2024年1月改訂（第17版）

日本標準商品分類番号
876149

医薬品インタビューフォーム

日本病院薬剤師会のIF記載要領2018（2019年更新版）に準拠して作成

マクロライド系抗生物質製剤

日本薬局方　クラリスロマイシン錠

クラリスロマイシン錠200mg「NPI」

Clarithromycin Tablets 200mg “NPI”

剤形	フィルムコート錠
製剤の規制区分	処方箋医薬品[注)]　注）注意－医師等の処方箋により使用すること
規格・含量	1錠中（日局）クラリスロマイシン　200mg（力価）含有
一般名	和名：クラリスロマイシン（JAN） 洋名：Clarithromycin（JAN、INN）
製造販売承認年月日 薬価基準収載・ 発売年月日	製造販売承認年月日：2006年　3月15日 薬価基準収載年月日：2006年　7月　7日 発　売　年　月　日：2006年　7月　7日
開発・製造販売（輸入） ・提携・販売会社名	製造販売元：日本薬品工業株式会社
医薬情報担当者の連絡先	
問い合わせ窓口	日本薬品工業株式会社　安全管理課 TEL. 03-5833-5011／FAX. 03-5833-5100 受付時間：9:00 ～ 17:30 （土日祝祭日を除く） 医療関係者向けホームページ https://www.npi-inc.co.jp/medical.html

本IFは2023年4月改訂の電子添文の記載に基づき作成した。

最新の電子添文情報は、（独）医薬品医療機器総合機構ホームページ「医薬品に関する情報」https://www.pmda.go.jp/safety/info-services/drugs/0001.html にてご確認ください。

IF 利用の手引きの概要

－日本病院薬剤師会－

1. 医薬品インタビューフォーム作成の経緯

医療用医薬品の基本的な要約情報として、医療用医薬品添付文書（以下、添付文書）がある。医療現場で医師・薬剤師等の医療従事者が日常業務に必要な医薬品の適正使用情報を活用する際には、添付文書に記載された情報を裏付ける更に詳細な情報が必要な場合があり、製薬企業の医薬情報担当者（以下、MR）等への情報の追加請求や質疑により情報を補完してきている。この際に必要な情報を網羅的に入手するための項目リストとして医薬品インタビューフォーム（以下、IF と略す）が誕生した。

1988 年に日本病院薬剤師会（以下、日病薬）学術第 2 小委員会が IF の位置付け、IF 記載様式、IF 記載要領を策定し、その後 1998 年に日病薬学術第 3 小委員会が、2008 年、2013 年に日病薬医薬情報委員会が IF 記載要領の改訂を行ってきた。

IF 記載要領 2008 以降、IF は PDF 等の電子的データとして提供することが原則となった。これにより、添付文書の主要な改訂があった場合に改訂の根拠データを追加した IF が速やかに提供されることとなった。最新版の IF は、医薬品医療機器総合機構（以下、PMDA）の医療用医薬品情報検索のページ（http://www.pmda.go.jp/PmdaSearch/iyakuSearch/）にて公開されている。日病薬では、2009 年より新医薬品の IF の情報を検討する組織として「インタビューフォーム検討会」を設置し、個々の IF が添付文書を補完する適正使用情報として適切か審査・検討している。

2019 年の添付文書記載要領の変更に合わせ、IF 記載要領 2018 が公表され、今般「医療用医薬品の販売情報提供活動に関するガイドライン」に関連する情報整備のため、その更新版を策定した。

2. IF とは

IF は「添付文書等の情報を補完し、医師・薬剤師等の医療従事者にとって日常業務に必要な、医薬品の品質管理のための情報、処方設計のための情報、調剤のための情報、医薬品の適正使用のための情報、薬学的な患者ケアのための情報等が集約された総合的な個別の医薬品解説書として、日病薬が記載要領を策定し、薬剤師等のために当該医薬品の製造販売又は販売に携わる企業に作成及び提供を依頼している学術資料」と位置付けられる。

IF に記載する項目配列は日病薬が策定した IF 記載要領に準拠し、一部の例外を除き承認の範囲内の情報が記載される。ただし、製薬企業の機密等に関わるもの及び利用者自らが評価・判断・提供すべき事項等は IF の記載事項とはならない。言い換えると、製薬企業から提供された IF は、利用者自らが評価・判断・臨床適用するとともに、必要な補完をするものという認識を持つことを前提としている。

IF の提供は電子データを基本とし、製薬企業での製本は必須ではない。

3. IF の利用にあたって

電子媒体の IF は、PMDA の医療用医薬品情報検索のページに掲載場所が設定されている。

製薬企業は「医薬品インタビューフォーム作成の手引き」に従って IF を作成・提供するが、IF の原点を踏まえ、医療現場に不足している情報や IF 作成時に記載し難い情報等については製薬企業の MR 等へのインタビューにより利用者自らが内容を充実させ、IF の利用性を高める必要がある。また、随時改訂される使用上の注意等に関する事項に関しては、IF が改訂されるまでの間は、製薬企業が提供する改訂内容を明らかにした文書等、あるいは各種の医薬品情報提供サービス等により薬剤師等自らが整備するとともに、IF の使用にあたっては、最新の添付文書を PMDA の医薬品医療機器情報検索のページで確認する必要がある。

なお、適正使用や安全性の確保の点から記載されている「V-5. 臨床成績」や「XII. 参考資料」、「XIII. 備考」に関する項目等は承認を受けていない情報が含まれることがあり、その取り扱いには十分留意すべきである。

4. 利用に際しての留意点

IF を日常業務において欠かすことができない医薬品情報源として活用していただきたい。IF は日病薬の要請を受けて、当該医薬品の製造販売又は販売に携わる企業が作成・提供する、医薬品適正使用のための学術資料であるとの位置づけだが、記載・表現には薬機法の広告規則や医療用医薬品の販売情報提供活動に関するガイドライン、製薬協コード・オブ・プラクティス等の制約を一定程度受けざるを得ない。販売情報提供活動ガイドラインでは、未承認薬や承認外の用法等に関する情報提供について、製薬企業が医療従事者からの求めに応じて行うことは差し支えないとされており、MR 等へのインタビューや自らの文献調査などにより、利用者自らが IF の内容を充実させるべきものであることを認識しておかなければならない。製薬企業から得られる情報の科学的根拠を確認し、その客観性を見抜き、医療現場における適正使用を確保することは薬剤師の本務であり、IF を活用して日常業務を更に価値あるものにしていただきたい。

（2020 年 4 月改訂）

目　次

I.　概要に関する項目
1. 開発の経緯 ……1
2. 製品の治療学的特性 ……1
3. 製品の製剤学的特性 ……1
4. 適正使用に関して周知すべき特性 ……1
5. 承認条件及び流通・使用上の制限事項 ……1
6. RMP の概要 ……1

II.　名称に関する項目
1. 販売名 ……2
2. 一般名 ……2
3. 構造式又は示性式 ……2
4. 分子式及び分子量 ……2
5. 化学名（命名法）又は本質 ……2
6. 慣用名、別名、略号、記号番号 ……2

III. 有効成分に関する項目
1. 物理化学的性質 ……3
2. 有効成分の各種条件下における安定性 ……3
3. 有効成分の確認試験法、定量法 ……3

IV.　製剤に関する項目
1. 剤形 ……4
2. 製剤の組成 ……4
3. 添付溶解液の組成及び容量 ……4
4. 力価 ……4
5. 混入する可能性のある夾雑物 ……4
6. 製剤の各種条件下における安定性 ……5
7. 調製法及び溶解後の安定性 ……5
8. 他剤との配合変化（物理化学的変化） ……5
9. 溶出性 ……5
10. 容器・包装 ……6
11. 別途提供される資材類 ……6
12. その他 ……6

V.　治療に関する項目
1. 効能又は効果 ……7
2. 効能又は効果に関連する注意 ……7
3. 用法及び用量 ……7
4. 用法及び用量に関連する注意 ……8
5. 臨床成績 ……8

VI.　薬効薬理に関する項目
1. 薬理学的に関連ある化合物又は化合物群 ……11
2. 薬理作用 ……11

VII. 薬物動態に関する項目
1. 血中濃度の推移 ……12
2. 薬物速度論的パラメータ ……13
3. 母集団（ポピュレーション）解析 ……14
4. 吸収 ……14
5. 分布 ……14
6. 代謝 ……14
7. 排泄 ……15
8. トランスポーターに関する情報 ……15
9. 透析等による除去率 ……15
10. 特定の背景を有する患者 ……15
11. その他 ……15

VIII. 安全性（使用上の注意等）に関する項目
1. 警告内容とその理由 ……16
2. 禁忌内容とその理由 ……16
3. 効能又は効果に関連する注意とその理由 ……16
4. 用法及び用量に関連する注意とその理由 ……16
5. 重要な基本的注意とその理由 ……16
6. 特定の背景を有する患者に関する注意 ……16
7. 相互作用 ……17
8. 副作用 ……20
9. 臨床検査結果に及ぼす影響 ……24
10. 過量投与 ……24
11. 適用上の注意 ……24
12. その他の注意 ……25

IX.　非臨床試験に関する項目
1. 薬理試験 ……26
2. 毒性試験 ……26

X.　管理的事項に関する項目
1. 規制区分 ……27
2. 有効期間 ……27
3. 包装状態での貯法 ……27
4. 取扱い上の注意 ……27
5. 患者向け資材 ……27
6. 同一成分・同効薬 ……27
7. 国際誕生年月日 ……27
8. 製造販売承認年月日及び承認番号、薬価基準収載年月日、販売開始年月日 ……27
9. 効能又は効果追加、用法及び用量変更追加等の年月日及びその内容 ……27
10. 再審査結果、再評価結果公表年月日及びその内容 ……28
11. 再審査期間 ……28
12. 投薬期間制限に関する情報 ……28
13. 各種コード ……28
14. 保険給付上の注意 ……28

XI.　文献
1. 引用文献 ……29
2. その他の参考文献 ……30

XII.　参考資料
1. 主な外国での発売状況 ……31
2. 海外における臨床支援情報 ……31

XIII. 備考
1. 調剤・服薬支援に際して臨床判断を行うにあたっての参考情報 ……32
2. その他の関連資料 ……32

略　語　表

略語	略語内容
Al-P	アルカリホスファターゼ（Alkaline phosphatase）
ALT	アラニン・アミノトランスフェラーゼ（Alanine aminotransferase）
AST	アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ（Aspartate aminotransferase）
AUC	濃度–時間曲線下面積
BUN	血中尿素窒素（Blood urea nitrogen）
CK	クレアチンキナーゼ（Creatine Kinase）
C_{max}	最高血漿中濃度
CYP	チトクローム P450（Cytochrome P450）
γ-GTP	γ-グルタミルトランスペプチダーゼ（Gamma glutamyl transpeptidase）
HIV	ヒト免疫不全ウイルス（Human Immunodeficiency Virus）
HPLC	高速液体クロマトグラフィー（High Performance Liquid Chromatography）
LDH	乳酸脱水素酵素（Lactate Dehydrogenase）
p*K*a	酸解離定数
SD	Sprague-Dawley
$T_{1/2}$	消失半減期
T_{max}	最高血漿中濃度到達時間

Ⅰ. 概要に関する項目

1. 開発の経緯

クラリスロマイシンは、マクロライド系抗生物質製剤であり、本邦では、1991 年に上市されている。クラリスロマイシン錠 200mg「NPI」は、日本薬品工業株式会社が後発医薬品として開発を企画し、医薬発第 481 号（平成 11 年 4 月 8 日）に基づき、規格及び試験方法を設定、加速試験、生物学的同等性試験を実施し、2006 年 3 月に承認を得て、2006 年 7 月に発売に至った。その後、クラリスロマイシン錠 200mg「NPI」で、2009 年 11 月に非結核性抗酸菌症に対する効能が追加され、2010 年 11 月に胃 MALT リンパ腫、特発性血小板減少性紫斑病、早期胃癌に対する内視鏡的治療後胃におけるヘリコバクター・ピロリ感染症に対する効能が追加され、2011 年 7 月には、胃潰瘍・十二指腸潰瘍におけるヘリコバクター・ピロリ感染（アモキシシリン水和物及びラベプラゾールナトリウムとの併用）に対する用法・用量が追加され、さらに、2013 年 6 月に「ヘリコバクター・ピロリ感染胃炎」の効能又は効果が追加された。

2. 製品の治療学的特性

(1)細菌の 70S リボソームの 50S サブユニットと結合し、蛋白合成を阻害する。［11 頁参照］

(2)一般感染症、非結核性抗酸菌症、ヘリコバクター・ピロリ感染症に適応を有する。［7 頁参照］

(3)重大な副作用として、ショック、アナフィラキシー（いずれも頻度不明）、QT 延長、心室頻拍（Torsades de pointes を含む）、心室細動（いずれも頻度不明）、劇症肝炎、肝機能障害、黄疸、肝不全（いずれも頻度不明）、血小板減少、汎血球減少、溶血性貧血、白血球減少、無顆粒球症（いずれも頻度不明）、中毒性表皮壊死融解症（Toxic Epidermal Necrolysis：TEN）、皮膚粘膜眼症候群（Stevens-Johnson 症候群）、多形紅斑（いずれも頻度不明）、PIE 症候群・間質性肺炎（いずれも頻度不明）、偽膜性大腸炎、出血性大腸炎（いずれも頻度不明）、横紋筋融解症（頻度不明）、痙攣（頻度不明）、急性腎障害、尿細管間質性腎炎（いずれも頻度不明）、IgA 血管炎（頻度不明）、薬剤性過敏症症候群（頻度不明）が報告されている。

［21 頁参照］

3. 製品の製剤学的特性

該当資料なし

4. 適正使用に関して周知すべき特性

適正使用に関する資材、最適使用推進ガイドライン等	有無
RMP	無
追加のリスク最小化活動として作成されている資材	無
最適使用推進ガイドライン	無
保険適用上の留意事項通知	無

（2024 年 1 月現在）

5. 承認条件及び流通・使用上の制限事項

(1) 承認条件

該当しない

(2) 流通・使用上の制限事項

該当しない

6. ＲＭＰの概要

該当しない

II. 名称に関する項目

1. 販売名

(1) 和名

クラリスロマイシン錠 200mg「NPI」

(2) 洋名

Clarithromycin Tablets 200mg "NPI"

(3) 名称の由来

「有効成分」+「剤形」+「含量」+「屋号」より命名した。

2. 一般名

(1) 和名（命名法）

クラリスロマイシン（JAN）

(2) 洋名（命名法）

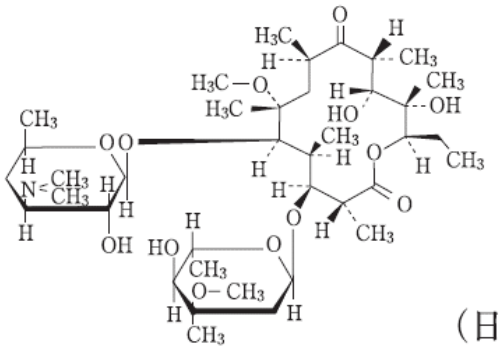
Clarithromycin（JAN、INN）

(3) ステム

-mycin (x)：抗生物質、ストレプトマイシン菌産生

3. 構造式又は示性式

化学構造式：



（日局に準拠）

4. 分子式及び分子量

分子式：$C_{38}H_{69}NO_{13}$

分子量：747.95

5. 化学名（命名法）又は本質

化学名：(2*R*, 3*S*, 4*S*, 5*R*, 6*R*, 8*R*, 10*R*, 11*R*, 12*S*, 13*R*)-5-(3, 4, 6-Trideoxy-3-dimethylamino-β-D-*xylo*- hexopyranosyloxy)-3-(2, 6-dideoxy-3-*C*-methyl-3-*O*-methyl-α-L-*ribo*-hexopyranosyloxy)-11, 12-dihydroxy-6-methoxy-2, 4, 6, 8, 10, 12-hexamethyl-9-oxopentadecan-13-olide（IUPAC）

6. 慣用名、別名、略号、記号番号

略号：CAM

III. 有効成分に関する項目

1. 物理化学的性質

(1) 外観・性状

白色の結晶性の粉末で、味は苦い。

(2) 溶解性

溶媒	日局表記
アセトン、クロロホルム	やや溶けやすい
メタノール、エタノール(95)、ジエチルエーテル	溶けにくい
水	ほとんど溶けない

(3) 吸湿性

該当資料なし

(4) 融点（分解点）、沸点、凝固点

融点：220～227℃

(5) 酸塩基解離定数 [1)]

p*Ka*：8.48（37℃、第三アミノ基、溶解度法）

(6) 分配係数 [1)]

液性	溶解度
pH1.2	分解のため測定不能　(37℃)
pH5.5	3.73mg/mL　(37℃)
pH6.8	0.51mg/mL　(37℃)
水	0.12mg/mL　(37℃)

(7) その他の主な示性値

該当資料なし

2. 有効成分の各種条件下における安定性 [1)]

水	なし
液性(pH)	酸性、アルカリ性で不安定、中性で安定である。
光	50%ジオキサン溶液中で、キセノンランプ(10^5 lx)、25℃、24時間で10%分解する。
その他	なし

3. 有効成分の確認試験法、定量法

確認試験法：日本薬局方「クラリスロマイシン」の確認試験法による。

(1)呈色反応（硫酸）

(2)呈色反応（アセトン・塩酸）

(3)赤外吸収スペクトル測定法（臭化カリウム錠剤法）

(3)薄層クロマトグラフィー

定量法：日本薬局方「クラリスロマイシン」の定量法による。

液体クロマトグラフィー

IV. 製剤に関する項目

1. 剤形

(1) 剤形の区別

フィルムコート錠

(2) 製剤の外観及び性状

販売名	表	裏	側面	性状
クラリスロマイシン錠200mg「NPI」				白色のフィルムコート錠
	直径：8.7mm、厚さ：5.4mm、重量：250mg			

(3) 識別コード

NPI 614

(4) 製剤の物性

該当資料なし

(5) その他

該当資料なし

2. 製剤の組成

(1) 有効成分（活性成分）の含量及び添加剤

販売名	有効成分（1錠中）	添加剤
クラリスロマイシン錠200mg「NPI」	（日局）クラリスロマイシン200mg（力価）	カルナウバロウ、クロスポビドン、軽質無水ケイ酸、酸化チタン、ステアリン酸マグネシウム、ヒドロキシプロピルセルロース、ヒプロメロース、ポリソルベート80、マクロゴール6000

(2) 電解質等の濃度

該当資料なし

(3) 熱量

該当資料なし

3. 添付溶解液の組成及び容量

該当しない

4. 力価

該当資料なし

5. 混入する可能性のある夾雑物

該当資料なし

6. 製剤の各種条件下における安定性 [2) 3)]

試験名	保存条件	保存期間	保存形態	結果
加速試験	40±1℃ 75±5%RH	6ヵ月	PTP包装	適合
無包装 安定性試験	40±2℃	3ヵ月	気密ガラス瓶	適合
	25±1℃ 75±5%RH	3ヵ月	開放	硬度低下（規格内 10.6kg→6.0kg）
	なりゆき温・湿度 1000lx	25日（総照射量 60万lx・hr）	気密ガラス瓶 （無色）	着色（微黄色） 硬度低下（規格内： 10.6kg→7.1kg

試験項目：性状、確認試験、製剤均一性、水分、溶出性、定量法［加速試験］
性状、溶出性、定量法、硬度［無包装安定性試験］

7. 調製法及び溶解後の安定性

該当しない

8. 他剤との配合変化（物理化学的変化）

該当しない

9. 溶出性 [4)]

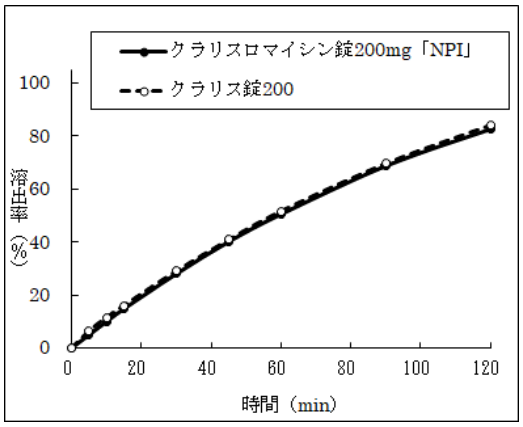
(1) 溶出挙動の類似性

クラリスロマイシン錠 200mg「NPI」と標準製剤（クラリス錠 200）について「後発医薬品の生物学的同等性試験ガイドライン」に従い溶出挙動の類似性を検討した。その結果、クラリスロマイシン錠 200mg「NPI」と標準製剤は、溶出試験において類似した溶出挙動を持つ製剤であることが確認された。

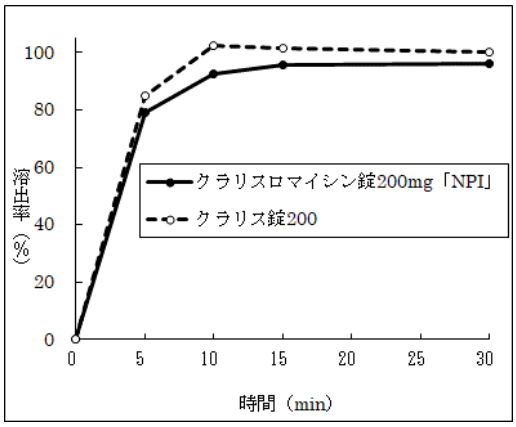
（方法）溶出試験法：パドル法
試験液：50rpm　pH1.2、pH3.0、pH6.8、水
100rpm　pH6.8
ただし、pH1.2 は、酸性で分解するため、分解物 5-*O*-desosaminyl-6-*O*-methylerythronolide を測定
検体数：各製剤ともに 12 ベッセル

（結果）全ての試験液において判定基準を満たし、試験製剤と標準製剤と溶出挙動の類似性が確認された。

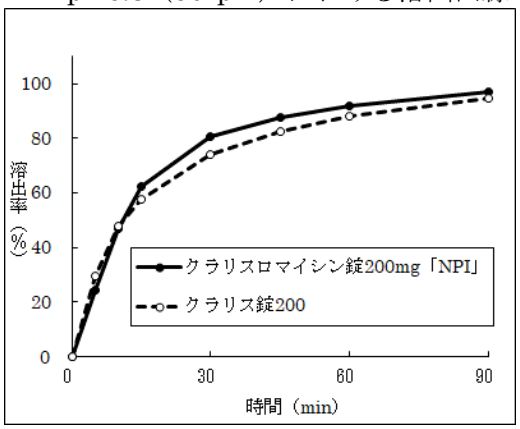
pH1.2（50rpm）における溶出曲線



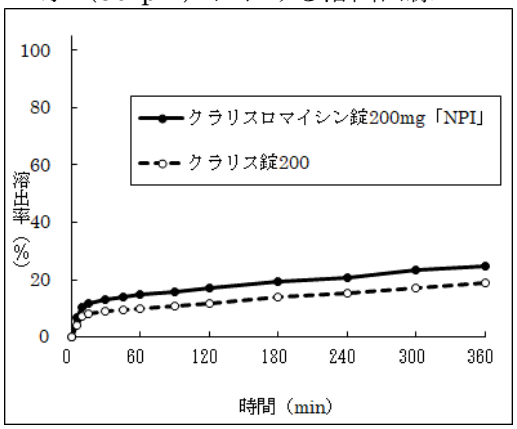
pH3.0（50rpm）における溶出曲線



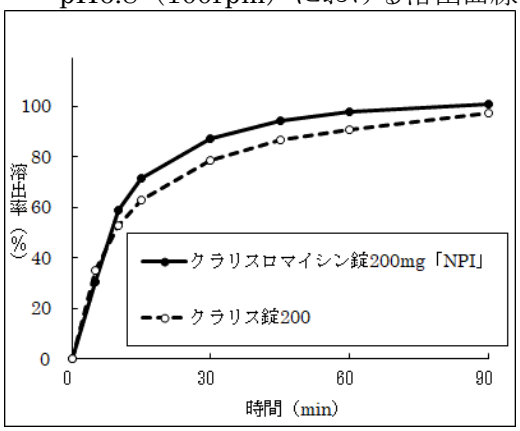
pH6.8（50rpm）における溶出曲線



水（50rpm）における溶出曲線



pH6.8（100rpm）における溶出曲線



(2) 公的溶出規格への適合

クラリスロマイシン錠 200mg「NPI」は、日本薬局方医薬品各条に定められたクラリスロマイシン錠の溶出規格に適合していることが確認されている。

（方法）日局溶出試験法：パドル法

回転数：50rpm

試験液：pH6.0 の 0.05mol/L リン酸水素二ナトリウム・クエン酸緩衝液　900mL

（溶出規格）

表示量	規定時間	溶出率
200mg	30 分	75%以上

10. 容器・包装

(1) 注意が必要な容器・包装、外観が特殊な容器・包装に関する情報

該当しない

(2) 包装

PTP：100 錠［10 錠（PTP）×10］、500 錠［10 錠（PTP）×50］

(3) 予備容量

該当しない

(4) 容器の材質

PTP 包装：ポリプロピレン、アルミ箔

ピロー：ポリエチレン、ポリプロピレン

11. 別途提供される資材類

該当しない

12. その他

該当しない

V. 治療に関する項目

1. 効能又は効果

○一般感染症

〈適応菌種〉

本剤に感性のブドウ球菌属、レンサ球菌属、肺炎球菌、モラクセラ（ブランハメラ）・カタラーリス、インフルエンザ菌、レジオネラ属、カンピロバクター属、ペプトストレプトコッカス属、クラミジア属、マイコプラズマ属

〈適応症〉

表在性皮膚感染症、深在性皮膚感染症、リンパ管・リンパ節炎、慢性膿皮症、外傷・熱傷及び手術創等の二次感染、肛門周囲膿瘍、咽頭・喉頭炎、扁桃炎、急性気管支炎、肺炎、肺膿瘍、慢性呼吸器病変の二次感染、尿道炎、子宮頸管炎、感染性腸炎、中耳炎、副鼻腔炎、歯周組織炎、歯冠周囲炎、顎炎

○非結核性抗酸菌症

〈適応菌種〉

本剤に感性のマイコバクテリウム属

〈適応症〉

マイコバクテリウム・アビウムコンプレックス（MAC）症を含む非結核性抗酸菌症

○ヘリコバクター・ピロリ感染症

〈適応菌種〉

本剤に感性のヘリコバクター・ピロリ

〈適応症〉

胃潰瘍・十二指腸潰瘍、胃 MALT リンパ腫、特発性血小板減少性紫斑病、早期胃癌に対する内視鏡的治療後胃におけるヘリコバクター・ピロリ感染症、ヘリコバクター・ピロリ感染胃炎

2. 効能又は効果に関連する注意

5. 効能又は効果に関連する注意

〈一般感染症：咽頭・喉頭炎、扁桃炎、急性気管支炎、感染性腸炎、中耳炎、副鼻腔炎〉

5.1 「抗微生物薬適正使用の手引き」[5] を参照し、抗菌薬投与の必要性を判断した上で、本剤の投与が適切と判断される場合に投与すること。

〈ヘリコバクター・ピロリ感染症〉

5.2 進行期胃 MALT リンパ腫に対するヘリコバクター・ピロリ除菌治療の有効性は確立していない。

5.3 特発性血小板減少性紫斑病に対しては、ガイドライン等を参照し、ヘリコバクター・ピロリ除菌治療が適切と判断される症例にのみ除菌治療を行うこと。

5.4 早期胃癌に対する内視鏡的治療後胃以外には、ヘリコバクター・ピロリ除菌治療による胃癌の発症抑制に対する有効性は確立していない。

5.5 ヘリコバクター・ピロリ感染胃炎に用いる際には、ヘリコバクター・ピロリが陽性であること及び内視鏡検査によりヘリコバクター・ピロリ感染胃炎であることを確認すること。

3. 用法及び用量

(1) 用法及び用量の解説

6. 用法及び用量

〈一般感染症〉

通常、成人にはクラリスロマイシンとして1日 400mg（力価）を2回に分けて経口投与する。なお、年齢、症状により適宜増減する。

〈非結核性抗酸菌症〉

通常、成人にはクラリスロマイシンとして1日 800mg（力価）を2回に分けて経口投与する。なお、年齢、症状により適宜増減する。

〈ヘリコバクター・ピロリ感染症〉
通常、成人にはクラリスロマイシンとして1回200mg（力価）、アモキシシリン水和物として1回750mg（力価）及びプロトンポンプインヒビターの3剤を同時に1日2回、7日間経口投与する。
なお、クラリスロマイシンは、必要に応じて適宜増量することができる。ただし、1回400mg（力価）1日2回を上限とする。

(2) 用法及び用量の設定経緯・根拠
該当資料なし

4. 用法及び用量に関連する注意

7. 用法及び用量に関連する注意
〈一般感染症〉
7.1 免疫不全など合併症を有さない軽症ないし中等症のレジオネラ肺炎に対し、1日400mg分2投与することにより、通常2～5日で症状は改善に向う。症状が軽快しても投与は2～3週間継続することが望ましい。また、レジオネラ肺炎は再発の頻度が高い感染症であるため、特に免疫低下の状態にある患者などでは、治療終了後、更に2～3週間投与を継続し症状を観察する必要がある。なお、投与期間中に症状が悪化した場合には、速やかにレジオネラに有効な注射剤（キノロン系薬剤など）への変更が必要である。[8.1参照]
7.2 レジオネラ肺炎の治療において単独で使用することが望ましいが、患者の症状に応じて併用が必要な場合には以下の報告を参考に併用する薬剤の特徴を考慮し選択すること。
7.2.1 中等症以上の患者にリファンピシンと併用し有効との報告がある。
7.2.2 *in vitro*抗菌力の検討において、本剤とレボフロキサシン又はシプロフロキサシンとの併用効果（相乗ないし相加作用）が認められたとの報告がある。
7.3 クラミジア感染症に対する本剤の投与期間は原則として14日間とし、必要に応じて更に投与期間を延長する。[8.1参照]
〈非結核性抗酸菌症〉
7.4 肺MAC症及び後天性免疫不全症候群（エイズ）に伴う播種性MAC症の治療に用いる場合、国内外の最新のガイドライン[6)]等を参考に併用療法を行うこと。
7.5 本剤の投与期間は、以下を参照すること。[8.1参照]

疾患名	投与期間
肺MAC症	排菌陰性を確認した後、1年以上の投与継続と定期的な検査を行うことが望ましい。また、再発する可能性があるので治療終了後においても定期的な検査が必要である。
後天性免疫不全症候群（エイズ）に伴う播種性MAC症	臨床的又は細菌学的な改善が認められた後も継続投与すべきである。

〈ヘリコバクター・ピロリ感染症〉
7.6 プロトンポンプインヒビターはランソプラゾールとして1回30mg、オメプラゾールとして1回20mg、ラベプラゾールナトリウムとして1回10mg、エソメプラゾールとして1回20mg又はボノプラザンとして1回20mgのいずれか1剤を選択する。

5. 臨床成績
(1) 臨床データパッケージ
該当しない
(2) 臨床薬理試験
該当資料なし
(3) 用量反応探索試験
該当資料なし

(4) 検証的試験

1) 有効性検証試験

17.1 有効性及び安全性に関する試験

成人を対象とした二重盲検比較試験を含む臨床試験の概要は次のとおりである。

〈一般感染症〉

17.1.1 一般感染症に対する国内臨床試験

皮膚科領域感染症[7]、肺炎[8]、慢性呼吸器病変の二次感染[9]、扁桃炎[10]、中耳炎[11]、歯科口腔外科領域感染症[12]に対する二重盲検比較試験でクラリスロマイシンの有用性が認められた。

〈非結核性抗酸菌症〉

17.1.2 後天性免疫不全症候群（エイズ）に伴う播種性 MAC 症に対する国内及び海外臨床試験

後天性免疫不全症候群（エイズ）に伴う播種性 MAC 症に対する二重盲検比較試験でクラリスロマイシンの有用性が認められた[13),14)]。

疾患名	有効率【有効以上】
後天性免疫不全症候群（エイズ）に伴う播種性 MAC 症	
日本	50.0%（2/4）
（米国）	（60.0%以上）

〈ヘリコバクター・ピロリ感染症〉

17.1.3 胃潰瘍・十二指腸潰瘍におけるヘリコバクター・ピロリ感染症に対する国内及び海外臨床試験

胃潰瘍・十二指腸潰瘍におけるヘリコバクター・ピロリ感染症に対する二重盲検比較試験、オープン試験でクラリスロマイシンの有用性が認められた。

疾患名		有効率（%）【有効以上】
胃潰瘍・十二指腸潰瘍におけるヘリコバクター・ピロリ感染症（除菌率）		
（ランソプラゾールとの併用の場合）[15)-19)]		
胃潰瘍	（400mg）注1)	87.5（84/96）
	（800mg）注2)	89.2（83/93）
十二指腸潰瘍	（400mg）注1)	91.1（82/90）
	（800mg）注2)	83.7（82/98）
	（米国：14 日間投与）注3)	87.6（197/225）
	（米国：10 日間投与）注3)	83.7（103/123）
	（英国：7 日間投与）注4)	90.4（103/114）
（オメプラゾールとの併用の場合）[20)-23)]		
胃・十二指腸潰瘍	（800mg）注5)	78.8（89/113）
	（400mg）注6)	81.1（116/143）
	（800mg）注7)	80.0（116/145）
	（海外：十二指腸潰瘍）注8)	96.4（106/110）
	（海外：胃潰瘍）注8)	79.2（38/48）
（ラベプラゾールナトリウムとの併用の場合）[24)-27)]		
胃潰瘍	（400mg）注9)	87.7（57/65）
	（800mg）注10)	89.7（61/68）
十二指腸潰瘍	（400mg）注9)	83.3（45/54）
	（800mg）注10)	87.8（36/41）
胃・十二指腸潰瘍	（米国：10 日間投与）注11)	86.0（147/171）
	（米国：7 日間投与）注11)	84.3（140/166）
	（欧州：7 日間投与）注11)	93.8（61/65）

注 1）クラリスロマイシンとして 1 回 200mg（力価）、アモキシシリン水和物として 1 回 750mg（力価）及びランソプラゾールとして 1 回 30mg の 3 剤を同時に 1 日 2 回 7 日間経口投与。

注 2）クラリスロマイシンとして 1 回 400mg（力価）、アモキシシリン水和物として 1 回 750mg（力価）及びランソプラゾールとして 1 回 30mg の 3 剤を同時に 1 日 2 回 7 日間経口投与。

注 3）十二指腸潰瘍におけるヘリコバクター・ピロリ感染症患者を対象とした臨床試験（クラリスロマイシンとして1回500mg（力価）、アモキシシリン水和物として1回1,000mg（力価）及びランソプラゾールとして1回30mgの3剤を同時に1日2回経口投与）。本剤の承認最大用量は800mgである。
注 4）十二指腸潰瘍等におけるヘリコバクター・ピロリ感染症患者を対象とした臨床試験（クラリスロマイシンとして1回250mg（力価）、アモキシシリン水和物として1回1,000mg（力価）及びランソプラゾールとして1回30mgの3剤を同時に1日2回経口投与）。本剤の承認最大用量は800mgである。
注 5）クラリスロマイシンとして1回400mg（力価）、アモキシシリン水和物として1回750mg（力価）及びオメプラゾールとして1回20mgの3剤を同時に1日2回7日間経口投与。
注 6）クラリスロマイシンとして1回200mg（力価）、アモキシシリン水和物として1回750mg（力価）及びオメプラゾールとして1回20mgの3剤を同時に1日2回7日間経口投与（国内の製造販売後臨床試験）。
注 7）クラリスロマイシンとして1回400mg（力価）、アモキシシリン水和物として1回750mg（力価）及びオメプラゾールとして1回20mgの3剤を同時に1日2回7日間経口投与（国内の製造販売後臨床試験）。
注 8）クラリスロマイシンとして1回500mg（力価）、アモキシシリン水和物として1回1,000mg（力価）及びオメプラゾールとして1回20mgの3剤を同時に1日2回経口投与。本剤の承認最大用量は800mgである。
注 9）クラリスロマイシンとして1回200mg（力価）、アモキシシリン水和物として1回750mg（力価）及びラベプラゾールナトリウムとして1回10mgの3剤を同時に1日2回7日間経口投与。
注 10）クラリスロマイシンとして1回400mg（力価）、アモキシシリン水和物として1回750mg（力価）及びラベプラゾールナトリウムとして1回10mgの3剤を同時に1日2回7日間経口投与。
注 11）胃・十二指腸潰瘍等におけるヘリコバクター・ピロリ感染症患者を対象とした臨床試験（クラリスロマイシンとして1回500mg（力価）、アモキシシリン水和物として1回1,000mg（力価）及びラベプラゾールナトリウムとして1回20mgの3剤を同時に1日2回経口投与）。本剤の承認最大用量は800mgである。

2）安全性試験
該当資料なし

(5) 患者・病態別試験
該当資料なし

(6) 治療的使用

1） 使用成績調査（一般使用成績調査、特定使用成績調査、使用成績比較調査）、製造販売後データベース調査、製造販売後臨床試験の内容
該当資料なし

2）承認条件として実施予定の内容又は実施した調査・試験の概要
該当資料なし

(7) その他
該当資料なし

VI. 薬効薬理に関する項目

1. 薬理学的に関連ある化合物又は化合物群

アジスロマイシン、アセチルスピラマイシン、エリスロマイシン、オレアンドマイシン、キタサマイシン、酢酸ミデカマイシン、ジョサマイシン、スピラマイシン、ミデカマイシン、ロキタマイシン、ロキシスロマイシン

2. 薬理作用

(1) 作用部位・作用機序

18.1 作用機序

細菌の 70S リボソームの 50S サブユニットと結合し、蛋白合成を阻害する[28),29)]。

(2) 薬効を裏付ける試験成績

18.2 薬理作用

18.2.1 抗菌作用

ブドウ球菌属、レンサ球菌属、肺炎球菌の好気性グラム陽性菌[30)-34)]、モラクセラ（ブランハメラ）・カタラーリス、インフルエンザ菌、レジオネラ属、カンピロバクター属等の一部のグラム陰性菌[30)-34)]、ペプトストレプトコッカス属[35)]、クラミジア属[36)]、マイコプラズマ属[34),37)]、マイコバクテリウム属[38)]及びヘリコバクター・ピロリ[39)]に抗菌作用を示し、その作用は他のマクロライド系抗生物質と同等以上である（*in vitro*）。

18.2.2 ヒト主代謝物 14 位水酸化体の抗菌力

未変化体とほぼ同等の抗菌力を有する[40)]が、マイコバクテリウム・アビウムコンプレックス（MAC）[41)]及びヘリコバクター・ピロリ[39)]に対しては未変化体より弱い（*in vitro*）。

18.2.3 動物感染モデルに対する作用

マウスの腹腔内感染[30),31),33),34),40)]、皮下感染[30),33),34)]、呼吸器感染症[30),31),34),40)]モデルにおいては、クラリスロマイシンの良好な組織移行性を反映し、優れた効果を示す。

(3) 作用発現時間・持続時間

該当資料なし

VII. 薬物動態に関する項目

1. 血中濃度の推移

(1) 治療上有効な血中濃度

該当資料なし

(2) 臨床試験で確認された血中濃度

16.1 血中濃度

16.1.1 単回投与

健康成人にクラリスロマイシン 200mg、400mg（力価）を空腹時単回経口投与したときの平均血清中濃度及び各パラメータの値は以下のようであった[42]。なお、個体間のバラツキは少なかった。

	測定法	C_{max} (μg/mL)	T_{max} (hr)	$T_{1/2}$ (hr)	AUC (μg・hr/mL)
成人（n＝8）200mg	Bioassay	1.16	1.9	4.04	8.98
成人（n＝8）400mg	Bioassay	2.24	2.7	4.36	20.30

健康成人にクラリスロマイシン 200mg（力価）を空腹時に単回経口投与し、高速液体クロマトグラフ（HPLC）法で測定したところ、血清中には未変化体及び活性代謝物の 14 位水酸化体がほぼ同量存在し、その合算値は Bioassay で測定した濃度とほぼ一致した[43]。

16.1.2 反復投与

〈ヘリコバクター・ピロリ感染症〉

健康成人にアモキシシリン水和物、プロトンポンプインヒビターと併用してクラリスロマイシン 400mg（力価）を 1 日 2 回 7 日間反復経口投与したときの平均血中濃度及び各パラメータの値は以下のようであった[44)-47)]。

		測定法	C_{max} (μg/mL)	T_{max} (hr)	$T_{1/2}$ (hr)	$AUC_{0\text{-}12}$ (μg・hr/mL)
成人（n＝7）クラリスロマイシン 400mg、アモキシシリン水和物 1,000mg、ランソプラゾール 30mg 併用時[注1)]		HPLC 未変化体	2.42	2.7	4.4	18.45
		HPLC 代謝物	0.97	2.6	8.5	8.87
成人（n＝11）クラリスロマイシン 400mg、アモキシシリン水和物 1,000mg、オメプラゾール 20mg 併用時[注1)]		HPLC 未変化体	3.5	2.5	4.6	27.8[注3)]
成人クラリスロマイシン 400mg、アモキシシリン水和物 750mg、ラベプラゾールナトリウム 20mg 併用時[注1)]	EM[注2)]（n＝15）	HPLC 未変化体	2.33	2.0[注4)]	6.43	17.50
		HPLC 代謝物	0.82	2.5[注4)]	9.71	7.65
	PM[注2)]（n＝4）	HPLC 未変化体	1.99	2.5[注4)]	4.49	14.03
		HPLC 代謝物	0.95	2.5[注4)]	7.51	8.46
成人（n＝11）400mg、アモキシシリン水和物 750mg、ボノプラザン 20mg 併用時[注1)]		LC/MS/MS 未変化体	2.92	2.0[注4)]	4.62	18.26
		LC/MS/MS 代謝物	0.88	2.0[注4)]	7.96	7.49

注 1）ヘリコバクター・ピロリ感染症に対する承認用法・用量では、クラリスロマイシンは 1 回 200mg（必要に応じて上限 400mg まで適宜増量することができる）、アモキシシリン水和物は 1 回 750mg、プロトンポンプインヒビターのラベプラゾールナトリウムは 1 回 10mg である。

注 2）肝代謝酵素チトクローム P450 2C19 遺伝子型

EM；extensive metabolizer

PM；poor metabolizer

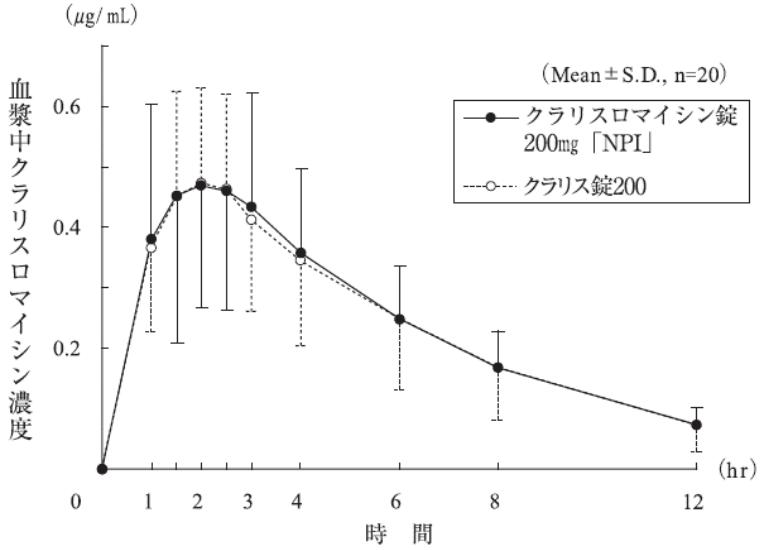
注 3）$AUC_{0-\infty}$（μg・hr/mL）
注 4）中央値

16.1.3 生物学的同等性試験

クラリスロマイシン錠 200mg「NPI」とクラリス錠 200 を、クロスオーバー法によりそれぞれ 1 錠（クラリスロマイシン 200mg（力価））健康成人男子に絶食単回経口投与して血漿中クラリスロマイシン濃度を測定し、得られた薬物動態パラメータ（AUC、C_{max}）について 90%信頼区間法にて統計解析を行った結果、log（0.80）～log（1.25）の範囲内であり、両剤の生物学的同等性が確認された[48]。

	判定パラメータ		参考パラメータ	
	AUC_{0-12}（μg・hr/mL）	C_{max}（μg/mL）	T_{max}（hr）	$T_{1/2}$（hr）
クラリスロマイシン錠 200mg「NPI」	2.996±1.135	0.514±0.223	2.05±0.58	3.60±0.81
クラリス錠 200	2.947±1.179	0.490±0.165	2.03±0.41	3.51±0.85

（Mean±S.D., n＝20）



血漿中濃度並びに AUC、C_{max} 等のパラメータは、被験者の選択、体液の採取回数・時間等の試験条件によって異なる可能性がある。

(3) 中毒域

該当資料なし

(4) 食事・併用薬の影響

1) 食事の影響

16.2.2 食事の影響

健康成人にクラリスロマイシン 200mg（力価）を単回経口投与したときの血清中濃度には、食事の影響がほとんど認められなかった[42]。

2) 併用薬の影響

該当資料なし

2. 薬物速度論的パラメータ

(1) 解析方法

該当資料なし

(2) 吸収速度定数

該当資料なし

(3) 消失速度定数

該当資料なし

(4) クリアランス

該当資料なし

(5) 分布容積

該当資料なし

(6) その他

該当資料なし

3. 母集団（ポピュレーション）解析

(1) 解析方法

該当資料なし

(2) パラメータ変動要因

該当資料なし

4. 吸収

16.2.1 バイオアベイラビリティ

健康成人において、クラリスロマイシン錠剤（250mg）を経口投与した場合（2 回測定）とクラリスロマイシンラクトビオン酸塩を静脈内投与した場合の薬物速度論的パラメータを比較検討した。その結果、未変化体のバイオアベイラビリティは 52、55%であったが、初回通過効果によって生成される活性代謝物（14 位水酸化体）を含めたパラメータ解析結果から、クラリスロマイシンは経口投与後ほぼ完全に吸収されていることが示唆された[49]（海外データ）。

5. 分布

(1) 血液－脳関門通過性

該当資料なし

(2) 血液－胎盤関門通過性

該当資料なし

(3) 乳汁への移行性

「Ⅷ-6. 特定の背景を有する患者に関する注意 (6) 授乳婦」の項参照

(4) 髄液への移行性

該当資料なし

(5) その他の組織への移行性

16.3 分布

健康成人における唾液[50]、また、患者における喀痰[51]、気管支分泌物[52]等への移行性を測定した結果、それぞれの組織への移行は良好で、血清中濃度と同等もしくはそれ以上の濃度を示した。また、皮膚[53]、扁桃[54]、上顎洞粘膜[54]等の組織中濃度はほとんどの例で血清中濃度を大きく上まわった。なお、ヒト血清蛋白結合率は 42～50%であった[55]（*in vitro*）。

(6) 血漿蛋白結合率

「Ⅶ-5. 分布 (5) その他の組織への移行性」の項参照

6. 代謝

(1) 代謝部位及び代謝経路

該当資料なし

(2) 代謝に関与する酵素（CYP 等）の分子種、寄与率

16.4 代謝

ヒトにおける主代謝物は 14 位水酸化体であり、血清中には未変化体とほぼ同量存在した[43]。ヒト肝ミクロソームを用いた *in vitro* 試験において、クラリスロマイシンは主として CYP3A で代謝されることが報告されている[56]。［10.、16.7.1 参照］

(3) 初回通過効果の有無及びその割合
該当資料なし

(4) 代謝物の活性の有無及び活性化、存在比率
該当資料なし

7. 排泄

(1) 排泄部位及び経路

16.5 排泄

健康成人にクラリスロマイシン 200mg（力価）を空腹時に単回経口投与し、Bioassay で測定したところ、投与後 24 時間までに投与量の 38.3%が尿中へ排泄された[42]。尿中には主に未変化体及び活性代謝物の 14 位水酸化体が認められた[43]。

(2) 排泄率
「Ⅶ-7. 排泄 (1) 排泄部位及び経路」の項参照

8. トランスポーターに関する情報
該当資料なし

9. 透析等による除去率
該当資料なし

10. 特定の背景を有する患者

16.6.1 腎機能障害患者

腎機能正常者と種々な程度の腎機能障害者にクラリスロマイシン 200mg（力価）を空腹時単回経口投与し、クレアチニンクリアランス（Ccr）とその体内動態との関係を検討した結果、腎機能の低下に伴って C_{max} の上昇、$T_{1/2}$ の延長及び AUC の増加が認められた[57]（測定法：Bioassay）。［9.2 参照］

クレアチニンクリアランス (mL/min)	C_{max} (μg/mL)	T_{max} (hr)	$T_{1/2}$ (hr)	AUC (μg・hr/mL)
Ccr≒100（n＝5）	2.02	1.24	2.38	8.89
Ccr≒50（n＝5）	2.15	1.89	5.74	21.69
Ccr≒30（n＝5）	2.55	0.96	4.69	18.73
Ccr≒5（n＝5）	3.54	1.48	6.13	36.89

16.6.2 高齢者

重篤な基礎疾患のない 66～82 歳（平均 72.2 歳）の女性 3 名にクラリスロマイシン 200mg（力価）を空腹時単回経口投与し、その体内動態を検討した結果、健康成人と比べると T_{max}、$T_{1/2}$ はほぼ同様であったが、C_{max}、AUC は明らかに高かった[58]。［9.8 参照］

	C_{max} (μg/mL)	T_{max} (hr)	$T_{1/2}$ (hr)	AUC (μg・hr/mL)
高齢者（n＝3）	3.72	2.3	4.2	19.20

11. その他

16.7 薬物相互作用

16.7.1 *in vitro* 試験成績

CYP3A、P-gp に対する阻害作用を有する[28]。［10.、16.4 参照］

16.7.2 テオフィリン

健康成人男性にテオフィリンを 400mg 及びクラリスロマイシンを 300mg 併用した結果、併用 5 日目でテオフィリンの血清中濃度は C_{max} で 1.26 倍、AUC で 1.19 倍上昇し、クリアランスは 16.4%減少したが統計的に有意差は認められなかった[59]。

また、気管支喘息患児にテオフィリンを 300～600mg/day で 1 日分 2 経口投与し、更にクラリスロマイシン 600mg/day を 1 日分 2 併用投与した結果、併用 7 日目においてテオフィリンの血清中濃度は有意な上昇を示した[60]。［10.2 参照］

VIII. 安全性（使用上の注意等）に関する項目

1. 警告内容とその理由

設定されていない

2. 禁忌内容とその理由

2. 禁忌（次の患者には投与しないこと）
2.1 本剤に対して過敏症の既往歴のある患者
2.2 ピモジド、エルゴタミン酒石酸塩・無水カフェイン・イソプロピルアンチピリン、ジヒドロエルゴタミンメシル酸塩、スボレキサント、ロミタピドメシル酸塩、タダラフィル〔アドシルカ〕、チカグレロル、イブルチニブ、イバブラジン塩酸塩、ベネトクラクス（再発又は難治性の慢性リンパ性白血病（小リンパ球性リンパ腫を含む）の用量漸増期）、ルラシドン塩酸塩、アナモレリン塩酸塩、フィネレノン、イサブコナゾニウム硫酸塩を投与中の患者［10.1 参照］
2.3 肝臓又は腎臓に障害のある患者でコルヒチンを投与中の患者［9.2.1、9.3.1、10.2 参照］

3. 効能又は効果に関連する注意とその理由

「V-2. 効能又は効果に関連する注意」の項参照

4. 用法及び用量に関連する注意とその理由

「V-4. 用法及び用量に関連する注意」の項参照

5. 重要な基本的注意とその理由

8. 重要な基本的注意
8.1 本剤の使用にあたっては、耐性菌の発現等を防ぐため、原則として感受性を確認し、疾病の治療上必要な最小限の期間の投与にとどめること。［7.1、7.3、7.5 参照］
8.2 血小板減少、汎血球減少、溶血性貧血、白血球減少、無顆粒球症があらわれることがあるので、定期的に検査を行うなど観察を十分に行うこと。［11.1.4 参照］

6. 特定の背景を有する患者に関する注意

(1) 合併症・既往歴等のある患者

9.1 合併症・既往歴等のある患者
9.1.1 他のマクロライド系薬剤に対して過敏症の既往歴のある患者
9.1.2 心疾患のある患者、低カリウム血症のある患者
QT 延長、心室頻拍（Torsade de pointes を含む）、心室細動をおこすことがある。［11.1.2 参照］

(2) 腎機能障害患者

9.2 腎機能障害患者
本剤の血中濃度が上昇するおそれがある。［16.6.1 参照］
9.2.1 腎機能障害患者でコルヒチンを投与中の患者
投与しないこと。コルヒチンの血中濃度上昇に伴う中毒症状が報告されている。［2.3、10.2 参照］

(3) 肝機能障害患者

9.3 肝機能障害患者
肝機能障害を悪化させることがある。［11.1.3 参照］
9.3.1 肝機能障害患者でコルヒチンを投与中の患者
投与しないこと。コルヒチンの血中濃度上昇に伴う中毒症状が報告されている。［2.3、10.2 参照］

(4) 生殖能を有する者

設定されていない

(5) 妊婦

9.5 妊婦

妊婦又は妊娠している可能性のある女性には、治療上の有益性が危険性を上回ると判断される場合にのみ投与すること。動物実験で、母動物に毒性があらわれる高用量において、胎児毒性（心血管系の異常、口蓋裂、発育遅延等）が報告されている。

なお、国外における試験で次のような報告がある。SD 系ラット（15～150mg/kg/日）及び CD-1 系マウス（15～1,000mg/kg/日）において、それぞれ母動物に毒性があらわれる最高用量でラット胎児に心血管系異常並びにマウス胎児に口蓋裂が認められた。また、サル（35～70mg/kg/日）において、母動物に毒性があらわれる 70mg/kg/日で 9 例中 1 例に低体重の胎児がみられたが、外表、内臓、骨格には異常は認められなかった。

また、ラットにクラリスロマイシン（160mg/kg/日）、ランソプラゾール（50mg/kg/日）及びアモキシシリン水和物（500mg/kg/日）を併用投与した試験において、母動物での毒性の増強とともに胎児の発育抑制の増強が認められている。

さらに、ラットにクラリスロマイシン（50mg/kg/日以上）、ラベプラゾールナトリウム（25mg/kg/日）及びアモキシシリン水和物（400mg/kg/日以上）を 4 週間併用投与した試験で、雌で栄養状態の悪化が認められている。

(6) 授乳婦

9.6 授乳婦

治療上の有益性及び母乳栄養の有益性を考慮し、授乳の継続又は中止を検討すること。ヒト母乳中へ移行することが報告されている。

なお、動物実験（ラット）の乳汁中濃度は、血中濃度の約 2.5 倍で推移した。

(7) 小児等

9.7 小児等

低出生体重児及び新生児を対象とした臨床試験は実施していない。

(8) 高齢者

9.8 高齢者

一般に生理機能が低下しており、高い血中濃度が持続するおそれがある。［16.6.2 参照］

7. 相互作用

本剤は主として CYP3A により代謝される。また、本剤は CYP3A、P-糖蛋白質（P-gp）を阻害する。［16.4、16.7.1 参照］

(1) 併用禁忌とその理由

10.1 併用禁忌（併用しないこと）

薬剤名等	臨床症状・措置方法	機序・危険因子
ピモジド[61] 〔オーラップ〕 ［2.2、16.7.1 参照］	QT 延長、心室性不整脈（Torsade de pointes を含む）等の心血管系副作用が報告されている。	本剤の CYP3A に対する阻害作用により、左記薬剤の代謝が阻害され、それらの血中濃度が上昇する可能性がある。
エルゴタミン酒石酸塩・無水カフェイン・イソプロピルアンチピリン 〔クリアミン〕 ジヒドロエルゴタミンメシル酸塩 ［2.2、16.7.1 参照］	血管攣縮等の重篤な副作用をおこすおそれがある。	
スボレキサント 〔ベルソムラ〕 ［2.2、16.7.1 参照］	スボレキサントの血漿中濃度が顕著に上昇し、その作用が著しく増強するおそれがある。	
ロミタピドメシル酸塩 〔ジャクスタピッド〕 ［2.2、16.7.1 参照］	ロミタピドの血中濃度が著しく上昇するおそれがある。	

薬剤名等	臨床症状・措置方法	機序・危険因子
タダラフィル 〔アドシルカ〕 ［2.2、16.7.1 参照］	左記薬剤のクリアランスが高度に減少し、その作用が増強するおそれがある。	本剤の CYP3A に対する阻害作用により、左記薬剤の代謝が阻害され、それらの血中濃度が上昇する可能性がある。
チカグレロル 〔ブリリンタ〕 ［2.2、16.7.1 参照］	チカグレロルの血漿中濃度が著しく上昇するおそれがある。	
イブルチニブ 〔イムブルビカ〕 ［2.2、16.7.1 参照］	イブルチニブの作用が増強するおそれがある。	
イバブラジン塩酸塩 〔コララン〕 ［2.2、16.7.1 参照］	過度の徐脈があらわれることがある。	
ベネトクラクス（再発又は難治性の慢性リンパ性白血病（小リンパ球性リンパ腫を含む）の用量漸増期） 〔ベネクレクスタ〕 ［2.2、16.7.1 参照］	腫瘍崩壊症候群の発現が増強するおそれがある。	
ルラシドン塩酸塩 〔ラツーダ〕 ［2.2、16.7.1 参照］	ルラシドンの血中濃度が上昇し、作用が増強するおそれがある。	
アナモレリン塩酸塩 〔エドルミズ〕 ［2.2、16.7.1 参照］	アナモレリンの血中濃度が上昇し、副作用の発現が増強するおそれがある。	
フィネレノン 〔ケレンディア〕 ［2.2、16.7.1 参照］	フィネレノンの血中濃度が著しく上昇するおそれがある。	
イサブコナゾニウム硫酸塩 〔クレセンバ〕 ［2.2、16.7.1 参照］	イサブコナゾールの血中濃度が上昇し作用が増強するおそれがある。	

(2) 併用注意とその理由

10.2 併用注意（併用に注意すること）

薬剤名等	臨床症状・措置方法	機序・危険因子
ジゴキシン ［16.7.1 参照］	嘔気、嘔吐、不整脈等が報告されているので、ジゴキシンの血中濃度の推移、自覚症状、心電図等に注意し、異常が認められた場合には、投与量を調節する等の適切な処置を行うこと。	本剤の腸内細菌叢に対する影響により、ジゴキシンの不活化が抑制されるか、もしくは P-gp を介したジゴキシンの輸送が阻害されることにより、その血中濃度が上昇する。
スルホニル尿素系血糖降下剤 〔グリベンクラミド グリクラジド グリメピリド 等〕	低血糖（意識障害に至ることがある）が報告されているので、異常が認められた場合には、投与を中止し、ブドウ糖の投与等の適切な処置を行うこと。	機序は不明である。左記薬剤の血中濃度が上昇する可能性がある。

薬剤名等	臨床症状・措置方法	機序・危険因子
カルバマゼピン テオフィリン[59),60)] アミノフィリン水和物 シクロスポリン タクロリムス水和物 エベロリムス ［16.7.1、16.7.2 参照］	左記薬剤の血中濃度上昇に伴う作用の増強等の可能性があるので、左記薬剤の血中濃度の推移等に注意し、異常が認められた場合には、投与量の調節や中止等の適切な処置を行うこと。	本剤の CYP3A に対する阻害作用により、左記薬剤の代謝が阻害される。
アトルバスタチンカルシウム水和物[62)] シンバスタチン[62)] ロバスタチン（国内未承認） ［16.7.1 参照］	左記薬剤の血中濃度上昇に伴う横紋筋融解症が報告されているので、異常が認められた場合には、投与量の調節や中止等の適切な処置を行うこと。腎機能障害のある患者には特に注意すること。	
コルヒチン ［2.3、9.2.1、9.3.1、16.7.1 参照］	コルヒチンの血中濃度上昇に伴う中毒症状（汎血球減少、肝機能障害、筋肉痛、腹痛、嘔吐、下痢、発熱等）が報告されているので、異常が認められた場合には、投与量の調節や中止等の適切な処置を行うこと。	
ベンゾジアゼピン系薬剤 （CYP3A で代謝される薬剤） 〔トリアゾラム[63)] ミダゾラム[64)] 等〕 非定型抗精神病薬 （CYP3A で代謝される薬剤） 〔クエチアピンフマル酸塩 アリピプラゾール ブロナンセリン 等〕 ジソピラミド トルバプタン エプレレノン エレトリプタン臭化水素酸塩 カルシウム拮抗剤 （CYP3A で代謝される薬剤） 〔ニフェジピン ベラパミル塩酸塩 等〕 リオシグアト ジエノゲスト ホスホジエステラーゼ 5 阻害剤 〔シルデナフィルクエン酸塩[65)] タダラフィル 〔シアリス、ザルティア〕 等〕 クマリン系抗凝血剤 ワルファリンカリウム ドセタキセル水和物 アベマシクリブ[66)] オキシコドン塩酸塩水和物[67)] フェンタニル／フェンタニルクエン酸塩 ［16.7.1 参照］	左記薬剤の血中濃度上昇に伴う作用の増強等の可能性があるので、異常が認められた場合には、投与量の調節や中止等の適切な処置を行うこと。 なお、トルバプタンにおいては、本剤との併用は避けることが望ましいとされており、やむを得ず併用する場合においては、トルバプタンの用量調節を特に考慮すること。	

薬剤名等	臨床症状・措置方法	機序・危険因子
ベネトクラクス（再発又は難治性の慢性リンパ性白血病（小リンパ球性リンパ腫を含む）の維持投与期、急性骨髄性白血病） ［16.7.1 参照］	ベネトクラクスの副作用が増強するおそれがあるので、ベネトクラクスを減量するとともに、患者の状態を慎重に観察すること。	本剤の CYP3A に対する阻害作用により、左記薬剤の代謝が阻害される。
抗凝固剤 （CYP3A で代謝され、P-gp で排出される薬剤） 〔アピキサバン リバーロキサバン〕 （P-gp で排出される薬剤） 〔ダビガトランエテキシラート エドキサバントシル酸塩水和物〕 ［16.7.1 参照］	左記薬剤の血中濃度上昇に伴う作用の増強等の可能性があるので、異常が認められた場合には、投与量の調節や中止等の適切な処置を行うこと。	本剤の CYP3A 及び P-gp に対する阻害作用により、左記薬剤の代謝及び排出が阻害される。 本剤の P-gp に対する阻害作用により、左記薬剤の排出が阻害される。
イトラコナゾール[68] HIV プロテアーゼ阻害剤 〔リトナビル[69] ロピナビル・リトナビル ダルナビルエタノール付加物等〕 ［16.4、16.7.1 参照］	本剤の未変化体の血中濃度上昇による作用の増強等の可能性がある。 また、イトラコナゾールの併用においては、イトラコナゾールの血中濃度上昇に伴う作用の増強等の可能性がある。 異常が認められた場合には、投与量の調節や中止等の適切な処置を行うこと。	本剤と左記薬剤の CYP3A に対する阻害作用により、相互に代謝が阻害される。
リファブチン[70] エトラビリン[71] ［16.4、16.7.1 参照］	左記薬剤の血中濃度上昇に伴う作用の増強等の可能性がある。 また、本剤の未変化体の血中濃度が低下し、活性代謝物の血中濃度が上昇し、本剤の作用が減弱する可能性がある。 異常が認められた場合には、投与量の調節や中止等の適切な処置を行うこと。	本剤の CYP3A に対する阻害作用により、左記薬剤の代謝が阻害される。 また、左記薬剤の CYP3A4 に対する誘導作用により、本剤の代謝が促進される。
リファンピシン[72] エファビレンツ ネビラピン ［16.4、16.7.1 参照］	本剤の未変化体の血中濃度が低下し、活性代謝物の血中濃度が上昇する可能性がある。本剤の作用が減弱する可能性があるので、投与量の調節や中止等の適切な処置を行うこと。	左記薬剤の CYP3A4 に対する誘導作用により、本剤の代謝が促進される。
天然ケイ酸アルミニウム[73]	本剤の吸収が低下するとの報告がある。	左記薬剤の吸着作用によるものと考えられる。

8. 副作用

11. 副作用

次の副作用があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止するなど適切な処置を行うこと。

(1) 重大な副作用と初期症状

11.1 重大な副作用

11.1.1 **ショック、アナフィラキシー**（いずれも頻度不明）
呼吸困難、痙攣、発赤等があらわれることがある。

11.1.2 **QT 延長、心室頻拍（Torsade de pointes を含む）、心室細動**（いずれも頻度不明）
QT 延長等の心疾患のある患者、低カリウム血症のある患者においては特に注意すること。[9.1.2 参照]

11.1.3 **劇症肝炎、肝機能障害、黄疸、肝不全**（いずれも頻度不明）
劇症肝炎、AST、ALT、γ-GTP、LDH、Al-P の上昇等を伴う肝機能障害、黄疸、肝不全があらわれることがある。[9.3 参照]

11.1.4 **血小板減少、汎血球減少、溶血性貧血、白血球減少、無顆粒球症**（いずれも頻度不明）
[8.2 参照]

11.1.5 **中毒性表皮壊死融解症（Toxic Epidermal Necrolysis：TEN）、皮膚粘膜眼症候群（Stevens-Johnson 症候群）、多形紅斑**（いずれも頻度不明）
異常が認められた場合には、投与を中止し、副腎皮質ホルモン剤の投与等の適切な処置を行うこと。

11.1.6 **PIE 症候群・間質性肺炎**（いずれも頻度不明）
発熱、咳嗽、呼吸困難、胸部 X 線異常、好酸球増多等があらわれることがある。このような症状があらわれた場合には、投与を中止し、副腎皮質ホルモン剤の投与等の適切な処置を行うこと。

11.1.7 **偽膜性大腸炎、出血性大腸炎**（いずれも頻度不明）
偽膜性大腸炎、出血性大腸炎等の重篤な大腸炎があらわれることがある。腹痛、頻回の下痢があらわれた場合には、投与を中止し、適切な処置を行うこと。

11.1.8 **横紋筋融解症**（頻度不明）
筋肉痛、脱力感、CK 上昇、血中及び尿中ミオグロビン上昇があらわれることがある。横紋筋融解症による急性腎障害の発症に注意すること。

11.1.9 **痙攣**（頻度不明）
痙攣（強直間代性、ミオクロヌス、意識消失発作等）があらわれることがある。

11.1.10 **急性腎障害、尿細管間質性腎炎**（いずれも頻度不明）
乏尿等の症状や血中クレアチニン値上昇等の腎機能低下所見が認められた場合には、投与を中止し、適切な処置を行うこと。

11.1.11 **IgA 血管炎**（頻度不明）

11.1.12 **薬剤性過敏症症候群**[74]（頻度不明）
初期症状として発疹、発熱がみられ、さらに肝機能障害、リンパ節腫脹、白血球増加、好酸球増多、異型リンパ球出現等を伴う遅発性の重篤な過敏症状があらわれることがある。投与中止後も発疹、発熱、肝機能障害等の症状が再燃あるいは遷延化することがあるので注意すること。

(2) その他の副作用

11.2 その他の副作用

〈一般感染症〉

	0.1～5%未満	0.1%未満	頻度不明
過敏症	発疹	そう痒感	
精神神経系		めまい 頭痛	幻覚 失見当識 意識障害 せん妄 躁病 眠気 振戦 しびれ（感） 錯感覚 不眠

	0.1～5%未満	0.1%未満	頻度不明
感覚器		味覚異常（にがみ等）	耳鳴 聴力低下 嗅覚異常
消化器	悪心 嘔吐 胃部不快感 腹部膨満感 腹痛 下痢	食欲不振 軟便 口内炎 舌炎 口渇	口腔内びらん 胸やけ 歯牙変色 舌変色
血液	好酸球増多		
肝臓	AST 上昇 ALT 上昇 γ-GTP 上昇 LDH 上昇 Al-P 上昇		
筋・骨格			筋肉痛
その他		倦怠感 浮腫 カンジダ症 発熱	動悸 CK 上昇 脱毛 頻尿 低血糖

〈非結核性抗酸菌症〉

	5～10%未満	1～5%未満	頻度不明
精神神経系		不眠症	頭痛 めまい 激越 神経過敏症 感覚異常 痙攣 妄想 幻覚 運動過多 躁病反応 偏執反応 末梢神経炎 精神病
感覚器		味覚減退	味覚倒錯 難聴 耳鳴 味覚喪失 結膜炎
皮膚		発疹	そう痒感 斑状丘疹状皮疹 ざ瘡 帯状疱疹 紫斑皮疹 光線過敏性反応 発汗

	5～10%未満	1～5%未満	頻度不明
消化器	下痢	悪心 食欲不振 腹痛 嘔吐 逆流性食道炎	鼓腸放屁 消化不良 便秘 おくび 口渇 舌炎 舌変色
血液		白血球減少 貧血 再生不良性貧血 好中球減少 骨髄機能不全	
肝臓	肝機能異常	γ-GTP 上昇 Al-P 上昇	AST 上昇 ALT 上昇 胆汁うっ滞性黄疸 肝炎 ビリルビン上昇
腎臓		急性腎障害	BUN 上昇 クレアチニン上昇
生殖器		子宮頸部上皮異形成	膣カンジダ症
筋・骨格			筋肉痛 関節痛
その他		高脂血症 トリグリセリド上昇 高尿酸血症 低カリウム血症 徐脈	無力症 アミラーゼ上昇 カンジダ症 疼痛 しゃっくり 発熱 胸痛 さむけ 酵素上昇

後天性免疫不全症候群（エイズ）に伴う播種性 MAC 症を対象とした試験で認められた副作用である。
頻度は承認時の国内臨床試験及び製造販売後の使用成績調査の合算に基づいている。

〈ヘリコバクター・ピロリ感染症〉

	5%以上	1～5%未満	1%未満
過敏症		発疹	そう痒
精神神経系			頭痛 しびれ感 めまい 眠気 不眠 うつ状態

	5%以上	1～5%未満	1%未満
消化器	下痢（15.5%） 軟便（13.5%） 味覚異常	腹痛 腹部膨満感 口内炎 便秘 食道炎	口渇 悪心 舌炎 胃食道逆流 胸やけ 十二指腸炎 嘔吐 痔核 食欲不振
血液		好中球減少 好酸球増多	貧血 白血球増多 血小板減少
肝臓		AST 上昇 ALT 上昇 LDH 上昇 γ-GTP 上昇	Al-P 上昇 ビリルビン上昇
その他		尿蛋白陽性 トリグリセリド上昇 総コレステロール上昇・減少	尿糖陽性 尿酸上昇 倦怠感 熱感 動悸 発熱 QT 延長 カンジダ症 浮腫 血圧上昇 霧視

表中の副作用は胃潰瘍・十二指腸潰瘍における除菌療法（3 剤併用：プロトンポンプインヒビターがランソプラゾール、オメプラゾール、ラベプラゾールナトリウムの場合）の承認時の国内臨床試験成績（アモキシシリン水和物及びオメプラゾールとの併用の場合の用法・用量変更時の製造販売後臨床試験を含む）に基づいている。

9. 臨床検査結果に及ぼす影響

12. 臨床検査結果に及ぼす影響

〈ヘリコバクター・ピロリ感染症〉

ランソプラゾール等のプロトンポンプインヒビターやアモキシシリン水和物、クラリスロマイシン等の抗生物質の服用中や投与終了直後では、^{13}C-尿素呼気試験の判定結果が偽陰性になる可能性があるため、^{13}C-尿素呼気試験による除菌判定を行う場合には、これらの薬剤の投与終了後 4 週以降の時点で実施することが望ましい。

10. 過量投与

設定されていない

11. 適用上の注意

14. 適用上の注意

14.1 薬剤交付時の注意

PTP 包装の薬剤は PTP シートから取り出して服用するよう指導すること。PTP シートの誤飲により、硬い鋭角部が食道粘膜へ刺入し、更には穿孔をおこして縦隔洞炎等の重篤な合併症を併発することがある。

12. その他の注意

(1) 臨床使用に基づく情報

該当資料なし

(2) 非臨床試験に基づく情報

15.2 非臨床試験に基づく情報

ラットにアモキシシリン水和物（2,000mg/kg/日）とランソプラゾール（15mg/kg/日以上）の 4 週間併用経口投与した試験、及びイヌにアモキシシリン水和物（500mg/kg/日）、ランソプラゾール（100mg/kg/日）、クラリスロマイシン（25mg/kg/日）の 4 週間併用経口投与した試験で、アモキシシリン水和物を単独あるいは併用投与した動物に結晶尿が認められているが、結晶はアモキシシリン水和物が排尿後に析出したものであり、体内で析出したものではないことが確認されている。

IX. 非臨床試験に関する項目

1. 薬理試験

(1) 薬効薬理試験

（「VI. 薬効薬理に関する項目」参照）

(2) 安全性薬理試験

該当資料なし

(3) その他の薬理試験

該当資料なし

2. 毒性試験

(1) 単回投与毒性試験

該当資料なし

(2) 反復投与毒性試験

該当資料なし

(3) 遺伝毒性試験

該当資料なし

(4) がん原性試験

該当資料なし

(5) 生殖発生毒性試験

該当資料なし

(6) 局所刺激性試験

該当資料なし

(7) その他の特殊毒性

該当資料なし

X. 管理的事項に関する項目

1. 規制区分

製　　剤：クラリスロマイシン錠 200mg「NPI」　処方箋医薬品[注)]

注）注意－医師等の処方箋により使用すること

有効成分：該当しない

2. 有効期間

3 年

3. 包装状態での貯法

貯法：室温保存

4. 取扱い上の注意

設定されていない

5. 患者向け資材

患者向医薬品ガイド：無し

くすりのしおり：有り

6. 同一成分・同効薬

同一成分薬：クラリス錠 50 小児用、クラリス錠 200、クラリシッド錠 50mg 小児用、クラリシッド錠 200mg

同　効　薬：アジスロマイシン、スピラマイシン、エリスロマイシン、酢酸ミデカマイシン、ジョサマイシン、スピラマイシン、ミデカマイシン、ロキシスロマイシン

7. 国際誕生年月日

1989 年 7 月 17 日

8. 製造販売承認年月日及び承認番号、薬価基準収載年月日、販売開始年月日

販売名	製造販売承認年月日	承認番号	薬価基準収載年月日	販売開始年月日
クラリスロマイシン錠 200mg「NPI」	2006 年 3 月 15 日	21800AMY10077000	2006 年 7 月 7 日	

9. 効能又は効果追加、用法及び用量変更追加等の年月日及びその内容

［用法及び用量追加］

2007 年 3 月 23 日　クラリスロマイシン錠 200mg「NPI」
「胃潰瘍・十二指腸潰瘍におけるヘリコバクター・ピロリ感染（アモキシシリン水和物及びオメプラゾールとの併用）」

［効能又は効果追加］

2009 年 11 月 2 日　クラリスロマイシン錠 200mg「NPI」
「マイコバクテリウム・アビウムコンプレックス（MAC）症を含む非結核性抗酸菌症」

［効能又は効果追加］

2010 年 11 月 10 日　クラリスロマイシン錠 200mg「NPI」
「胃 MALT リンパ腫、特発性血小板減少性紫斑病、早期胃癌に対する内視鏡的治療後胃におけるヘリコバクター・ピロリ感染症」

［用法及び用量追加］

2011 年 7 月 25 日　クラリスロマイシン錠 200mg「NPI」
「胃潰瘍・十二指腸潰瘍におけるヘリコバクター・ピロリ感染（アモキシシリン水和物及びラベプラゾールナトリウム・エソメプラゾールとの併用）」

［効能又は効果追加］
2013 年 6 月 18 日　クラリスロマイシン錠 200mg「NPI」
「ヘリコバクター・ピロリ感染胃炎」

10. 再審査結果、再評価結果公表年月日及びその内容
該当しない

11. 再審査期間
該当しない

12. 投薬期間制限に関する情報
本剤は、投薬（あるいは投与）期間に関する制限は定められていない。

13. 各種コード

販売名	厚生労働省薬価基準収載医薬品コード	個別医薬品コード（YJ コード）	HOT（9 桁）番号	レセプト電算処理システム用コード
クラリスロマイシン錠 200mg「NPI」	6149003F2011	6149003F2070	117416801	620003929

14. 保険給付上の注意
本剤は診療報酬上の後発医薬品である。

XI. 文献

1. 引用文献

1) (財)日本公定書協会編：医療用医薬品品質情報集(Orange Book No.13)
2) 日本薬品工業株式会社：安定性に関する資料（社内資料）
3) 日本薬品工業株式会社：無包装状態での安定性に関する資料（社内資料）
4) 日本薬品工業株式会社：溶出に関する資料（社内資料）
5) 厚生労働省健康局結核感染症課編：抗微生物薬適正使用の手引き
6) Griffith DE, et al.：Am J Respir Crit Care Med. 2007；175(4)：367-416.
7) 野原望ほか：Chemotherapy. 1989；37(2)：172-199.
8) 原耕平ほか：Chemotherapy. 1989；37(2)：200-225.
9) 原耕平ほか：Chemotherapy. 1989；37(3)：314-335.
10) 河村正三ほか：耳鼻と臨床. 1989；35(1)：134-151.
11) 馬場駿吉ほか：耳鼻と臨床. 1989；35(1)：113-133.
12) 佐々木次郎ほか：Jpn J Antibiot. 1989；42(4)：983-1013.
13) 後天性免疫不全症候群（エイズ）に伴う播種性 MAC 症に対する臨床試験（クラリス錠 200・クラリシッド錠 200mg：1998 年 9 月 30 日承認、調査報告書）
14) 後天性免疫不全症候群（エイズ）に伴う播種性 MAC 症に対する有効率（クラリス錠 200・クラリシッド錠 200mg：2011 年 3 月 25 日、再審査報告書）
15) Asaka M, et al.：Helicobacter. 2001；6(3)：254-261.
16) Schwartz H, et al.：Am J Gastroenterol. 1998；93(4)：584-590.
17) Fennerty MB, et al.：Arch Intern Med. 1998；158(15)：1651-1656.
18) Misiewicz JJ, et al.：Gut. 1997；41(6)：735-739.
19) 外国における成績（ クラリス錠２００・クラリシッド錠 200mg：2000 年 9 月 22 日承認、申請資料概要申請資料概要ト.4.2.（1）
20) Kuwayama H, et al.：Clin Drug Invest. 2005；25(5)：293-305.
21) Higuchi K, et al.：Clin Drug Invest. 2006；26(7)：403-414.
22) Lind T, et al.：Helicobacter. 1996；1(3)：138-144.
23) Malfertheiner P, et al.：Aliment Pharmacol Ther.1999；13(6)：703-712.
24) Kuwayama H, et al.：Aliment Pharmacol Ther. 2007；25(9)：1105-1113.
25) 国内第Ⅲ相試験（クラリス錠 200・クラリシッド錠 200mg：2007 年 1 月 26 日承認、申請資料概要 2.7.3.2）
26) 欧州第Ⅲ相試験（クラリス錠 200・クラリシッド錠 200mg：2007 年 1 月 26 日承認、申請資料概要 2.7.6.5）
27) 米国第Ⅲ相試験（クラリス錠 200・クラリシッド錠 200mg：2007 年 1 月 26 日承認、申請資料概要 2.7.6.6）
28) 第十八改正日本薬局方解説書 C-1597-1605，廣川書店，東京，2021
29) 懸川友人ほか：Chemotherapy. 1988；36(S-3)：123-128.
30) 小野武夫ほか：Chemotherapy. 1988；36(S-3)：1-34.
31) 五島瑳智子ほか：Chemotherapy. 1988；36(S-3)：35-58.
32) 横田健ほか：Chemotherapy. 1988；36(S-3)：59-70.
33) 西野武志ほか：Chemotherapy. 1988；36(S-3)：95-110.
34) 長手尊俊ほか：Chemotherapy. 1988；36(S-3)：129-155.
35) 加藤直樹ほか：Chemotherapy. 1988；36(S-3)：71-81.
36) 吉沢花子ほか：Chemotherapy. 1988；36(S-3)：117-122.
37) 洲崎健ほか：Chemotherapy. 1988；36(S-3)：111-116.
38) Brown BA, et al.：Antimicrob Agents Chemother. 1992；36(9)：1987-1990.
39) Cederbrant G, et al.：J Antimicrob Chemother. 1994；34(6)：1025-1029.
40) 長手尊俊ほか：Chemotherapy. 1988；36(S-3)：156-169.
41) Cohen Y, et al.：Antimicrob Agents Chemother. 1992；36(10)：2104-2107.

42) 諏訪俊男ほか：Chemotherapy. 1988；36(12)：921-932.
43) 諏訪俊男ほか：Chemotherapy. 1988；36(12)：933-940.
44) ランソプラゾール、アモキシシリン併用反復経口投与時の薬物動態（クラリス錠 200・クラリシッド錠 200mg：2000 年 9 月 22 日承認、申請資料概要申請資料概要へ.3.（1）
45) オメプラゾール、アモキシシリン併用反復経口投与時の薬物動態（クラリス錠 200・クラリシッド錠 200mg：2002 年 4 月 11 日承認、申請資料概要へ.3.（3）.②）
46) ラベプラゾール、アモキシシリン併用反復経口投与時の薬物動態（クラリス錠 200・クラリシッド錠 200mg：2007 年 1 月 26 日承認、申請資料概要 2.7.6.1）
47) ボノプラザン、アモキシシリン併用反復経口投与時の薬物動態（タケキャブ錠 10mg・タケキャブ錠 20mg：2014 年 12 月 26 日承認、申請資料概要 2.7.6.12）
48) 日本薬品工業株式会社：生物学的同等性に関する資料（社内資料）
49) Chu SY, et al.：Antimicrob Agents Chemother. 1992；36(5)：1147-1150.
50) 佐々木次郎ほか：Chemotherapy. 1988；36(S-3)：1058-1073.
51) 古賀宏延ほか：Chemotherapy. 1988；36(S-3)：698-714.
52) 力富直人ほか：Chemotherapy. 1988；36(S-3)：715-728.
53) 塙伸太郎ほか：Chemotherapy. 1988；36(S-3)：950-954.
54) 宮崎康博ほか：Chemotherapy. 1988；36(S-3)：926-934.
55) 諏訪俊男ほか：Chemotherapy. 1988；36(S-3)：213-226.
56) Suzuki A, et al.：Drug Metab Pharmacokin. 2003；18(2)：104-113.
57) 瀧井昌英ほか：Chemotherapy. 1989；37(1)：15-21.
58) 足立暁ほか：Chemotherapy. 1988；36(S-3)：660-666.
59) 二木芳人ほか：Chemotherapy. 1988；36(S-3)：515-520.
60) 辻本善樹ほか：日本小児アレルギー学会誌. 1989；3(1)：48-55.
61) Desta Z, et al.：Clin Pharmacol Ther. 1999；65(1)：10-20.
62) Jacobson TA.：Am J Cardiol. 2004；94(9)：1140-1146.
63) Greenblatt DJ, et al.：Clin Pharmacol Ther. 1998；64(3)：278-285.
64) Yeates RA, et al.：Int J Clin Pharmacol Ther. 1997；35(12)：577-579.
65) Hedaya MA, et al.：Biopharm Drug Dispos. 2006；27(2)：103-110.
66) Kulanthaivel P, et al.：Cancer Res. 2016；76(14suppl)：CT153.
67) Liukas A, et al.：J Clin Psychopharmacol. 2011；31(3)：302-308.
68) Hardin TC, et al.：Pharmacotherapy. 1997；17(1)：195.
69) Ouellet D, et al.：Clin Pharmacol Ther. 1998；64(4)：355-362.
70) Hafner R, et al.：Antimicrob Agents Chemother. 1998；42(3)：631-639.
71) Kakuda TN, et al.：J Antimicrob Chemother. 2014；69(3)：728-734.
72) Wallace RJ Jr, et al.：J Infect Dis. 1995；171(3)：747-750.
73) 高橋賢成ほか：臨床薬理. 1995；26(1)：149-150.
74) 厚生労働省：重篤副作用疾患別対応マニュアル　薬剤性過敏症症候群
75) 日本薬品工業株式会社：粉砕後の安定性に関する資料（社内資料）
76) 日本薬品工業株式会社：簡易懸濁法に関する資料（社内資料）

2. その他の参考文献

XII. 参考資料

1. 主な外国での発売状況

該当しない

2. 海外における臨床支援情報

該当資料なし

XIII. 備考

1. 調剤・服薬支援に際して臨床判断を行うにあたっての参考情報

本項の情報に関する注意：本項には承認を受けていない品質に関する情報が含まれる。試験方法等が確立していない内容も含まれており、あくまでも記載されている試験方法で得られた結果を事実として提示している。医療従事者が臨床適用を検討する上での参考情報であり、加工等の可否を示すものではない。

掲載根拠：「医療用医薬品の販売情報提供活動に関するガイドラインに関する Q&A について（その 3)」（令和元年 9 月 6 日付 厚生労働省医薬・生活衛生局監視指導・麻薬対策課事務連絡）

(1) 粉砕

粉砕後安定性試験 [75)]

〔試験項目〕
定量法

〔結果〕

販売名	保存条件	保存期間	保存形態	結果
クラリスロマイシン錠 200mg「ケミファ」	成り行き温・湿度 室内散乱光下	4 週	シャーレ（開放）	変化なし

(2) 崩壊・懸濁性及び経管投与チューブの通過性 [76)]

〔試験方法〕
崩壊懸濁試験：シリンジ内に錠剤を 1 錠入れ、55℃の温湯 20mL を吸い取り、5 分間放置した後、シリンジを 90 度 15 往復横転し、崩壊・懸濁の状況を観察した。
通 過 性 試 験：崩壊懸濁試験で得られた懸濁液を、8Fr.の経管チューブで注入し、通過性を観察した。

〔結果〕
崩壊懸濁試験：5 分以内に崩壊・懸濁した。
通 過 性 試 験：8Fr.チューブを通過した。

2. その他の関連資料

該当資料なし