

関係各位

薬局だより

薬剤部 医薬品情報管理

定例薬事委員会において新規採用薬品等を下記のように決定いたしました。

1) 新規採用薬品

・全科新規採用薬品: 下記の通り

依頼科	薬品名	成分	メーカー	用法用量	適応症
消化器 内科	ビオフェルミン散剤 (薬価: 6.30/g)	1g: ビフィズス菌 12mg	大正 製薬	通常, 成人1日3~6gを3回に分割経口投与する。なお, 年齢, 症状により適宜増減する。	腸内菌叢の異常による諸症状の改善

・診療科限定新規採用薬品: 下記の通り

依頼科	薬品名	成分	メーカー	用法用量	適応症
小児科	コミナティ筋注シリンジ12歳以上用 (薬価無し)	0.3mL: SARS-CoV-2のスパイクタンパク質をコードするmRNA 0.030mg (RNA総量として)	ファイザー	1回0.3mLを筋肉内に接種する。	SARS-CoV-2による感染症の予防
小児科	スパイクバックス筋注 (薬価無し)	0.5mL: SARS-CoV-2のスパイクタンパク質をコードするmRNA 0.05mg	モデルナ ・ジャパン	《12歳以上の者》 1回0.5mLを筋肉内に接種する。 《5歳以上12歳未満の者》 1回0.25mLを筋肉内に接種する。 《生後6か月以上5歳未満の者》 初回免疫として, 1回0.25mLを2回, 通常, 4週間の間隔をおいて, 筋肉内に接種する。	SARS-CoV-2による感染症の予防
血液・腫瘍 内科	アトガム点滴静注250mg (薬価: 75,467/管)	1アンプル(5mL): 抗ヒト胸腺細胞ウマ免疫グロブリン 250mg	ファイザー	通常, 1日1回体重1kgあたり抗ヒト胸腺細胞ウマ免疫グロブリンとして40mgを緩徐に点滴静注する。投与期間は4日間とする。	中等症以上の再生不良性貧血
循環器 内科	エゼアト配合錠HD「JG」 (薬価: 63.20/錠)	1錠: エゼチミブ 10.0mg 日局 アトルバスタチンカルシウム水和物 21.7mg (アトルバスタチンとして20mg)	日本 ジェネ リック	通常, 成人には1日1回1錠(エゼチミブ/アトルバスタチンとして10mg/20mg)を食後に経口投与する。	高コレステロール血症、 家族性高コレステロール血症

2) 診療科限定追加薬品: 下記の通り

依頼科	薬品名	成分	メーカー	用法用量	適応症
循環器内科	ケレンディア錠10mg (薬価:143.90/錠)	1錠:フィネレノン 10mg	バイエル	通常,成人にはフィネレノンとして以下の用量を1日1回経口投与する。 《eGFRが ≥ 60 mL/min/1.73m ² 以上》20mg 《eGFRが ≥ 60 mL/min/1.73m ² 未満》10mg から投与を開始し,血清カリウム値,eGFRに応じて,投与開始から4週間後を目安に20mgへ増量する。	2型糖尿病を合併する慢性腎臓病 ただし,末期腎不全又は透析施行中の患者を除く。
小児科	フルービックHAシリンジ (薬価無し)	インフルエンザウイルス(A型・B型)のHA画分 1株当たり15 μ g以上(HA含量(相当値))	阪大微生物病研究会 田辺三菱	6ヶ月以上3歳未満のものには0.25mLを皮下に,3歳以上13歳未満のものには0.5mLを皮下におよそ2~4週間の間隔をおいて2回注射する。13歳以上のものについては,0.5mLを皮下に,1回又はおよそ1~4週間の間隔をおいて2回注射する。	インフルエンザの予防

3) 患者限定新規採用薬品: 下記の通り

依頼科	薬品名	成分	メーカー	用法用量	適応症
血液・腫瘍内科	ベスレミ皮下注250 μ g/500 μ gシリンジ (薬価: 250 μ g0.5mL :297,259/筒, 500 μ g1mL :565,154/筒)	250 μ g1シリンジ: ロベグインターフェロンアルファ-2b(遺伝子組換え) 250 μ g/0.5mL 500 μ g1シリンジ: ロベグインターフェロンアルファ-2b(遺伝子組換え) 500 μ g/1mL	ファーマエッセンス アジヤパン	通常,成人には,ロベグインターフェロンアルファ-2b(遺伝子組換え)(インターフェロンアルファ-2b(遺伝子組換え)として)1回100 μ g(他の細胞減少療法薬を投与中の場合は50 μ g)を開始用量とし,2週に1回皮下投与する。 患者の状態により適宜増減するが,増量は50 μ gずつ行い,1回500 μ gを超えないこと。	真性多血症(既存治療が効果不十分又は不適当な場合に限る)
血液・腫瘍内科	レズロック錠200mg (薬価:30,525.90/錠)	1錠:ベルモスジルメシル酸塩 242.5mg(ベルモスジルとして200mg)	Meiji Seika ファルマ	通常,成人及び12歳以上の小児にはベルモスジルとして200mgを1日1回食後に経口投与する。併用薬に応じて,効果不十分な場合に1回200mg1日2回投与に増量できる。	造血幹細胞移植後の慢性移植片対宿主病(ステロイド剤の投与で効果不十分な場合)
皮膚科	アドトラーザ皮下注150mgシリンジ (薬価/29,295筒)	1シリンジ(1mL): トラロキヌマブ(遺伝子組換え)150mg	レオファーマ	通常,成人にはトラロキヌマブ(遺伝子組換え)として初回に600mgを皮下投与し,その後は1回300mgを2週間隔で皮下投与する。	既存治療で効果不十分なアトピー性皮膚炎

4) 診療科限定再審議薬品(本採用結果)

- ・ジムソ膀胱内注入液50%: 患者限定へ
- ・ベネクレクスタ錠10mg/50mg/100mg: 診療科限定のままで(血液・腫瘍内科)
- ・クイントバック水性懸濁注射用: 診療科限定のままで(小児科・新生児集中治療部)
- ・ファイバ静注用1000: 診療科限定のままで(血液・腫瘍内科)
- ・ジクトルテープ75mg: 診療科限定のままで(消化器・肝胆膵外科・呼吸器内科・緩和ケア内科・泌尿器科)

5) 供給一次停止・販売中止に伴う変更(在庫なくなり次第変更予定)

(変更前薬品名)		(変更後薬品名)
・セフトリアキソンNa静注用1g「サワイ」	→	セフトリアキソンNa静注用1g「CHM」※ →※供給再開になれば「サワイ」に戻すか未定
・リトドリン塩酸塩点滴静注液50mg「F」	→	リトドリン塩酸塩点滴静注液50mg「日医工」

6) 削除薬品(在庫なくなり次第削除予定)

・ビオフェルミン配合散	:	ビオフェルミン散剤 採用の為削除
・アドナ散10%	:	期限切れの為削除

7) 採用区分/剤型変更等(在庫なくなり次第変更予定)

① 剤形変更/剤型追加/規格変更/規格追加

(1) 剤型変更・剤型追加、採用区分変更

【患者限定】ゾレア皮下注75mg/150mgペン	:	【科限定】ゾレア皮下注75mg/150mgシリンジから変更、採用区分変更
【科・患者限定】ゾレア皮下注300mgペン	:	【科限定】ゾレア皮下注75mg/150mgシリンジに追加

(2) 規格変更

・カルベジロール錠2.5mg「サワイ」	:	カルベジロール錠1.25mg「サワイ」から変更
・プレベナー20水性懸濁注	:	プレベナー13水性懸濁注から変更

(3) 規格追加

・【患者限定】レベスティブ皮下注用0.95mg	:	【患者限定】レベスティブ皮下注用3.8mgに追加
-------------------------	---	--------------------------

② 採用区分変更

(1) 科限定→【患者限定】へ変更

・レキップ錠1mg
・マイトマイシン眼科外用液用2mg
・ジムソ膀胱内注入液50%

(2) 全科採用→【患者限定】へ変更

・ミヤBM細粒
