門科委員会や権威者の意見  
備考

JCOG9907では、術前に2クール投与した群が術後投与群より優れるとされた。その際の投与間隔は3週毎であった。  
シスプラチンを投与するため、大量補液が必要である。  
CDDPは総投与量200mg/m<sup>2</sup>以上の約半数に高音性難聴が生じ、蓄積性、非可逆性といわれている。  
\*制吐薬適正使用ガイドラインでアプレピタントCapの内服が推奨されている。  
\*2013年(H25)5月薬事委員会で「アロキシ静注0.75mg」→「アロキシ点滴静注バッグ0.75mg」へ切り替え。  
\*2017年(H29)3月…「5-FU」→「フルオロウラシル」へ切り替え

レジメ名	FU/CDDP JCOG9907		
適応疾患	食道癌	審議日	2011/08/17
実施部署	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> その他( )	診療科	消化器内科

番号	薬剤名	投与量	投与方法 (ルート・時間)	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目		
①	アロキシバグ	50mL	15分で点滴	○	×	×	×	×		
	デキサート	9.9mg		○	×	×	×	×		
②	生食	400mL	120分で点滴	○	×	×	×	×		
	シスプラチン	80mg/m <sup>2</sup>		○	×	×	×	×		
③	生食	500mL	12時間	○	○	○	○	○		
	フルオロウラシル	400mg/m <sup>2</sup>		○	○	○	○	○		
④	生食	500mL	12時間	○	○	○	○	○		
	フルオロウラシル	400mg/m <sup>2</sup>		○	○	○	○	○		
⑤	生食	100mL	フラッシュ	×	×	×	×	○		

1クール日数・休業期間	3週/クール(D1~D5投与)	所要時間	1440 分
実施基準	PS 0~2、主要臓器機能がたもたれている。 一般的な基準に準ずる。		
減量要件と減量スケール	Grade 4の血液毒性、Grade3~4の非血液毒性、前コースで重い副作用を生じたときには、FU,CDDPとも75%量に減量して投与する。		
臨床使用根拠 (左記の資料を添付のこと)	リスク別 がん化学療法レジメン 改訂第2版 JCOG9907:Journal of Clinical Oncology,2008 ASCO Annal Meeting Proceeding(Post-Meeting Edition).Vol26,No 15S(May 20 Supplement),2008:4510		

備考)エビデンスレベル:Iaシステマティックレビュー/メタアナリシス, Ibランダム化比較試験, IIa非ランダム化比較試験,

IIbその他の準実験的研究, III非実験的記述研究(比較研究, 相関研究, 症例対照研究など), IV専門科委員会や権威者の意見  
備考

<p>JCOG9907では、術前に2クール投与した群が術後投与群より優れるとされた。その際の投与間隔は3週毎であった。 シスプラチンを投与するため、大量補液が必要である。 CDDPは総投与量200mg/m<sup>2</sup>以上の約半数に高音性難聴が生じ、蓄積性、非可逆性といわれている。 *制吐薬適正使用ガイドラインでアプレピタントCapの内服が推奨されている。 *2013年(H25)5月薬事委員会で「アロキシ静注0.75mg」→「アロキシ点滴静注バッグ0.75mg」へ切り替え *2017年(H29)3月…「5-FU」→「フルオロウラシル」へ切り替え ★★★ H25/8/7(削除) ★★★</p>
--

レジメ名	FU/CDDP JCOG9907		
適応疾患	食道癌	審議日	2013/09/11
実施部署	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> その他( )	診療科	消化器内科

番号	薬剤名	投与量	投与方法 (ルート・時間)	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目		
①	ソルマルト	500mL	90分で点滴	○	×	×	×	×		
②	ハルトマンpH8	500mL	90分で点滴	○	×	×	×	×		
③	アロキシバグ	50mL	15分で点滴	○	×	×	×	×		
	生食	100mL	D2~D5は30分	×	○	○	○	○		
	デキサート			9.9mg	6.6mg	6.6mg	6.6mg	6.6mg		
④	生食	計500mL	120分で点滴	○	×	×	×	×		
	シスプラチン	80mg/m <sup>2</sup>	(遮光)	○	×	×	×	×		
⑤	生食	計240mL	24時間で点滴	○	○	○	○	○		
	フルオロウラシル	800mg/m <sup>2</sup>		○	○	○	○	○		
⑥	ソルマルト	500mL	90分で点滴	○	○	○	○	○		
	メイロン	40mL	(⑤と同時に)	○	○	○	○	○		
⑦	ソルマルト	500mL	90分で点滴	○	○	○	○	○		
⑧	ソルマルト	500mL	90分で点滴	○	○	○	○	○		
⑨	ハルトマンpH8	500mL	90分で点滴	○	×	×	×	×		

1クール日数・休業期間	3~4週/クール(D1~D5投与)	所要時間	1440 分
実施基準	PS 0~2、主要臓器機能がたもたれている。 一般的な基準に準ずる。		
減量要件と減量スケール	Grade 4の血液毒性、Grade3~4の非血液毒性、前コースで重い副作用を生じたときには、FU,CDDPとも75%量に減量して投与する。		
臨床使用根拠 (左記の資料を添付のこと)	リスク別 がん化学療法レジメン 改訂第2版 JCOG9907:Journal of Clinical Oncology,2008 ASCO Annal Meeting Proceeding(Post-Meeting Edition).Vol26,No 15S(May 20 Supplement),2008:4510		

備考)エビデンスレベル:Iaシステマティックレビュー/メタアナリシス, Ibランダム化比較試験, IIa非ランダム化比較試験,

IIbその他の準実験的研究, III非実験的記述研究(比較研究, 相関研究, 症例対照研究など), IV専門科委員会や権威者の意見  
備考

JCOG9907では、術前に2クール投与した群が術後投与群より優れるとされた。その際の投与間隔は3週毎であった。  
シスプラチンを投与するため、大量補液が必要である。  
CDDPは総投与量200mg/m<sup>2</sup>以上の約半数に高音性難聴が生じ、蓄積性、非可逆性といわれている。  
CDDP投与当日は、3000mL、翌日から3日間は1500mL以上の尿量を確保するため必要に応じてラシックスまたは20%マンニトールを使用する。

\*制吐薬適正使用ガイドラインでアプレピタントCapの内服が推奨されている。

\*2017年(H29)3月…「5-FU」→「フルオロウラシル」へ切り替え



レジメ名	FU/シスプラチン療法(放射線併用)		
適応疾患	食道癌	審議日	2012/06/13
実施部署	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> その他( )	診療科	消化器内科

番号	薬剤名	投与量	投与方法 (ルート・時間)	1日目	2日目	3日目	4日目			
①	YDソリター-T1号	500mL	90分で点滴	○	×	×	×			
②	YDソリター-T1号	500mL	90分で点滴	○	×	×	×			
③	アロキシバッグ	50mL	15分で点滴	○	×	×	×			
	生食	100mL	D2~D4は30分	×	○	○	○			
	デキサート			9.9mg	6.6mg	6.6mg	6.6mg			
④	生食	計500mL	120分で点滴	○	×	×	×			
	シスプラチン	70mg/m <sup>2</sup>	遮光	○	×	×	×			
⑤	生食	計240mL	24時間	○	○	○	○			
	フルオロウラシル	700mg/m <sup>2</sup>		○	○	○	○			
⑥	YDソリター-T1号	500mL	90分で点滴	○	○	○	○			
	メイロン	40mL	(⑤と同時に)	○	○	○	○			
⑦	YDソリター-T1号	500mL	90分で点滴	○	○	○	○			
⑧	YDソリター-T1号	500mL	90分で点滴	○	○	○	○			
⑨	YDソリター-T1号	500mL	90分で点滴	○	×	×	×			

1クール日数・休業期間	4週/クール(D1~D4投与)	所要時間	1440 分
実施基準	規定されたスケールはない。一般的な基準に準ずる。		
減量要件と減量スケール	規定されたスケールはない。一般的な基準に準ずる。		
臨床使用根拠 (左記の資料を添付のこと)	<p>■弘前大学腫瘍内科 登録レジメン</p> <p>■臨床試験; JCOG0303; 局所進行胸部食道がんに対する Low Dose Cisplatin/5-FU・放射線同時併用療法と Standard Dose Cisplatin/5-FU・放射線同時併用療法とのランダム化第Ⅱ/Ⅲ相試験</p>		

備考)エビデンスレベル: Iaシステマティックレビュー/メタアナリシス, Ibランダム化比較試験, IIa非ランダム化比較試験,

備考 IIbその他の準実験的研究, III非実験的記述研究(比較研究, 相関研究, 症例対照研究など), IV専門科委員会や権威者の意見

- \* Rp⑥~⑨は、側管より投与。  
 \* 放射線照射は2Gy/日を5日間×6週  
 \* シスプラチン投与当日は3000mL、翌日から3日間は1500mL以上の尿量を確保するために必要に応じてフロセミドまたは20%マンニトールを使用。  
 \* 制吐薬適正使用ガイドラインでアプレピタントCapの内服が推奨されている。  
 \* 2013年(H25)5月薬事委員会で「アロキシ静注0.75mg」→「アロキシ点滴静注バッグ0.75mg」へ切り替え  
 \* 2016年(H28)10月より「ソルテム1」→「YDソリター-T1号」へ切り替え  
 \* 2017年(H29)3月...「5-FU」→「フルオロウラシル」へ切り替え

レジメ名	FU/シスプラチン療法(放射線併用)		
適応疾患	食道癌	審議日	2012/01/11
実施部署	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> その他( )	診療科	消化器内科

番号	薬剤名	投与量	投与方法 (ルート・時間)	1日目	2日目	3日目	4日目			
①	YDソリター-T1号	500mL	90分で点滴	○	×	×	×			
②	YDソリター-T1号	500mL	90分で点滴	○	×	×	×			
③	生食	100mL	30分で点滴	○	○	○	○			
	デキサート			9.9mg	6.6mg	6.6mg	6.6mg			
	アロキシ	1V		○	×	×	×			
④	生食	計240mL	24時間	○	○	○	○			
	フルオロウラシル	700mg/m <sup>2</sup>		○	○	○	○			
⑤	生食	計500mL	120分で点滴	○	×	×	×			
	シスプラチン	70mg/m <sup>2</sup>	遮光	○	×	×	×			
⑥	YDソリター-T1号	500mL	90分で点滴	○	○	○	○			
	メイロン	40mL		○	○	○	○			
⑦	YDソリター-T1号	500mL	90分で点滴	○	○	○	○			
⑧	YDソリター-T1号	500mL	90分で点滴	○	○	○	○			
⑨	YDソリター-T1号	500mL	90分で点滴	○	×	×	×			

1クール日数・休業期間	4週毎	所要時間	1440 分
実施基準	規定されたスケールはない。一般的な基準に準ずる。		
減量要件と減量スケール	規定されたスケールはない。一般的な基準に準ずる。		
臨床使用根拠 (左記の資料を添付のこと)	■弘前大学腫瘍内科 登録レジメン ■臨床試験; JCOG0303; 局所進行胸部食道がんに対する Low Dose Cisplatin/5-FU・放射線同時併用療法と Standard Dose Cisplatin/5-FU・放射線同時併用療法とのランダム化第Ⅱ/Ⅲ相試験		

備考)エビデンスレベル: Iaシステマティックレビュー/メタアナリシス, Ibランダム化比較試験, IIa非ランダム化比較試験,

備考 IIbその他の準実験的研究, III非実験的記述研究(比較研究, 相関研究, 症例対照研究など), IV専門科委員会や権威者の意見

*放射線照射は2Gy/日を5日間×6週 *シスプラチン投与当日は3000mL、翌日から3日間は1500mL以上の尿量を確保するために必要に応じてフロセミドまたは20%マンニトールを使用。 *制吐薬適正使用ガイドラインでアプレピタントCapの内服が推奨されている。 *2016年(H28)10月より「ソルテム1」→「YDソリター-T1号」へ切り替え *2017年(H29)3月...「5-FU」→「フルオロウラシル」へ切り替え ★★ H24/5/15(削除) ★★
--

レジメ名	Docetaxel/Nedaplatin療法		
適応疾患	食道癌	審議日	2012/3/14
実施部署	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> その他( )	診療科	消化器内科

番号	薬剤名	投与量	投与方法 (ルート・時間)	1日目						
①	アロキシバッグ	50mL	15分で点滴	○						
	デキサート	9.9mg		○						
②	生食	250mL	60分で点滴	○						
	アクプラ	40mg/m <sup>2</sup>		○						
③	5%ブドウ糖	250mL	60分で点滴	○						
	ドセタキセル	30mg/m <sup>2</sup>		○						
④	生食	100mL	フラッシュ	○						

1クール日数・休業期間	2週毎	所要時間	135 分
実施基準	一般的な基準に準ずる。		
減量要件と減量スケール	一般的な減量基準に準ずる。		
臨床使用根拠 (左記の資料を添付のこと)	*弘前大学腫瘍内科登録レジメン *日本外科学会雑誌112(臨床増刊号_1・2),590,2011_05-25 *日本気管食道科学会会報,60:262-267,2009		

備考)エビデンスレベル:Iaシステマティックレビュー/メタアナリシス, Ibランダム化比較試験, IIa非ランダム化比較試験,

IIbその他の準実験的研究, III非実験的記述研究(比較研究, 相関研究, 症例対照研究など), IV専門科委員会や権威者の意見  
備考

\*2013年(H25)5月薬事委員会で「アロキシ静注0.75mg」→「アロキシ点滴静注バッグ0.75mg」へ切り替え  
\*2017年(H29)3月…「タキソテール」→「ドセタキセル」へ切り替え

レジメ名	放射線併用 FU/CDDP (FP) 療法		
適応疾患	食道癌	審議日	2012/04/11
実施部署	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> その他( )	診療科	消化器内科

番号	薬剤名	投与量	投与方法 (ルート・時間)	1日目・8日目	2日目・9日目	3日目・10日	4日目・11日	5日目・12日		
①	アロキシバッグ	50mL	15分で点滴	○	×	×	×	×		
②	生食	500mL	120分で点滴	○	×	×	×	×		
	シスプラチン	40mg/m <sup>2</sup>		○	×	×	×	×		
③	生食	100mL	30分で点滴	○	×	×	×	×		
	デキサート	9.9mg		○	×	×	×	×		
④	生食	500mL	12時間	○	○	○	○	○		
	フルオロウラシル	200mg/m <sup>2</sup>		○	○	○	○	○		
⑤	生食	500mL	12時間	○	○	○	○	○		
	フルオロウラシル	200mg/m <sup>2</sup>		○	○	○	○	○		
⑥	生食	100mL	フラッシュ	×	×	×	×	○		

1クール日数・休業期間	5週/クール(FU:D1-5, D8-12, CDDP:D1,D8投与)	所要時間	1440 分
実施基準	PS 0-2 24Hr Ccr 50mL/min 以上 PaO <sub>2</sub> 70torr 以上		
減量要件と減量スケール	Grade 4の血液毒性、Grade3~4の非血液毒性、前コースで重い副作用を生じたときにはFU,CDDPとも75%量に減量して投与する。		
臨床使用根拠 (左記の資料を添付のこと)	JCOG 9906 エビデンスに基づいた癌化学療法ハンドブック 2009 ASCO-GI 2008:Minashi K, et al		

備考)エビデンスレベル:Iaシステマティックレビュー/メタアナリシス, Ibランダム化比較試験, IIa非ランダム化比較試験,

IIbその他の準実験的研究, III非実験的記述研究(比較研究, 相関研究, 症例対照研究など), IV専門科委員会や権威者の意見  
備考

シスプラチンを投与するため、大量補液が必要である。  
CDDPは総投与量200mg/m<sup>2</sup>以上の約半数に高音性難聴が生じ、蓄積性、非可逆性といわれている。

\*制吐薬適正使用ガイドラインでアプレピタントCapの内服が推奨されている。

\*2013年(H25)5月薬事委員会で「アロキシ静注0.75mg」→「アロキシ点滴静注バッグ0.75mg」へ切り替え

\*2017年(H29)3月…「5-FU」→「フルオロウラシル」へ切り替え

レジメ名	毎週パクリタキセル療法		
適応疾患	食道がん	審議日	2012/06/13
実施部署	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> その他( )	診療科	消化器内科

番号	薬剤名	投与量	投与方法 (ルート・時間)	1日目	8日目	15日目	22日目			
①	生食	100mL	30分で点滴	○	○	○	×			
	デキサート	6.6mg		○	○	○	×			
	ファモチジン	20mg		○	○	○	×			
	ネオレスタール	10mg		○	○	○	×			
②	5%ブドウ糖	250mL	60分で点滴	○	○	○	×			
	パクリタキセル	80mg/m <sup>2</sup>		○	○	○	×			
③	生食	100mL	フラッシュ	○	○	○	×			

1クール日数・休業期間	4週/クール(D1・D8・D15投与)	所要時間	90 分
実施基準	投与前の臨床検査で、白血球数3000/mm <sup>3</sup> 未満または好中球数1500/mm <sup>3</sup> 未満であれば骨髄機能が回復するまで投与延期。同一クール内では、白血球数2000/mm <sup>3</sup> 未満または好中球数1000/mm <sup>3</sup> 未満であれば投与延期。		
減量要件と減量スケール	投与後、白血球数が1000/mm <sup>3</sup> 未満となった場合は減量。		
臨床使用根拠 (左記の資料を添付のこと)	パクリタキセル添付文書		

備考)エビデンスレベル: Iaシステマティックレビュー/メタアナリシス, Ibランダム化比較試験, IIa非ランダム化比較試験,  
 IIbその他の準実験的研究, III非実験的記述研究(比較研究, 相関研究, 症例対照研究など), IV専門科委員会や権威者の意見  
 備考

\*2013年(H25)5月薬事委員会で「レスタミンコーワ錠」→「クロール・トリメトン注10mg」へ切り替え  
 \*2016年(H28)3月で「クロール・トリメトン注10mg」薬価削除のため→「ネオレスタール注射液10mg」へ切り替え

レジメ名	PAC療法		
適応疾患	胸腺癌	審議日	2011/10/12
実施部署	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> その他( )	診療科	消化器内科

番号	薬剤名	投与量	投与方法 (ルート・時間)	1日目	2日目	3日目	4日目			
①	YDソリター-T1号	500mL	90分で点滴	○	×	×	×			
②	アロキシバッグ	50mL	15分で点滴	○	×	×	×			
	生食	100mL	D2~D4は30分	×	○	○	○			
	デキサート			9.9mg	6.6mg	6.6mg	6.6mg			
③	生食	50mL	30分で点滴	○	×	×	×			
	ドキシソルピシン	50mg/m <sup>2</sup>		○	×	×	×			
④	生食	250mL	60分で点滴	○	×	×	×			
	エンドキサン	500mg/m <sup>2</sup>		○	×	×	×			
⑤	生食	計500mL	120分で点滴	○	×	×	×			
	シスプラチン	50mg/m <sup>2</sup>	(遮光)	○	×	×	×			
⑥	YDソリター-T1号	500mL	90分で点滴	○	○	○	○			
	メイロン	40mL		○	○	○	○			
⑦	YDソリター-T1号	500mL	90分で点滴	○	○	○	○			
⑧	YDソリター-T1号	500mL	90分で点滴	○	○	○	×			

1クール日数・休業期間	3週毎	所要時間	210-585 分
実施基準	(開始時)好中球数;1000/mm <sup>3</sup> 以上、血小板;10万/mm <sup>3</sup> 以上、ヘモグロビン;8g/dL以上、GOT/GPT;正常上限x2倍以下、総ビリルビン;2mg/dL以下、血清クレアチン;1.5mg/dL以下		
減量要件と減量スケール	Grade4の好中球減少があれば、シスプラチンは、60mg/m <sup>2</sup> 、他剤は80%に減量する。CCrが60~45mL/minであれば、シスプラチンは、60mg/m <sup>2</sup> 、45以下であれば40/m <sup>2</sup> に減量する。		
臨床使用根拠 (左記の資料を添付のこと)	■文献(エビデンスレベル;II b:Loehrer PJ Sr, Chen M, Kim K, et al; Cisplatin, doxorubicin, and cyclophosphamide plus thoracic radiation therapy for limited-stage unresectable thymoma: an intergroup trial. J Clin Oncol. 1997 Sep; 15(9): 3093-9.)		

備考)エビデンスレベル:Iaシステマティックレビュー/メタアナリシス, Ibランダム化比較試験, IIa非ランダム化比較試験,

備考 IIbその他の準実験的研究, III非実験的記述研究(比較研究, 相関研究, 症例対照研究など), IV専門科委員会や権威者の意見

\*通常、2~4コース後に放射線治療を行う。

\*シスプラチン投与当日は、翌日から3日間は1500mL以上の尿量を確保するために必要に応じてフロセミドまたは20%マンニトールを使用する。ドキシソルピシンは、蓄積性心毒性予防のため450-500mg/m<sup>2</sup>までに留める。

\*制吐薬適正使用ガイドラインでアプレピタントCapの内服が推奨されている。

\*2013年(H25)5月薬事委員会で「アロキシ静注0.75mg」→「アロキシ点滴静注バッグ0.75mg」へ切り替え

\*2016年(H28)10月より「ソルテム1」→「YDソリター-T1号」へ切り替え

レジメ名	S-1/カルボプラチン療法		
適応疾患	胸腺がん	審議日	2012/01/11
実施部署	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> その他( )	診療科	消化器内科

番号	薬剤名	投与量	投与方法 (ルート・時間)	1日目	8日目	15日目			
①	アロキシバッグ	50mL	15分で点滴	○	×	×			
	デキサート	4.95mg		○	×	×			
②	5%ブドウ糖	250mL	60分で点滴	○	×	×			
	カルボプラチン	AUC=5		○	×	×			
③	生食	100mL	30分で点滴	○	×	×			
	S-1内服		D1-D14	○	○	×			

1クール日数・休業期間	3週/クール(D1投与)、S-1はD1~D14	所要時間	105 分
実施基準	(開始時)白血球;4000/mm <sup>3</sup> 以上,血小板;10万/mm <sup>3</sup> 以上,ヘモグロビン;9.0g/dL以上,総ビリルビン;1.5mg/dL以下,血清クレアチニン;1.25mg/dL以下		
減量要件と減量スケール	全コース白血球;1000/mm <sup>3</sup> 未満,血小板;2.5万/mm <sup>3</sup> 未満,好中球;1000/mm <sup>3</sup> 未満,総ビリルビン;2.0mg/dL以上,血清クレアチニン;2.0mg/dL以上 S-1 1.25m <sup>2</sup> 未満:80mg→50mg/day、1.25m <sup>2</sup> 以上1.5m <sup>2</sup> 未満:100mg→80mg/day、1.5m <sup>2</sup> 以上:120mg→100mg/day		
臨床使用根拠 (左記の資料を添付のこと)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■弘前大学腫瘍内科 登録レジメン</li> <li>■ガイドライン(日本肺癌学会)</li> <li>■文献(エビデンスレベル; I b; Randomized phase III study of carboplatin plus S-1 compared with carboplatin plus paclitaxel as first-line cell lung in advanced non-small chemotherapy in advanced non-small cell lung cancer. H.yosioka, et al. J.clin Oncol, 28;7s, 2010</li> </ul>		

備考)エビデンスレベル: Iaシステマティックレビュー/メタアナリシス, Ibランダム化比較試験, IIa非ランダム化比較試験,

備考 IIbその他の準実験的研究, III非実験的記述研究(比較研究, 相関研究, 症例対照研究など), IV専門科委員会や権威者の意見

\*制吐薬適正使用ガイドラインでアプレピタントCapの内服が推奨されている。  
\*2013年(H25)5月薬事委員会で「アロキシ静注0.75mg」→「アロキシ点滴静注バッグ0.75mg」へ切り替え  
\*2017年(H29)9月…「TS-1」→「S-1」へ切り替え

レジメ名	エトポシド+カルボプラチン療法		
適応疾患	非小細胞肺癌, 小細胞肺癌	審議日	2018/05/09
実施部署	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> その他( )	診療科	消化器内科

番号	薬剤名	投与量	投与方法 (ルート・時間)	1日目	2日目	3日目	8日目	15日目	日目	日目
①	グラニセトロンバッグ	100mL	30分で点滴	○	○	○	×	×		
	デキサート	4.95mg		○	○	○	×	×		
②	5%ブドウ糖	250mL	60分で点滴	○	○	○	×	×		
	エトポシド	100mg/m <sup>2</sup>		○	○	○	×	×		
③	5%ブドウ糖	250mL	60分で点滴	○	×	×	×	×		
	カルボプラチン	AUC=5		○	×	×	×	×		
④	生食	100mL	フラッシュ	○	○	○	×	×		

1クール日数・休業期間	3週/クール(D1~D3投与)	所要時間	105-165 分
実施基準	(開始基準)白血球;4000/mm <sup>3</sup> 以上または好中球;2000/mm <sup>3</sup> 以上, ヘモグロビン;9.0g/dL以上, 血小板10万/mm <sup>3</sup> 以上, 血清ビリルビン1.5mg/dL以下, GOTとGPT;正常値の2倍以下, 血清クレアチニン;1.5mg/dL以下またはクレアチニン・クリアランス;40mL/min以上, 動脈血ガス分圧;60mmHg以上。		
減量要件と減量スケール	グレード4の白血球減少(好中球減少), グレード4の血小板減少, グレード3以上の非血液毒性;エトポシドとカルボプラチン両方を25%減量。		
臨床使用根拠 (左記の資料を添付のこと)	□IIIb; Okamoto H, Watanabe K, Nishiwaki Y, Mori K, Kurita Y, Hayashi I, et al. Phase II Study of Area Under the Plasma-Concentration-Versus-Time Curve-Based Carboplatin Plus Standard-Dose Intravenous Etoposide in Elderly Patients With Small-Cell Lung Cancer. J Clin Oncol 1999;17(11):3540-45.		

備考)エビデンスレベル:Iaシステマティックレビュー/メタアナリシス, Ibランダム化比較試験, IIa非ランダム化比較試験,

備考 IIbその他の準実験的研究, III非実験的記述研究(比較研究, 相関研究, 症例対照研究など), IV専門科委員会や権威者の意見

# 1, AUC; carboplatin at a dose calculated

to produce an area under the concentration.time curve of 6.0 min · mg/mL

# 2, B型肝炎ウイルス保持者は劇症肝炎を起こす可能性があるためデキサートは使用しない。

\*制吐薬適正使用ガイドラインでアプレピタントCapの内服が推奨されている。

\*2019年(H31)2月より「デキサート9.9mg」→「デキサート4.95mg」へ切り替え



レジメ名	ゲムシタピン療法		
適応疾患	手術不能膵臓癌	審議日	2008/11/20
実施部署	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> その他( )	診療科	消化器内科

番号	薬剤名	投与量	投与方法 (ルート・時間)	1日目	8日目	15日目	22日目			
①	生食	100mL	30分で点滴	○	○	○	×			
	デキサート	6.6mg		○	○	○	×			
②	生食	100mL	30分で点滴	○	○	○	×			
	ゲムシタピン	1000mg/m <sup>2</sup>		○	○	○	×			
③	生食	100mL	フラッシュ	○	○	○	×			

1クール日数・休業期間	4週/クール(D1・D8・D15投与)	所要時間	60 分
実施基準	(開始基準)PS;0~2, 白血球;3000/mm <sup>3</sup> 以上または12000/mm <sup>3</sup> 以下, ヘモグロビン; 9.0g/dl以上, 血小板10万/mm <sup>3</sup> 以上(輸血後2W以上あげた値), GOT, GPT; 150IU/L以下, 血清総ビリルビン1.5mg/dL以下, 血清クレアチニン1.3/dL以下		
減量要件と減量スケール	規定されたスケールはない。一般的な基準に準ずる。		
臨床使用根拠 (左記の資料を添付のこと)			

備考)エビデンスレベル:Iaシステマティックレビュー/メタアナリシス, Ibランダム化比較試験, IIa非ランダム化比較試験,

IIbその他の準実験的研究, III非実験的記述研究(比較研究, 相関研究, 症例対照研究など), IV専門科委員会や権威者の意見  
備考

\*2013年(H25)1月薬事委員会で「ジェムザール」→「(後発品)ゲムシタピン」へ切り替え

レジメ名	GEM/CDDP療法		
適応疾患	胆道癌	審議日	2009/09/14
実施部署	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> その他( )	診療科	消化器内科

番号	薬剤名	投与量	投与方法 (ルート・時間)	1日目	8日目	15日目				
①	アロキシバッグ	50mL	15分で点滴	○	○	×				
	デキサート	9.9mg		○	○	×				
②	生食	100mL	30分で点滴	○	○	×				
	ゲムシタピン	1000mg/m <sup>2</sup>		○	○	×				
③	生食	500mL	120分で点滴	○	○	×				
	シスプラチン	25mg/m <sup>2</sup>		○	○	×				
④	YDソリター-T3号	500mL	120分で点滴	○	○	×				
	7%メイロン	40mL		○	○	×				
⑤	ハルトマンpH8	500mL	120分で点滴	○	○	×				

1クール日数・休業期間	3週/クール(D1・D8投与)	所要時間	405 分
実施基準	規定されたスケールはない。一般的な基準に準ずる。		
減量要件と減量スケール	規定されたスケールはない。一般的な基準に準ずる。		
臨床使用根拠 (左記の資料を添付のこと)			

備考)エビデンスレベル: Iaシステマティックレビュー/メタアナリシス, Ibランダム化比較試験, IIa非ランダム化比較試験,

IIbその他の準実験的研究, III非実験的記述研究(比較研究, 相関研究, 症例対照研究など), IV専門科委員会や権威者の意見  
備考

\*制吐薬適正使用ガイドラインでアプレピタントCapの内服が推奨されている。

\*2013年(H25)1月薬事委員会で「ジェムザール」→「(後発品)ゲムシタピン」へ切り替え

\*2013年(H25)5月薬事委員会で「アロキシ静注0.75mg」→「アロキシ点滴静注バッグ0.75mg」へ切り替え

\*2016年(H28)10月より「ソルテム3A」→「YDソリター-T3号」へ切り替え

レジメ名	GEM隔週		
適応疾患	胆道癌	審議日	2010/11/22
実施部署	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> その他( )	診療科	消化器内科

番号	薬剤名	投与量	投与方法 (ルート・時間)	1日目						
①	生食	100mL	30分で点滴	○						
	デキサート	6.6mg		○						
②	生食	100mL	30分で点滴	○						
	ゲムシタピン	1000mg/m <sup>2</sup>		○						
③	生食	100mL	フラッシュ	○						

1クール日数・休業期間	2週毎	所要時間	60 分
実施基準	末梢血をみて。		
減量要件と減量スケール	末梢血をみて判断。		
臨床使用根拠 (左記の資料を添付のこと)	大学のクール。 通常のGEMのクールで副作用が強い場合。		

備考)エビデンスレベル:Ⅰaシステマティックレビュー/メタアナリシス, Ⅰbランダム化比較試験, Ⅱa非ランダム化比較試験,

Ⅱbその他の準実験的研究, Ⅲ非実験的記述研究(比較研究, 相関研究, 症例対照研究など), Ⅳ専門科委員会や権威者の意見  
備考

\*2013年(H25)1月薬事委員会で「ジェムザール」→「(後発品)ゲムシタピン」へ切り替え

レジメ名	GEM/S-1療法(D1,D15投与)		
適応疾患	膵がん、胆道がん	審議日	2011/1/17
実施部署	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> その他( )	診療科	消化器内科

番号	薬剤名	投与量	投与方法 (ルート・時間)	1日目	15日目				
①	生食	100mL	30分で点滴	○	○				
	デキサート	6.6mg		○	○				
②	生食	100mL	30分で点滴	○	○				
	ゲムシタピン	1000mg/m <sup>2</sup>		○	○				
③	生食	100mL	フラッシュ	○	○				
	S-1内服	60-80mg/m <sup>2</sup>	D1~D14						

1クール日数・休業期間	4週/クール(D1・D15投与)、S-1はD1~D14	所要時間	60 分
実施基準	規定されたスケールはない。一般的な基準に準ずる。		
減量要件と減量スケール	規定されたスケールはない。一般的な基準に準ずる。		
臨床使用根拠 (左記の資料を添付のこと)	弘前大学腫瘍内科登録レジメン		

備考)エビデンスレベル:Ⅰaシステマティックレビュー/メタアナリシス, Ⅰbランダム化比較試験, Ⅱa非ランダム化比較試験,

Ⅱbその他の準実験的研究, Ⅲ非実験的記述研究(比較研究, 相関研究, 症例対照研究など), Ⅳ専門科委員会や権威者の意見  
備考

\*2013年(H25)1月薬事委員会で「ジェムザール」→「(後発品)ゲムシタピン」へ切り替え  
\*2017年(H29)9月…「TS-1」→「S-1」へ切り替え

レジメ名	ゲムシタピン療法(毎週)		
適応疾患	膵がん、胆道がん	審議日	2011/1/17
実施部署	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> その他( )	診療科	消化器内科

番号	薬剤名	投与量	投与方法 (ルート・時間)	1日目	8日目	15日目	22日目			
①	生食	100mL	30分で点滴	○	○	○	×			
	デキサート	6.6mg		○	○	○	×			
②	生食	100mL	30分で点滴	○	○	○	×			
	ゲムシタピン	1000mg/m <sup>2</sup>		○	○	○	×			
③	生食	100mL	フラッシュ	○	○	○	×			

1クール日数・休業期間	4週/クール(D1・D8・D15投与)	所要時間	60 分
実施基準	規定されたスケールはない。一般的な基準に準ずる。		
減量要件と減量スケール	規定されたスケールはない。一般的な基準に準ずる。		
臨床使用根拠 (左記の資料を添付のこと)	弘前大学消化器科登録レジメン		

備考)エビデンスレベル: Iaシステマティックレビュー/メタアナリシス, Ibランダム化比較試験, IIa非ランダム化比較試験,

IIbその他の準実験的研究, III非実験的記述研究(比較研究, 相関研究, 症例対照研究など), IV専門科委員会や権威者の意見  
備考

\*2013年(H25)1月薬事委員会で「ジェムザール」→「(後発品)ゲムシタピン」へ切り替え

レジメ名	FOLFIRINOX		
適応疾患	膵臓癌	審議日	2014/08/18
実施部署	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> その他( )	診療科	消化器内科

番号	薬剤名	投与量	投与方法 (ルート・時間)	1日目	3日目					
①	生食	20mL	ルート確保	○	×					
②	アロキシバッグ	50mL	15分で点滴	○	×					
	デキサート	4.95mg		○	×					
	ネオレスタール	10mg		○	×					
③	5%ブドウ糖	250mL	120分で点滴	○	×					
	オキサリプラチン	85mg/m <sup>2</sup>		○	×					
④	5%ブドウ糖	250mL	120分で点滴	○	×					
	レボホリナート	200mg/m <sup>2</sup>	⑤と同時	○	×					
⑤	5%ブドウ糖	250mL	120分で点滴	○	×					
	イリノテカン	180mg/m <sup>2</sup>	④と同時	○	×					
⑥	生食	100mL	全開で投与	○	×					
	フルオロウラシル	400mg/m <sup>2</sup>		○	×					
⑦	生食	計100mL	持続ポンプにて48H	○	×					
	フルオロウラシル	2400mg/m <sup>2</sup>		○	×					
⑧	生食	20mL	フラッシュ	×	○					

1クール日数・休業期間	2週毎	所要時間	270 分
実施基準	PS0-1 65歳未満 好中球2000以上・血小板10万以上 T.Bil ULN以下かつ黄疸を認めない 下痢を認めない		
減量要件と減量スケール	好中球減少、下痢→CPT-11を1段減量 180→150mg/m <sup>2</sup> 血小板減少→L-OHPを1段減量 85mg/m <sup>2</sup> →65mg/m <sup>2</sup>		
臨床使用根拠 (左記の資料を添付のこと)	ACCORD11試験 LOHP-P11-05試験(国内第II相試験)		

備考)エビデンスレベル:Iaシステマティックレビュー/メタアナリシス, Ibランダム化比較試験, IIa非ランダム化比較試験,

備考 IIbその他の準実験的研究, III非実験的記述研究(比較研究, 相関研究, 症例対照研究など), IV専門科委員会や権威者の意見

\*制吐薬適正使用ガイドラインでアプレピタントCapの内服が推奨されている。  
\*2014年(H26)10月…持続ポンプ変更。ポンプ内容量を計100mLへ変更。  
\*2016年(H28)3月で「クロール・トリメトン注10mg」薬価削除のため→「ネオレスタール注射液10mg」へ切り替え  
\*2017年(H29)3月…「エルプラット」→「オキサリプラチン」、「5-FU」→「フルオロウラシル」へ切り替え

レジメ名	アブラキサン+ゲムシタピン		
適応疾患	膵臓癌	審議日	2015/03/11
実施部署	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> その他( )		診療科 消化器内科

番号	薬剤名	投与量	投与方法 (ルート・時間)	1日目	8日目	15日目	22日目			
①	アロキシバグ	50mL	15分で点滴	○	○	○	×			
	デキサート	6.6mg		○	○	○	×			
②	生食	100mL	30分で点滴	○	○	○	×			
	アブラキサン	125mg/m <sup>2</sup>		○	○	○	×			
	(100mgあたり20mLで溶解)									
③	生食	100mL	フラッシュ	○	○	○	×			
④	生食	100mL	30分で点滴	○	○	○	×			
	ゲムシタピン	1000mg/m <sup>2</sup>		○	○	○	×			
⑤	生食	100mL	フラッシュ	○	○	○	×			

1クール日数・休業期間	4週/クール(D1・D8・D15投与)	所要時間	105 分
実施基準	PS0-1、WBC12000以下、好中球1500以上、Plt10万以上、Hb9以上、AST/ALT基準値上限の2.5倍以下、T.Bil基準値上限の1.25倍以下、Cre1.5以下		
減量要件と減量スケール	好中球500未満、血小板5万未満、発熱性好中球減少症の発現→1段階減量 アブラキサン125→100→75mg/m <sup>2</sup> ゲムシタピン1000→800→600mg/m <sup>2</sup>		
臨床使用根拠 (左記の資料を添付のこと)	国内第Ⅰ/Ⅱ相試験(J-0107試験) 第Ⅲ相試験 NEJM 369: 1691-1703, 2013 アブラキサン添付文書・適正使用ガイド		

備考)エビデンスレベル:Iaシステマティックレビュー/メタアナリシス, Ibランダム化比較試験, IIa非ランダム化比較試験,

IIbその他の準実験的研究, III非実験的記述研究(比較研究, 相関研究, 症例対照研究など), IV専門科委員会や権威者の意見  
備考

- ★「アブラキサン」を投与する時、インラインフィルターは使用しないこと。
- ★「アブラキサン」調製時、100mg/Vあたり20mLの生食で溶解し、溶解後の生食の残液は廃棄すること。

レジメ名	ゲムシタビン/S-1療法(D8,D15投与)		
適応疾患	膵がん、胆道がん	審議日	2017/10/11
実施部署	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> その他( )	診療科	消化器内科

番号	薬剤名	投与量	投与方法 (ルート・時間)	1日目	8日目	15日目				
①	生食	100mL	30分で点滴	×	○	○				
	デキサート	6.6mg		×	○	○				
②	生食	100mL	30分で点滴	×	○	○				
	ゲムシタビン	1000mg/m <sup>2</sup>		×	○	○				
③	生食	100mL	フラッシュ	×	○	○				
	S-1内服	60mg/m <sup>2</sup>	D1~D14							

1クール日数・休業期間	3週/クール(D8・D15投与)、S-1はD1~D14	所要時間	75 分
実施基準	規定されたスケールはない。一般的な基準に準ずる。		
減量要件と減量スケール	規定されたスケールはない。一般的な基準に準ずる。		
臨床使用根拠 (左記の資料を添付のこと)	弘前大学腫瘍内科登録レジメン Nakamura K et al. Phase II trial of oral S-1 combined with gemcitabine in metastatic pancreatic cancer. Br J Cancer 5;94(11):1575-9.2006.		

備考)エビデンスレベル: Iaシステマティックレビュー/メタアナリシス, Ibランダム化比較試験, IIa非ランダム化比較試験,

IIbその他の準実験的研究, III非実験的記述研究(比較研究, 相関研究, 症例対照研究など), IV専門科委員会や権威者の意見  
備考

--



レジメ名	ゲムシタピン/S-1療法(D1,D8投与)		
適応疾患	膵がん、胆道がん	審議日	2017/10/11
実施部署	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> その他( )	診療科	消化器内科

番号	薬剤名	投与量	投与方法 (ルート・時間)	1日目	8日目	15日目			
①	生食	100mL	30分で点滴	○	○	×			
	デキサート	6.6mg		○	○	×			
②	生食	100mL	30分で点滴	○	○	×			
	ゲムシタピン	1000mg/m <sup>2</sup>		○	○	×			
③	生食	100mL	フラッシュ	○	○	×			
	S-1内服	60mg/m <sup>2</sup>	D1~D14						

1クール日数・休業期間	3週/クール(D1・D8投与)、S-1はD1~D14	所要時間	75 分
実施基準	規定されたスケールはない。一般的な基準に準ずる。		
減量要件と減量スケール	規定されたスケールはない。一般的な基準に準ずる。		
臨床使用根拠 (左記の資料を添付のこと)	Ueno H, et al: J Clin Oncol 31:1640-1648, 2013 (PMID: 23547081) 切除不能進行膵がんに対する1st line治療としてのゲムシタピンに対するゲムシタピン+S-1の優越性およびS-1の非劣性を示す無作為化第II相試験(GEST試験)		

備考) エビデンスレベル: Iaシステマティックレビュー/メタアナリシス, Ibランダム化比較試験, IIa非ランダム化比較試験,

IIbその他の準実験的研究, III非実験的記述研究(比較研究, 相関研究, 症例対照研究など), IV専門科委員会や権威者の意見

備考

--

レジメ名	modified FOLFIRINOX		
適応疾患	膵臓癌	審議日	2020/5/13
実施部署	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> その他( )	診療科	消化器内科

番号	薬剤名	投与量	投与方法 (ルート・時間)	1日目	3日目					
①	生食	20mL	ルート確保	○	×					
②	アロキシバック	50mL	15分で点滴	○	×					
	デキサート	9.9mg		○	×					
	ネオレスタール	10mg		○	×					
③	5%ブドウ糖	250mL	120分で点滴	○	×					
	オキサリプラチン	85mg/m <sup>2</sup>		○	×					
④	5%ブドウ糖	250mL	120分で点滴	○	×					
	レボホリナート	200mg/m <sup>2</sup>	⑤と同時	○	×					
⑤	5%ブドウ糖	250mL	120分か90分で点滴	○	×					
	イリノテカン	150mg/m <sup>2</sup>	④と同時	○	×					
⑥	生食	計100mL	持続ポンプにて48H	○	×					
	フルオロウラシル	2400mg/m <sup>2</sup>		○	×					
⑦	生食	20mL	フラッシュ	×	○					

1クール日数・休業期間	2週毎	所要時間	270 分
実施基準	PS0-1 65歳未満 好中球2000以上・血小板10万以上 T.Bil ULN以下かつ黄疸を認めない 下痢を認めない		
減量要件と減量スケール	好中球減少、下痢→CPT-11を1段階減量(150→120→90mg/m <sup>2</sup> へ) 血小板減少→L-OHPを1段階減量(85→65→50mg/m <sup>2</sup> へ)		
臨床使用根拠 (左記の資料を添付のこと)	各添付文書・インタビューフォーム がん化学療法レジメンハンドブック第6版		

備考)エビデンスレベル:Iaシステマティックレビュー/メタアナリシス, Ibランダム化比較試験, IIa非ランダム化比較試験,

IIbその他の準実験的研究, III非実験的記述研究(比較研究, 相関研究, 症例対照研究など), IV専門科委員会や権威者の意見  
備考

\*制吐薬適正使用ガイドラインでアプレピタントCapの内服が推奨されている。

レジメ名	nal-IRI+5-FU/LV		
適応疾患	膵臓癌	審議日	2020/7/8
実施部署	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> その他( )	診療科	消化器内科

番号	薬剤名	投与量	投与方法 (ルート・時間)	1日目	3日目					
①	生食	20mL	ルート確保	○	×					
②	アロキシバック	50mL	15分で点滴	○	×					
	デキサート	9.9mg		○	×					
③	5%ブドウ糖	500mL	90分で点滴	○	×					
	オニバイド	70mg/m <sup>2</sup>		○	×					
④	生食	50mL	フラッシュ	○	×					
⑤	5%ブドウ糖	250mL	120分で点滴	○	×					
	レボホリナート	200mg/m <sup>2</sup>		○	×					
⑥	生食	50mL	フラッシュ	○	×					
⑦	生食	計100mL	持続ポンプにて48H	○	×					
	フルオロウラシル	2400mg/m <sup>2</sup>		○	×					
⑧	生食	20mL	フラッシュ	×	○					

1クール日数・休業期間	2週毎	所要時間	260 分
実施基準	18歳以上、PS0-1(KPS>70)、好中球1500/mm <sup>3</sup> 以上かつ感染症から回復していること 血小板10万/mm <sup>3</sup> 以上 その他副作用はgrade1またはベースライン		
減量要件と減量スケール	grade3以上の血液毒性および非血液毒性(悪心・嘔吐以外); オニバイドとフルオロウラシル1段階減量(70→50mg/m <sup>2</sup> 、2400→1800mg/m <sup>2</sup> ) grade3以上の悪心・嘔吐;オノバイド1段階減量(70→50mg/m <sup>2</sup> )		
臨床使用根拠 (左記の資料を添付のこと)	NAPOLI-1 study 国内第II相臨床試験(331501試験)		

備考)エビデンスレベル:Iaシステマティックレビュー/メタアナリシス, Ibランダム化比較試験, IIa非ランダム化比較試験,

IIbその他の準実験的研究, III非実験的記述研究(比較研究, 相関研究, 症例対照研究など), IV専門科委員会や権威者の意見  
備考

★「オニバイド」を投与する時、インラインフィルターは使用しないこと。

レジメ名	CDDP+S-1		
適応疾患	胃癌	審議日	2010/11/22
実施部署	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> その他( )	診療科	消化器内科

番号	薬剤名	投与量	投与方法 (ルート・時間)	1日目	8日目	15日目	22日目	29日目		
①	アロキシバッグ	50mL	15分で点滴	○	×	○	×	×		
	デキサート	9.9mg		○	×	○	×	×		
②	生食	500mL	120分で点滴	○	×	○	×	×		
	シスプラチン	30mg/m <sup>2</sup>		○	×	○	×	×		
③	YDソリタ-T1号	500mL	120分で点滴	○	×	○	×	×		
	メイロン	40mL		○	×	○	×	×		
④	YDソリタ-T1号	500mL	120分で点滴	○	×	○	×	×		
⑤	YDソリタ-T1号	500mL	120分で点滴	○	×	○	×	×		
	S-1内服	80mg/m <sup>2</sup>	D1~D21							

1クール日数・休業期間	5週/クール(D1・D15投与)、S-1はD1~D21	所要時間	495 分
実施基準	規定されたスケールはない。一般的な基準に準ずる。		
減量要件と減量スケール	規定されたスケールはない。一般的な基準に準ずる。		
臨床使用根拠 (左記の資料を添付のこと)			

備考)エビデンスレベル:Iaシステマティックレビュー/メタアナリシス, Ibランダム化比較試験, IIa非ランダム化比較試験,

IIbその他の準実験的研究, III非実験的記述研究(比較研究, 相関研究, 症例対照研究など), IV専門科委員会や権威者の意見  
備考

\*制吐薬適正使用ガイドラインでアプレピタントCapの内服が推奨されている。  
\*2013年(H25)5月薬事委員会で「アロキシ静注0.75mg」→「アロキシ点滴静注バッグ0.75mg」へ切り替え  
\*2016年(H28)10月より「ソルテム1」→「YDソリタ-T1号」へ切り替え  
\*2017年(H29)9月...「TS-1」→「S-1」へ切り替え

レジメ名	毎週パクリタキセル療法		
適応疾患	胃癌	審議日	2011/1/17
実施部署	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> その他( )	診療科	消化器内科

番号	薬剤名	投与量	投与方法 (ルート・時間)	1日目	8日目	15日目	22日目			
①	生食	100mL	30分で点滴	○	○	○	×			
	デキサート	6.6mg		○	○	○	×			
	ファモチジン	20mg		○	○	○	×			
	ネオレスタール	10mg		○	○	○	×			
②	5%ブドウ糖	250mL	60分で点滴	○	○	○	×			
	パクリタキセル	80mg/m <sup>2</sup>		○	○	○	×			
③	生食	100mL	フラッシュ	○	○	○	×			

1クール日数・休業期間	4週/クール(D1・D8・D15投与)	所要時間	90 分
実施基準	規定されたスケールはない。一般的な基準に準ずる。		
減量要件と減量スケール	規定されたスケールはない。一般的な基準に準ずる。		
臨床使用根拠 (左記の資料を添付のこと)	弘前大学(消化器・乳腺・甲状腺外科・腫瘍内科)登録レジメン		

備考)エビデンスレベル: Iaシステマティックレビュー/メタアナリシス, Ibランダム化比較試験, IIa非ランダム化比較試験,

IIbその他の準実験的研究, III非実験的記述研究(比較研究, 相関研究, 症例対照研究など), IV専門科委員会や権威者の意見

備考  
\*2013年(H25)5月薬事委員会で「レスタミンコーワ錠」→「クロール・トリメトン注10mg」へ切り替え  
\*2016年(H28)3月で「クロール・トリメトン注10mg」薬価削除のため→「ネオレスタール注射液10mg」へ切り替え

レジメ名	ドセタキセル療法		
適応疾患	胃癌	審議日	2011/08/17
実施部署	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> その他( )	診療科	消化器内科

番号	薬剤名	投与量	投与方法 (ルート・時間)	1日目						
①	生食	100mL	30分で点滴	○						
	デキサート	6.6mg		○						
②	5%ブドウ糖	250mL	60分で点滴	○						
	ドセタキセル	60mg/m <sup>2</sup>		○						
③	生食	100mL	フラッシュ	○						

1クール日数・休業期間	3週毎	所要時間	90 分
実施基準	規定されたスケールはない。一般的な基準に準ずる。		
減量要件と減量スケール	規定されたスケールはない。一般的な基準に準ずる。		
臨床使用根拠 (左記の資料を添付のこと)	弘前大学腫瘍内科登録レジメン 文献(エビデンスレベル; III : Muro K et al. A phase II study of single-agent docetaxel in patients with metastatic esophageal cancer. Ann Oncol. 15(6):955-9. 2004.) その他(添付文書)		

備考)エビデンスレベル: Iaシステマティックレビュー/メタアナリシス, Ibランダム化比較試験, IIa非ランダム化比較試験,

IIbその他の準実験的研究, III非実験的記述研究(比較研究, 相関研究, 症例対照研究など), IV専門科委員会や権威者の意見  
備考

\*2017年(H29)3月…「タキソテール」→「ドセタキセル」へ切り替え

レジメ名	CPT-11/GDDP療法		
適応疾患	胃癌	審議日	2011/08/17
実施部署	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> その他( )	診療科	消化器内科

番号	薬剤名	投与量	投与方法 (ルート・時間)	1日目						
①	アロキシバッグ	50mL	15分で点滴	○						
	デキサート	9.9mg		○						
②	5%ブドウ糖	500mL	90分で点滴	○						
	イリノテカン	60mg/m <sup>2</sup>		○						
③	生食	250mL	60分で点滴	○						
	シスプラチン	30mg/m <sup>2</sup>		○						
④	生食	100mL	フラッシュ	○						

1クール日数・休業期間	2週毎	所要時間	165 分
実施基準	WBC3000/mm <sup>3</sup> 以上、Pit 10万/mm <sup>3</sup> 以上		
減量要件と減量スケール	WBC1000/mm <sup>3</sup> 以下（好中球500/mm <sup>3</sup> 以下）あるいはPit 5万/mm <sup>3</sup> 以下、 クレアチニン1.5mg/dL以上あるいは総ビリルビン2mg/dL以上でイリノテカン20mg、シスプラチン10mg減量		
臨床使用根拠 (左記の資料を添付のこと)	Koizumi W, et al. Phase 1/11 study of bi-weekly irinotecan plus cisplatin in the treatment of advanced gastric cancer. Anticancer Res. 25(2B): 1257-62, 2005		

備考)エビデンスレベル:Iaシステマティックレビュー/メタアナリシス, Ibランダム化比較試験, IIa非ランダム化比較試験,

IIbその他の準実験的研究, III非実験的記述研究(比較研究, 相関研究, 症例対照研究など), IV専門科委員会や権威者の意見  
備考

\*制吐薬適正使用ガイドラインでアプレピタントCapの内服が推奨されている。

\*2013年(H25)5月薬事委員会で「アロキシ静注0.75mg」→「アロキシ点滴静注バッグ0.75mg」へ切り替え

レジメ名	CPT-11療法		
適応疾患	胃癌	審議日	2011/12/14
実施部署	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> その他( )	診療科	消化器内科

番号	薬剤名	投与量	投与方法 (ルート・時間)	1日目						
①	グラニセトロン3mgパック	100mL	30分で点滴	○						
	デキサート	4.95mg		○						
②	5%グルコース	500mL	90分で点滴	○						
	イリノテカン	150mg/m <sup>2</sup>		○						
③	生食	100mL	フラッシュ	○						

1クール日数・休業期間	2週毎	所要時間	120分
実施基準	投与予定日(投与前24時間以内)に末梢血液検査を必ず実施し、結果を確認してから、本剤投与の適否を慎重に判断する。投与予定日の白血球数3000/mm <sup>3</sup> 未満又は血小板数10万/mm <sup>3</sup> 未満の場合には、本剤の投与を中止又は延期する。投与予定日の白血球数が3000/mm <sup>3</sup> 以上かつ血小板数が10万/mm <sup>3</sup> 以上であっても、白血球数が急激な減少又は血小板数が急激な減少傾向にあるなど、骨髄機能抑制が疑われる場合には、本剤の投与を中止又は延期する。		
減量要件と減量スケール	白血球減少; Grade 3 → 20~25%減少 血小板減少; Grade 3 → 20~25%減少 下痢; Grade 2~3 → 20~25%減少		
臨床使用根拠 (左記の資料を添付のこと)	■文献(エビデンスレベル: IIa; ニツ木浩一他:再発・進行胃癌に対する塩酸イリノテカン(GPT-11)の後期第II相臨床試験 癌と化学療法 21 (7) 1033 (1994)) ■添付文書		

備考)エビデンスレベル: Iaシステムティックレビュー/メタアナリシス, Ibランダム化比較試験, IIa非ランダム化比較試験,

備考 IIbその他の準実験的研究, III非実験的記述研究(比較研究, 相関研究, 症例対照研究など), IV専門科委員会や権威者の意見

* 必要な場合、イリノテカンの下痢対策処方を検討 ・炭酸水素ナトリウム 1.8g/分3 食間 ・酸化マグネシウム 2.0g/分3 食後 ・ウルソ酸 3T/分3 食後 ・プリンペラン錠 3T/分3 食後 4日間 *制吐薬適正使用ガイドラインでアプレピタントCapの内服が推奨されている。 *2019年(H31)2月より「デキサート9.9mg」→「デキサート4.95mg」へ切り替え
---



レジメ名	ドセタキセル/シスプラチン/FU療法		
適応疾患	胃癌	審議日	2012/2/8
実施部署	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> その他( )	診療科	消化器内科

番号	薬剤名	投与量	投与方法 (ルート・時間)	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目		
①	アロキシバグ	50mL	15分で点滴	○	×	×	×	×		
	デキサート	9.9mg		○	×	×	×	×		
②	5%ブドウ糖	250mL	60分で点滴	○	×	×	×	×		
	ドセタキセル	60mg/m <sup>2</sup>		○	×	×	×	×		
③	生食	計500mL	120分で点滴	○	×	×	×	×		
	シスプラチン	60mg/m <sup>2</sup>		○	×	×	×	×		
④	生食	計240mL	24時間	○	○	○	○	○		
	フルオロウラシル	600mg/m <sup>2</sup>		○	○	○	○	○		
⑤	YDソリタ-T3号	500mL	90分で点滴	○	×	×	×	×		
	メイロン	40mL		○	×	×	×	×		
⑥	生食	100mL	フラッシュ	×	×	×	×	○		

1クール日数・休業期間	3週/クール(D1~D5投与)	所要時間	1440 分
実施基準	(開始基準)好中球数;1000/mm <sup>3</sup> 以上,血小板10万/mm <sup>3</sup> 以上,ヘモグロビン;8g/dL以上, GOT/GPT;正常上限×2倍以下,総ビリルビン2mg/dL以下,血清クレアチニン;1.5mg/dL以下		
減量要件と減量スケール	Grade4の血液毒性にて80%用量へ減量		
臨床使用根拠 (左記の資料を添付のこと)	弘前大学腫瘍内科登録レジメン 文献(エビデンスレベル; I b:Van Cutsem E et al;Phase III study of docetaxel and cisplatin plus fluorouracil compared with cisplatin plus fluorouracil as first-line therapy for advanced gastric cancer a report of the V325 Study Group.Clin Oncol.2006 Nov 1;24(31):4991-7.)		

備考)エビデンスレベル:Iaシステマティックレビュー/メタアナリシス, Ibランダム化比較試験, IIa非ランダム化比較試験,

備考 IIbその他の準実験的研究, III非実験的記述研究(比較研究, 相関研究, 症例対照研究など), IV専門科委員会や権威者の意見

腎機能不良の場合はシスプラチンをはずす。

\*ハイドレーション→シスプラチン投与前日・当日(計3500mL)、翌日から3日間(1500mL前後)。

\*制吐薬適正使用ガイドラインでアプレピタントCapの内服が推奨されている。(D1: 125mg, D2~3(D5まで投与可): 80mg)

\*アプレピタントCapが内服できない場合、デキサート注射液の1日目の投与量は13.2~16.5mgに増量すること。

\*遅発性悪心・嘔吐予防に、デカドロン錠 8mg/day(注射; 6.6mg) D2~4投与を検討すること。

\*2013年(H25)5月薬事委員会「アロキシ静注0.75mg」→「アロキシ点滴静注バグ0.75mg」へ切り替え

\*2016年(H28)10月より「フルテム3A」→「YDソリタ-T3号」へ切り替え

\*2017年(H29)3月「5-FU」→「フルオロウラシル」、「タキソテール」→「ドセタキセル」へ切り替え

レジメ名	ドセタキセル/S-1療法		
適応疾患	胃癌	審議日	2012/08/08
実施部署	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> その他( )	診療科	消化器内科

番号	薬剤名	投与量	投与方法 (ルート・時間)	1日目						
①	生食	100mL	30分で点滴	○						
	デキサート	6.6mg		○						
②	5%グルコース	250mL	60分で点滴	○						
	ドセタキセル	40mg/m <sup>2</sup>		○						
③	生食	100mL	フラッシュ	○						
	S-1内服	80mg/m <sup>2</sup>	D1~D14							

1クール日数・休業期間	3週/クール(D1投与)、S-1はD1~D14	所要時間	90 分
実施基準	規定されたスケールはない。一般的な基準に準ずる。		
減量要件と減量スケール	規定されたスケールはない。一般的な減量基準に準ずる。		
臨床使用根拠 (左記の資料を添付のこと)	弘前大学腫瘍内科登録レジメ 文献(エビデンスレベル; II :Yoshida K et al. Phase II study of docetaxel and S-1 combination therapy for advanced or recurrent gastric cancer. Clin Cancer Res. 2006 Jun 1;12(11 Pt 1):3402-7)		

備考)エビデンスレベル:Ⅰaシステマティックレビュー/メタアナリシス, Ⅰbランダム化比較試験, Ⅰa非ランダム化比較試験,

Ⅱbその他の準実験的研究, Ⅲ非実験的記述研究(比較研究, 相関研究, 症例対照研究など), Ⅳ専門科委員会や権威者の意見  
備考

\*2017年(H29)3月…「タキソテール」→「ドセタキセル」へ切り替え  
\*2017年(H29)9月…「TS-1」→「S-1」へ切り替え

レジメ名	ドセタキセル/S-1療法+トラスツズマブ		
適応疾患	胃癌	審議日	2012/08/08
実施部署	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> その他( )	診療科	消化器内科

番号	薬剤名	投与量	投与方法 (ルート・時間)	1日目	22日目					
①	生食	100mL	30分で点滴	○	○					
②	生食	250mL	90分で点滴	○	×					
	トラスツズマブ	8mg/kg	(初回)	○	×					
②	生食	100mL	30分で点滴	×	○					
	トラスツズマブ	6mg/kg	(2回目以降)	×	○					
③	生食	100mL	30分で点滴	○	○					
	デキサート	6.6mg		○	○					
④	5%グルコース	250mL	60分で点滴	○	○					
	ドセタキセル	40mg/m <sup>2</sup>		○	○					
⑤	生食	100mL	フラッシュ	○	○					
	S-1内服	80mg/m <sup>2</sup>	D1~D14							

1クール日数・休業期間	3週/クール(D1投与)、S-1はD1~D14	所要時間	210 分
実施基準	規定されたスケールはない。一般的な基準に準ずる。		
減量要件と減量スケール	規定されたスケールはない。一般的な減量基準に準ずる。		
臨床使用根拠 (左記の資料を添付のこと)	<b>弘前大学腫瘍内科登録レジメン</b> 文献(エビデンスレベル; II : Yoshida K et al. Phase II study of docetaxel and S-1 combination therapy for advanced or recurrent gastric cancer. Clin Cancer Res. 2006 Jun 1;12(11 Pt 1):3402-7) 文献(エビデンスレベル; III:HER2陽性胃癌に対するトラスツマブ療法の生存期間に及ぼす影響,愛知県がんセンター中央病院 薬物療法部 設楽 敏平 先生ほか,2012 米国臨床腫瘍学会消化器癌シンポジウム NEWS FLASH January 19-21,2012,San Francisco, CA その他(添付文書)		

備考)エビデンスレベル:Iaシステマティックレビュー/メタアナリシス, Ibランダム化比較試験, IIa非ランダム化比較試験,

備考 IIbその他の準実験的研究, III非実験的記述研究(比較研究, 相関研究, 症例対照研究など), IV専門科委員会や権威者の意見

\*2017年(H29)3月…「タキソテール」→「ドセタキセル」へ切り替え  
 \*2017年(H29)9月…「TS-1」→「S-1」へ切り替え  
 \*2020年3月より「ハーセプチン」→「トラスツズマブ」へ切り替え

レジメ名	トラスツズマブ・シスプラチン・カペシタピン療法		
適応疾患	胃癌	審議日	2013/06/27
実施部署	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> その他( )	診療科	消化器内科

番号	薬剤名	投与量	投与方法 (ルート・時間)	1日目	2日目		22日目			
①	生食	100mL	ルート確保	○	×		○			
②	生食	250mL	90分で点滴	○	×		×			
	トラスツズマブ	8mg/kg	(初回)	○	×		×			
②	生食	100mL	30分で点滴	×	×		○			
	トラスツズマブ	6mg/kg	(2回目以降)	×	×		○			
③	生食	100mL	30分で点滴	○	×		○			
④	アロキシバグ	50mL	15分で点滴	×	○		○			
	デキサート	9.9mg		×	○		○			
⑤	YDソリタ-T1号	500mL	90分で点滴	×	○		○			
⑥	生食	計500mL	90分で点滴	×	○		○			
	シスプラチン	60mg/m <sup>2</sup>	(遮光)	×	○		○			
⑦	YDソリタ-T1号	500mL	90分で点滴	×	○		○			
	メイロン	40mL		×	○		○			
⑧	YDソリタ-T1号	500mL	90分で点滴	×	○		○			
	カペシタピン 内服	1回1500-2100mg 1日2回 朝・夕	D1~14							

1クール日数・休業期間	3週/クール(D1・D2投与)、カペシタピンはD1~D14	所要時間	120-435 分
実施基準	規定されたスケールはない。一般的な基準に準ずる。		
減量要件と減量スケール	規定されたスケールはない。一般的な減量基準に準ずる。		
臨床使用根拠 (左記の資料を添付のこと)	*トラスツズマブ適正使用ガイド *弘前大学腫瘍内科登録レジメン		

備考)エビデンスレベル: Iaシステマティックレビュー/メタアナリシス, Ibランダム化比較試験, IIa非ランダム化比較試験,

備考 IIbその他の準実験的研究, III非実験的記述研究(比較研究, 相関研究, 症例対照研究など), IV専門科委員会や権威者の意見

\*制吐薬適正使用ガイドラインでアプレピタントCapの内服が推奨されている。  
\*2016年(H28)10月より「ソルデム1」→「YDソリタ-T1号」へ切り替え  
\*2020年3月より「ハーセプチン」→「トラスツズマブ」へ切り替え  
\*2020年7月より「ゼローダ」→「カペシタピン」へ切り替え

レジメ名	アブラキサン療法		
適応疾患	胃癌	審議日	2013/07/10
実施部署	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> その他( )	診療科	消化器内科

番号	薬剤名	投与量	投与方法 (ルート・時間)	1日目					
①	生食	100mL	ルート確保	○					
②	生食	100mL	30分で点滴	○					
	アブラキサン	260mg/m <sup>2</sup>		○					
③	生食	100mL	フラッシュ	○					

1クール日数・休業期間	3週毎	所要時間	60 分
実施基準	PS0-2、WBC4000以上、12000以下、好中球2000以上、Plt10万以上、Hb9以上、AST・ALT基準値上限の2.5倍以下、T. Bil1.5以下、Cre1.5以下		
減量要件と減量スケール	好中球<500/mm <sup>3</sup> 、血小板<5万、発熱性好中球減少症の発現→1段階ずつ減量 (260→220→180mg/m <sup>2</sup> へ) Grade3以上の末梢神経障害出現時は、軽快又は回復(Grade 1以下)するまで投与を延期し、次コースから減量		
臨床使用根拠 (左記の資料を添付のこと)	国内Ⅱ相試験(J-0200試験) アブラキサン添付文書		

備考)エビデンスレベル:Iaシステマティックレビュー/メタアナリシス, Ibランダム化比較試験, IIa非ランダム化比較試験,

IIbその他の準実験的研究, III非実験的記述研究(比較研究, 相関研究, 症例対照研究など), IV専門科委員会や権威者の意見

備考

* 投与時インラインフィルターの使用不可。
-----------------------

レジメ名	S-1+CDDP (CDDP→D8投与)		
適応疾患	胃癌	審議日	2013/10/09
実施部署	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> その他( )	診療科	消化器内科

番号	薬剤名	投与量	投与方法 (ルート・時間)	1日目	8日目	9日目				
①	YDソリタ-T3号	500mL	120分で点滴	×	○	○				
②	YDソリタ-T3号	500mL	120分で点滴	×	○	○				
③	YDソリタ-T3号	500mL	120分で点滴	×	○	○				
④	YDソリタ-T3号	500mL	120分で点滴	×	○	○				
⑥	アロキシバック	0.75mg	15分で点滴	×	○	×				
	デキサート	9.9mg		×	○	×				
⑥	生食	100mL	30分で点滴	×	○	×				
⑦	生食	400mL	120分で点滴	×	○	×				
	シスプラチン	60mg/m <sup>2</sup>		×	○	×				
⑧	YDソリタ-T3号	500mL	120分で点滴	×	○	×				
⑨	YDソリタ-T3号	500mL	120分で点滴	×	○	×				
	S-1内服	80mg/m <sup>2</sup>	D1~D21							

1クール日数・休業期間	5週/クール(D8投与)、S-1はD1~D21	所要時間	885 分
実施基準	規定されたスケールはない。一般的な基準に準ずる。		
減量要件と減量スケール	CDDPはクレアチンクリアランスが30-60mL/minの場合は50%へ30mL/min未満の場合は投与を控えるべき。		
臨床使用根拠 (左記の資料を添付のこと)	<b>胃癌標準化学療法の実際</b> Koizumi W, et al: Phase I / II study of S-1 combined with cisplatin in patients with advanced gastric cancer. Br J Cancer. Dec 15;89(12):2207-12,2003 弘前大学腫瘍内科登録レジメ		

備考)エビデンスレベル: Iaシステマティックレビュー/メタアナリシス, Ibランダム化比較試験, IIa非ランダム化比較試験,

備考 IIbその他の準実験的研究, III非実験的記述研究(比較研究, 相関研究, 症例対照研究など), IV専門科委員会や権威者の意見

CDDPは総投与量200mg/m<sup>2</sup>以上の約半数に高音性難聴が生じ、蓄積性、非可逆性といわれている。

\*制吐薬適正使用ガイドラインでアプレピタントCapの内服が推奨されている。

\*2016年(H28)10月より「ソルテム3A」→「YDソリタ-T3号」へ切り替え

\*2017年(H29)9月...「TS-1」→「S-1」へ切り替え

レジメ名	SOX療法		
適応疾患	胃癌	審議日	2015/08/25
実施部署	<input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> その他( )		診療科 消化器内科

番号	薬剤名	投与量	投与方法 (ルート・時間)	1日目						
①	アロキシバグ	50mL	15分で点滴	○						
	デキサート	4.95mg		○						
	ネオレスタール	10mg		○						
②	5%ブドウ糖液	500mL	180分で点滴	○						
	オキサリプラチン	130mg/m <sup>2</sup>		○						
③	生食	100mL	フラッシュ	○						
	S-1 内服	80mg/m <sup>2</sup>	D1~D14							

1クール日数・休業期間	3週/クール(D1投与)、S-1はD1~D14	所要時間	210 分
実施基準	(開始基準)PS;0~2, 白血球;3000/mm <sup>3</sup> 以上または12000/mm <sup>3</sup> 以下, ヘモグロビン; 8.0g/dL以上, 血小板10万/mm <sup>3</sup> 以上(輸血後2W以上あげた値), GOT, GPT;150IU/L以下, 血清総ビリルビン1.5mg/dL以下, 血清クレアチニン1.3/dL以下		
減量要件と減量スケール	CTCAEv3.0-JCOG/JSCO Grade2の非血液毒性を繰り返す際にはオキサリプラチンを減量。Grade3以上の場合にはオキサリプラチン、S-1の両者を減量する。オキサリプラチン 100または75mg/m <sup>2</sup> に減量。		
臨床使用根拠 (左記の資料を添付のこと)	治癒切除不能な進行・再発の胃癌患者を対象に、S-1とオキサリプラチンとの併用投与の有効性および安全性を検討することを目的とした国内第II相試験 Koizumi W, et al. Ann Oncol. 2010; 21: 1001-5 オキサリプラチン添付文書		

備考)エビデンスレベル:Iaシステマティックレビュー/メタアナリシス, Ibランダム化比較試験, IIa非ランダム化比較試験,

備考 IIbその他の準実験的研究, III非実験的記述研究(比較研究, 相関研究, 症例対照研究など), IV専門科委員会や権威者の意見

\*2016年(H28)3月で「クロール・トリメトン注10mg」薬価削除のため→「ネオレスタール注射液10mg」へ切り替え  
 \*2017年(H29)3月…「エルプラット」→「オキサリプラチン」へ切り替え  
 \*2017年(H29)9月…「TS-1」→「S-1」へ切り替え  
 \*2019年(H31)2月より「デキサート9.9mg」→「デキサート4.95mg」へ切り替え

レジメ名	CapeOX (XELOX)		
適応疾患	胃癌	審議日	2016/05/11
実施部署	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> その他( )	診療科	消化器内科

番号	薬剤名	投与量	投与方法 (ルート・時間)	1日目						
①	アロキシバグ	50mL	30分で点滴	○						
	デキサート	4.95mg		○						
	ネオレスタール	10mg		○						
②	5%ブドウ糖液	500mL	180分で点滴	○						
	オキサリプラチン	130mg/m <sup>2</sup>		○						
③	生食	100mL	フラッシュ	○						
	カペシタビン 内服	2000mg/m <sup>2</sup>	Day1~14							
		(分2)								
		備考参照								

1クール日数・休業期間	3週/クール(D1投与)、カペシタビンはD1~D14	所要時間	225 分
実施基準	白血球>3000/mm <sup>3</sup> 、血小板>10万/mm <sup>3</sup> 以上 血清総ビリルビン1.5mg/dL以下、血清クレアチニン1.3/dL以下		
減量要件と減量スケール	Grade3以上の血液及び非血液毒性1回目:オキサリプラチン100mg/m <sup>2</sup> 、カペシタビンの1段階減量。Grade3以上の血液及び非血液毒性2回目:オキサリプラチン85mg/m <sup>2</sup> 、カペシタビンの2段階減量。		
臨床使用根拠 (左記の資料を添付のこと)	主として切除不能進行・再発胃癌においてシスプラチンに対する本用法用量のオキサリプラチンの非劣性を証明したREAL-2試験の結果と、国内におけるオキサリプラチンの使用経験に基づいている。 Cunningham D, et al., N Engl J Med 2008; 358; 36-46 オキサリプラチン、カペシタビン添付文書		

備考)エビデンスレベル:Iaシステマティックレビュー/メタアナリシス, Ibランダム化比較試験, IIa非ランダム化比較試験,

備考 IIbその他の準実験的研究, III非実験的記述研究(比較研究, 相関研究, 症例対照研究など), IV専門科委員会や権威者の意見

※カペシタビン投与量 1.36m <sup>2</sup> 未満……………2400mg/日 1.36m <sup>2</sup> 以上1.66m <sup>2</sup> 未満… 3000mg/日 1.66m <sup>2</sup> 以上1.96m <sup>2</sup> 未満… 3600mg/日 1.96m <sup>2</sup> 以上……………4200mg/日 *2017年(H29)3月…「エルプラット」→「オキサリプラチン」へ切り替え *2019年(H31)2月より「デキサート9.9mg」→「デキサート4.95mg」へ切り替え *2020年7月より「ゼローダ」→「カペシタビン」へ切り替え
---



レジメ名	サイラムザ/パクリタキセル併用療法		
適応疾患	進行・再発胃癌	審議日	2016/06/08
実施部署	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> その他( )	診療科	消化器内科

番号	薬剤名	投与量	投与方法 (ルート・時間)	1日目	8日目	15日目	22日目			
①	生食	100mL	30分で点滴	○	○	○	×			
②	生食	100mL	15分で点滴	○	○	○	×			
	デキサート	6.6mg		○	○	○	×			
	ファモチジン	20mg		○	○	○	×			
	ネオレスタール	10mg		○	○	○	×			
③	生食	250mL	60分で点滴	○	×	○	×			
	サイラムザ	8mg/kg		○	×	○	×			
④	生食	100mL	60分で点滴 (3クール以降はフラッシュ)	○	×	○	×			
⑤	生食	250mL	60分で点滴	○	○	○	×			
	パクリタキセル	80mg/m <sup>2</sup>		○	○	○	×			
⑥	生食	100mL	全開で投与	○	○	○	×			

1クール日数・休業期間	4週/クール(D1・D8・D15投与)	所要時間	120-240 分
実施基準	一般的な基準に準ずる。		
減量要件と減量スケール	(サイラムザ) 蛋白尿…2~3g/dayで、2g未満に低下するまで休業。再開は6mg/kgへ減量。 高血圧…症候性のgrade2又はグレード3以上で降圧剤治療、コントロールできるまで休業。  (パクリタキセル) 好中球減少症/白血球減少症…grade4で次回クールより、10mg/m <sup>2</sup> 減量		
臨床使用根拠 (左記の資料を添付のこと)	RAINBOW試験 サイラムザ点滴静注液インタビューフォーム・適正使用ガイド		

備考)エビデンスレベル:Iaシステマティックレビュー/メタアナリシス, Ibランダム化比較試験, IIa非ランダム化比較試験,

IIbその他の準実験的研究, III非実験的記述研究(比較研究, 相関研究, 症例対照研究など), IV専門科委員会や権威者の意見  
備考

④の生食はinfusion reaction確認のため。最初の2クールは必須(60分)。発現が無ければ3クール以降は省略可。  
ただし、フラッシュは必要。

サイラムザ…蛋白質透過型のフィルター(0.2又は0.22ミクロン)を使用。  
パクリタキセル…PVCフリー

レジメ名	トラスツズマブ・シスプラチン・カペシタピン療法		
適応疾患	胃癌	審議日	2018/9/12
実施部署	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> その他( )	診療科	消化器内科

番号	薬剤名	投与量	投与方法 (ルート・時間)	1日目											
①	生食	100mL	ルート確保	○											
②	生食	100mL	30分で点滴	○											
	オブジーボ	240mg/body		○											
③	生食	100mL	フラッシュ	○											

1クール日数・休業期間	2週毎	所要時間	60分
実施基準	規定されたスケールはない(適正使用ガイド参照)		
減量要件と減量スケール	規定されたスケールはなく、減量せずに投与する。		
臨床使用根拠 (左記の資料を添付のこと)	「オブジーボ点滴静注」添付文書・インタビューフォーム Supplementary appendix		

備考)エビデンスレベル: Iaシステマティックレビュー/メタアナリシス, Ibランダム化比較試験, IIa非ランダム化比較試験,

IIbその他の準実験的研究, III非実験的記述研究(比較研究, 相関研究, 症例対照研究など), IV専門科委員会や権威者の意見  
備考

※希釈後の最終濃度が0.35mg/mL以上になるようにする。  
※インラインフィルター(0.2又は0.22 μ m)を使用すること。  
※2018年(H30)9月…投与量: 3mg/kg→240mg/body、投与時間: 60分→30分へ(添付文書改訂のため)

レジメ名	トラスツズマブ+シスプラチン+S-1療法		
適応疾患	胃癌	審議日	2018/07/11
実施部署	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> その他( )	診療科	消化器内科

番号	薬剤名	投与量	投与方法 (ルート・時間)	1日目	2日目	36日目	37日目			
①	YDソリタ-T3号	500mL	120分で点滴	○	○	○	○			
②	YDソリタ-T3号	500mL	120分で点滴	○	○	○	○			
③	YDソリタ-T3号	500mL	120分で点滴	○	○	○	○			
④	YDソリタ-T3号	500mL	120分で点滴	○	○	○	○			
⑤	生食	250mL	90分で点滴	○	×	×	×			
	トラスツズマブ	8mg/kg	(初回のみ)	○	×	×	×			
⑤	生食	100mL	30分で点滴	×	×	○	×			
	トラスツズマブ	6mg/kg	(2回目以降)	×	×	○	×			
⑥	生食	100mL	フラッシュ	○	×	○	×			
⑦	アロキシバック	50mL	15分で点滴	○	×	○	×			
	デキサート	9.9mg		○	×	○	×			
⑧	生食	400mL	120分で点滴	○	×	○	×			
	シスプラチン	60mg/m <sup>2</sup>		○	×	○	×			
⑨	YDソリタ-T3号	500mL	120分で点滴	○	×	○	×			
⑩	YDソリタ-T3号	500mL	120分で点滴	○	×	○	×			
	S-1内服	80mg/m <sup>2</sup>	D1~D21							

1クール日数・休業期間	5週/クール(D1投与)、S-1はD1~D21	所要時間	900-960 分
実施基準	規定されたスケールはない。一般的な基準に準ずる。		
減量要件と減量スケール	CDDPはクレアチンクリアランスが30-60mL/minの場合は50%へ30mL/min未満の場合は投与を控えるべき。		
臨床使用根拠 (左記の資料を添付のこと)	トラスツズマブ適正使用ガイドより Kurokawa Y,et.al. Phase II study of trastuzumab in combination with S-1 plus cisplatin in HER2-positive gastric cancer(HERBIS-1).Br J cancer.110,1163-8.(2014)		

備考)エビデンスレベル:Iaシステマティックレビュー/メタアナリシス, Ibランダム化比較試験, IIa非ランダム化比較試験,

IIbその他の準実験的研究, III非実験的記述研究(比較研究, 相関研究, 症例対照研究など), IV専門科委員会や権威者の意見  
備考

\*制吐薬適正使用ガイドラインでアプレピタントCapの内服が推奨されている。  
\*2020年3月より「ハーセプチン」→「トラスツズマブ」へ切り替え

レジメ名	イホスファミド/エピルピシン/カルボプラチン療法		
適応疾患	悪性軟部組織腫瘍	審議日	2012/2/8
実施部署	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> その他( )	診療科	消化器内科

番号	薬剤名	投与量	投与方法 (ルート・時間)	1日目	2日目					
①	アロキシバグ	50mL	D1は15分で点滴	○	×					
	生食	100mL	D2は30分で点滴	×	○					
	デキサート	9.9mg		○	○					
②	生食	50mL	全開で投与	○	×					
	塩酸エピルピシン	60-80mg/body		○	×					
③	5%ブドウ糖液	500mL	120分で点滴	○	○					
	イホマイド	1500-2000mg/body		○	○					
④	5%ブドウ糖液	250mL	60分で点滴	○	×					
	カルボプラチン	250-300mg/body		○	×					
⑤	YDソリタ-T3号	500mL	120分で点滴	○	○					
	7%メイロン	40mL		○	○					
⑥	ウロミテキサン	300~400mg/body x3	イホマイド 投与後・4h後・8h後	○	○					

1クール日数・休業期間	3-4週/クール(D1・D2投与)	所要時間	270-315 分
実施基準	特記すべき点なし		
減量要件と減量スケール	特記すべき点なし		
臨床使用根拠 (左記の資料を添付のこと)	弘前大学腫瘍内科登録レジメン エビデンスレベルⅣ ①Santoro A, et al. J Clin Oncol 13(7): 1531-3, 1995 ②Zalupski M, et al. J Natl Cancer Inst. 83(13): 926-32, 1991 ③Borden EC, et al. J Clin Oncol 5(6): 840-50, 1987 ④Demetri GD, et al. Hematol Oncol Clin North Am 9(4): 765-85, 1995		

備考)エビデンスレベル:Ⅰaシステマティックレビュー/メタアナリシス, Ⅰbランダム化比較試験, Ⅰa非ランダム化比較試験,

Ⅰbその他の準実験的研究, Ⅲ非実験的記述研究(比較研究, 相関研究, 症例対照研究など), Ⅳ専門科委員会や権威者の意見  
備考

イホスファミド由来の出血性膀胱炎対側に、メスナの使用も考慮する。

\*制吐薬適正使用ガイドラインでアプレピタントCapの内服が推奨されている。

\*2013年(H25)5月薬事委員会「アロキシ静注0.75mg」→「アロキシ点滴静注/バッグ0.75mg」へ切り替え

\*2016年(H28)10月より「ソルデム3A」→「YDソリタ-T3号」へ切り替え

レジメ名	パクリタキセル／カルボプラチン療法		
適応疾患	原発不明癌	審議日	2010/11/22
実施部署	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> その他( )	診療科	消化器内科

番号	薬剤名	投与量	投与方法 (ルート・時間)	1日目						
①	グラニセロンバッグ	3mg	30分で点滴	○						
	デキサート	4.95mg		○						
	ファモチジン	20mg		○						
	ネオレスタール	10mg		○						
②	5%ブドウ糖	500mL	120分で点滴	○						
	パクリタキセル	200mg/m <sup>2</sup>		○						
③	5%ブドウ糖	250mL	60分で点滴	○						
	カルボプラチン	AUC=5-6		○						
④	生食	100mL	フラッシュ	○						

1クール日数・休業期間	3-4週毎	所要時間	210 分
実施基準	規定されたスケールはない。一般的な基準に準ずる。		
減量要件と減量スケール	規定されたスケールはない。一般的な基準に準ずる。		
臨床使用根拠 (左記の資料を添付のこと)			

備考)エビデンスレベル: Iaシステマティックレビュー／メタアナリシス, Ibランダム化比較試験, IIa非ランダム化比較試験,

備考 IIbその他の準実験的研究, III非実験的記述研究(比較研究, 相関研究, 症例対照研究など), IV専門科委員会や権威者の意見

\*制吐薬適正使用ガイドラインでアプレピタントCapの内服が推奨されている。  
 \*2013年(H25)5月薬事委員会で「レスタミンコーワ錠」→「クロール・トリメトン注10mg」へ切り替え  
 \*2016年(H28)3月で「クロール・トリメトン注10mg」薬価削除のため→「ネオレスタール注射液10mg」へ切り替え