

宮県薬 27 号
令和 2 年 6 月 23 日

会 員 各 位

一般社団法人宮城県薬剤師会
会 長 山 田 卓 郎



令和 2 年度医薬品計画的試験検査実施について

本会の運営につきましては、日頃から多大の御協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、令和 2 年度医薬品計画的試験検査につきましては、令和 2 年 7 月 27 日から令和 2 年 9 月 4 日までの受付予定で実施することとなりました。

別紙の実施要領に御留意の上、ご協力お願い申し上げます。

なお、賛助会員各位にあっては、適宜ご判断の上ご参加いただければ幸いです。

記

1. 提出期限

試験検査を円滑かつ効率的に実施するため、検体は別紙の実施要領で指定する期限内に提出していただきますようお願いいたします。

2. 提出先

提出先につきましては、別紙に記載してあります、試験検査検体提出先一覧をご参照下さい。所属されている地区またはブロック・班の提出先へ提出していただきますようお願いいたします。

尚、賛助会員の方は、直接本会に送付または持参して下さい。

3. 問い合わせ先

医薬品試験センター：塩野

Tel:022-391-1180 Fax:022-391-6640

e-mail: shiken@mypha.or.jp

実施要領等は、県薬剤師会のホームページから入手できます。

<http://www.mypha.or.jp/business/medicine.html> (会員のページへ)

令和2年度医薬品計画的試験検査実施要領

1. 医薬品計画的試験検査の目的等

(1)目的

医薬品計画的試験検査は、流通医薬品の品質確保、製剤学的同等性の確認、服薬指導の根拠となるデータの収集、調剤技術向上のための試験データ収集を目的に、試験検査の品目および項目を選定し、実施してきました。今年度の計画的試験検査につきましても、溶出試験及びpH・浸透圧測定を実施致します。また、薬局製剤の確認試験も併せて実施いたします。

(2)選定理由

溶出試験の実施品目の一品目は、日本薬局方バルプロ酸ナトリウム錠を試験致します。後発品が多く販売されており、品質に関し比較・検討の必要性があると考えております。

二品目は日本薬局方クラリスロマイシン錠を試験いたします。一品目のバルプロ酸ナトリウム錠と同様、後発品が多く販売されており、品質確認の必要性があると考えております。

また、本年度も点眼液のpH及び浸透圧測定を実施致します。

加えて、薬局製剤に関しましては、今回も鎮咳去痰剤8号を実施いたします。

品目名	試験項目	選定理由
a. 日本薬局方 バルプロ酸ナトリウム錠	溶出試験	後発品が販売されており、品質の確認の為。
b. 日本薬局方 クラリスロマイシン錠	溶出試験	後発品が販売されており、品質の確認の為。
c. 点眼剤	pH/浸透圧試験	刺激性のある点眼剤があるため。
d. 薬局製剤 鎮咳去痰剤8号	規格試験	薬局製剤を製造・販売する薬局から複数要望があったため。

(3)試験検査結果の公益的利用及び学術研究利用について

医薬品計画的試験検査の結果の公益的、あるいは学術研究を目的とした利用をはかり、会員の皆様方に有益な情報の提供を目指しております。申込関係書類一切に含まれる住所、氏名、その他の記述により特定の個人（法人）を識別できる情報等は、「個人情報の保護に関する法律」にしたがって適正に管理・取扱い、秘密を厳守するとともに、ご依頼者の承諾なしに公表致しません。

2. 試験対象品目及び試験検査項目と提出数量

(1) 実施品目及び試験項目

次の表のa～dの品目のうち1つを選び、同じ製造番号のものを提出願います。

試験項目	品目名	含有量	提出数量
溶出試験	a. 日本薬局方 バルプロ酸ナトリウム錠*	100mg/ 200mg	30錠 (PTPシート)
	b. 日本薬局方 クラリスロマイシン錠	50mg/ 200mg	
pH・浸透圧比	c. 点眼剤	指定なし	5mL×2本**
規格試験	d. 鎮咳去痰剤8号***	—	10g

* 徐放錠は除外させていただきます。

** 提出総量が10mL以上となるようにしてください。

*** その他の品目について試験検査を希望される場合は、医薬品試験センターまでお問い合わせください。

(2) その他

a～dに該当する製品の在庫がない等の理由で、前記以外の検体について試験検査を希望される場合は、事前に医薬品試験センターまでご相談下さい。品目や試験項目により検査をお受けできない場合もございます。ご了承下さい。

3. 提出期限について

検体の受付期間は、令和2年7月27日～令和2年9月4日と致します。各地区またはブロック・班ごとに提出期限を設定していますので、別紙の『試験検査検体提出先及び提出期限について』をご参照の上、ご協力いただきますようお願いいたします。

4. 検体の提出先等

(1) 検体は、別紙の表をご確認の上、所属されている地区またはブロック・班へご提出（郵送あるいは持参）下さい。

(2) 申込書に必要事項を記入し、検体にはご依頼者（薬局名等）が特定できるように表示をお願いいたします。

5. 連絡先

一般社団法人宮城県薬剤師会 医薬品試験センター（担当：塩野）

〒989-3126 仙台市青葉区落合 2-15-26

Tel. 022-391-1180 Fax. 022-391-6640

e-mail: shiken@mypha.or.jp

令和2年度医薬品計画の試験検査申込書

一般社団法人宮城県薬剤師会
会長 山田 卓郎 殿

受付 (試験センター記入)	受付日： 年 月 日	受付番号：	
試験検体提出日	令和 年 月 日		
依頼者	地区名：		
	薬局名：		
	住所：〒		
	電話番号：		
	FAX：		
	管理薬剤師氏名：		
	薬局開設者：		
試験検体詳細	製品名：	成分： <input type="checkbox"/> バルプロ酸ナトリウム <input type="checkbox"/> クラリスロマイシン <input type="checkbox"/> 点眼剤 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	製造販売元：		
	販売元 発売元：		
	提出数量：		
	製造番号：	含有量：	
	剤型： <input type="checkbox"/> 錠剤 <input type="checkbox"/> 点眼剤 <input type="checkbox"/> 散剤 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	使用期限： 年 月 日 (使用期限内のものとする)		
試験検査項目	<input type="checkbox"/> 溶出試験 <input type="checkbox"/> pH, 浸透圧測定 <input type="checkbox"/> その他 ()		

(裏面に続く)

*別紙 試験検査検体提出先及び提出期限について

(敬称略)

地区名	提出先	提出期限	地区名	提出先	提出期限	
仙台地区	青葉 一班 仙臺薬局 小泉 運治 〒980-0021 仙台市青葉区中央1-6-1 Herb SENDAIビル1階 TEL:022-222-8778	7/27~ 7/31	仙南	コスモ薬局内 仙南薬剤師会事務所 〒981-1505 角田市角田字町246 TEL:0224-61-1201	8/24~ 8/28	
	青葉 二班 おいで薬局仙台店 生出 拓郎 〒980-0011 仙台市青葉区上杉1-9-14 TEL:022-265-7755		岩沼	森薬局 森 建夫 〒989-2111 亶理郡山元町坂元字町56 TEL:0223-38-0334		
	青葉 三班 宮川薬局 宮川 季士 〒981-0961 仙台市青葉区桜ヶ丘2-2-11 TEL:022-279-5420		塩釜	塩釜地区薬剤師会 〒985-0052 塩釜市本町3-6 ビルナウ8 TEL:022-366-9751		
	宮城野 ブロック 調剤薬局ふあるまブリエ 森川 昭正 〒983-0803 仙台市宮城野区小田原1-4-33 キャピタル小田原1階 TEL:022-762-5331		石巻	一般社団法人石巻薬剤師会 〒986-0859 石巻市大街道西2丁目1-23 TEL:0225-93-2511		
	若林 ブロック すずらん薬局 北村 哲治 〒984-0831 仙台市若林区沖野5-8-1 TEL:022-285-5160	8/17~ 8/21	大崎	ほなみ薬局 千田 利彦 〒989-6136 大崎市古川穂波6-30-41 TEL:0229-21-0501		8/31~ 9/4
	太白 ブロック アイビー薬局富沢店 斉藤 正典 〒982-0032 仙台市太白区富沢4-6-1 SK20ビル101 TEL:022-746-5888		気仙沼	グリーン薬局 畠山 洋子 〒988-0056 気仙沼市上田中2-1-2 TEL:0226-22-1720		
	泉 ブロック 泉しょうげん薬局 千葉 美和 〒981-3132 仙台市泉区将監8-15-29 TEL:022-772-6788		栗原	今秀薬局中央店 今野 敏昭 〒987-2272 栗原市築館留場桜町18-1 TEL:0228-22-2017		
黒川 もみじヶ丘薬局 笠原 純子 〒981-3622 黒川郡大和町もみじヶ丘1-9-6 TEL:022-348-0855	登米		ウジエ調剤薬局佐沼店 〒987-0511 登米市迫町佐沼字江合1-8-5 TEL:0220-21-5567			

注：賛助会員に関しましては、7/27~10/31まで受付を致します。宮城県薬剤師会まで郵送又は直接持参いただきますよう、お願い致します。