

薬 劑 部 通 信

富山市民病院 薬剤部

発行ID:1803-1

発行日:平成30年3月

HEAD LINE INDEX

1. 薬事委員会報告(平成30年3月20日)
 - (1) 新規採用・剤型変更医薬品(11薬品12規格)
 - (2) 院外処方限定医薬品(6薬品8規格)
 - (3) 採用削除医薬品(9薬品10規格)
2. 販売中止の医薬品について
3. 後発医薬品への変更について

1. 薬事委員会報告(平成30年3月20日)

(1) 新規採用・剤型変更医薬品

薬品名	㊞ アノーロエリプタ30吸入用	メーカー	GSK
		申請科	内科
規格	ウメクリジニウム臭化物 74.2 μ g (ウメクリジニウムとして62.5 μ g)/ ビランテロールトリフェニル酢酸塩40 μ g (ビランテロールとして25 μ g) 30吸入/キット	一般名	ウメクリジニウム臭化物/ ビランテロールトリフェニル酢酸塩
効能・効果	慢性閉塞性肺疾患(慢性気管支炎・肺気腫)の気道閉塞性障害に基づく諸症状の緩解(長時間作用性吸入抗コリン剤及び長時間作用性吸入 β 2刺激剤の併用が必要な場合)		
用法・用量	通常、成人にはアノーロエリプタ 1吸入(ウメクリジニウムとして62.5 μ g及びビランテロールとして25 μ g)を1日1回吸入投与する。		
分類番号	2259	薬価	30吸入用/1キット : 8,324.0

薬品名	㊞ シーブリ吸入用カプセル 50 μ g	メーカー	ノバルティス・ファーマ
		申請科	内科
規格	グリコピロニウム臭化物 63 μ g (グリコピロニウムとして 50 μ g)	一般名	グリコピロニウム臭化物
効能・効果	慢性閉塞性肺疾患(慢性気管支炎、肺気腫)の気道閉塞障害に基づく諸症状の緩解		
用法・用量	通常、成人には1回1カプセル(グリコピロニウムとして50 μ g)を1日1回本剤専用の吸入用器具を用いて吸入する。		
分類番号	2259	薬価	50 μ g/1カプセル : 204.70

薬品名	㊞ フルティフォーム 125 エアゾール 120吸入用	メーカー	杏林製薬
		申請科	内科
規格	フルチカゾンプロピオン酸エステル 125 μ g/ ホルモテロールフマル酸塩水和物 5 μ g	一般名	フルチカゾンプロピオン酸エステル/ ホルモテロールフマル酸塩水和物
効能・効果	気管支喘息 (吸入ステロイド剤及び長時間作動型吸入 β 2刺激剤の併用が必要な場合)		
用法・用量	通常、成人には、フルティフォーム 50エアゾール(フルチカゾンプロピオン酸エステルとして 50 μ g及びホルモテロールフマル酸塩水和物として 5 μ g)を 1回2吸入、1日2回投与する。 なお、症状に応じてフルティフォーム 125エアゾール(フルチカゾンプロピオン酸エステルとして 125 μ g及びホルモテロールフマル酸塩水和物として 5 μ g)を 1回2~4吸入、1日2回投与する。		
分類番号	229	薬価	120吸入用/1キット : 6,742. 20

薬品名	㊞ レクタブル 2mg 注腸フォーム 14回	メーカー	キッセイ薬品
		申請科	内科
規格	2mg \times 14回/1瓶	一般名	ブデソニド
効能・効果	潰瘍性大腸炎(重症を除く)		
用法・用量	通常、成人には1回あたり1プッシュ(ブデソニドとして2mg)、1日2回直腸内に噴射する。		
分類番号	2399	薬価	48mg/30. 8g/1瓶 : 6,940. 60

薬品名	㊞ スインプロイク錠 0.2mg	メーカー	シオノギ製薬
		申請科	緩和ケア内科
規格	0.2mg/1錠	一般名	ナルデメジントシル酸塩
効能・効果	オピオイド誘発性便秘症		
用法・用量	通常、成人にはナルデメジンとして1回0.2mgを1日1回経口投与する。		
分類番号	2359	薬価	0.2mg/1錠 : 272.10

薬品名	㊞ デザレックス錠 5mg	メーカー	MSD
		申請科	緩和ケア内科
規格	5mg/1錠	一般名	デスロラタジン
効能・効果	アレルギー性鼻炎、蕁麻疹、皮膚疾患(湿疹・皮膚炎、皮膚そう痒症)に伴うそう痒		
用法・用量	通常、12歳以上の小児及び成人にはデスロラタジンとして 1回5mgを 1日1回経口投与する。		
分類番号	449	薬価	5mg/1錠 : 69. 40

薬品名	㊞ リアルダ錠 1200mg	メーカー	持田製薬
		申請科	内科
規格	1200mg/1錠	一般名	メサラジン
効能・効果	潰瘍性大腸炎(重症を除く)		
用法・用量	通常、成人にはメサラジンとして1日1回2,400mgを食後経口投与する。活動期は、通常、成人にはメサラジンとして1日1回4,800mgを食後経口投与するが、患者の状態により適宜減量する。		
分類番号	2399	薬価	1,200mg/1錠 : 212. 00

薬品名	㊞㊞ サイラムザ点滴静注液	メーカー	イーライリリー
-----	---------------	------	---------

	⑤ 100mg 500mg	申請科	内科
規格	100mg/10mL/1瓶 500mg/50mL/1瓶	一般名	ラムシルマブ
効能・効果	治癒切除不能な進行・再発の胃癌 治癒切除不能な進行・再発の結腸・直腸癌 切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌		
用法・用量	1. 治癒切除不能な進行・再発の胃癌 通常、成人には2週間に1回、ラムシルマブ(遺伝子組換え)として1回8mg/kg(体重)をおよそ60分かけて点滴静注する。なお、患者の状態により適宜減量する。 2. 治療切除不能な進行・再発の結腸・直腸癌 イリノテカン塩酸塩水和物、レボホリナート及びフルオロウラシルとの併用において、通常、成人には2週間に1回、ラムシルマブ(遺伝子組換え)として1回8mg/kg(体重)をおよそ60分かけて点滴静注する。なお、患者の状態により適宜減量する。 3. 切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌 ドセタキセルとの併用において、通常、成人には3週間に1回、ラムシルマブ(遺伝子組換え)として1回10mg/kg(体重)をおよそ60分かけて点滴静注する。なお、患者の状態により適宜減量する。		
分類番号	4291	薬価	100mg/10mL/1瓶 : 75,265 500mg/50mL/1瓶 : 355,450

薬品名	④ ⑤ シンポニー皮下注 ⑤ 50mg シリンジ	メーカー	田辺三菱
		申請科	内科
規格	50mg/0.5mL/1筒	一般名	ゴリムマブ
効能・効果	既存治療で効果不十分な関節リウマチ(関節の構造的損傷の防止を含む) 中等症から重症の潰瘍性大腸炎の改善及び維持療法(既存治療で効果不十分な場合に限る)		
用法・用量	関節リウマチ メトレキサートを併用する場合 通常、成人にはゴリムマブ(遺伝子組換え)として50mgを4週に1回、皮下注射する。なお、患者の状態に応じて1回100mgを使用することができる。 メトレキサートを併用しない場合 通常、成人にはゴリムマブ(遺伝子組換え)として100mgを4週に1回、皮下注射する。 潰瘍性大腸炎 通常、成人にはゴリムマブ(遺伝子組換え)として初回投与時に200mg、初回投与2週間後に100mgを皮下注射する。初回投与6週目以降は100mgを4週に1回、皮下注射する。		
分類番号	3999	薬価	50mg/0.5mL/1筒 : 126,622.0

薬品名	④ ⑤ ステラーラ皮下注シリンジ ⑤ 45mg	メーカー	ヤンセン・ファーマ
		申請科	内科
規格	45mg/0.5L/筒	一般名	ウステキヌマブ
効能・効果	既存治療で効果不十分な下記疾患 尋常性乾癬、関節症性乾癬 中等症から重症の活動期クローン病の維持療法(既存治療で効果不十分な場合に限る)		

用法・用量	<p>尋常性乾癬及び関節症性乾癬 通常、成人にはウステキヌマブ（遺伝子組換え）として1回45mgを皮下投与する。初回投与及びその4週後に投与し、以後12週間隔で投与する。 ただし、効果不十分な場合には1回90mgを投与することができる。</p> <p>クローン病 ウステキヌマブ（遺伝子組換え）の点滴静注製剤を投与8週後に、通常、成人にはウステキヌマブ（遺伝子組換え）として90mgを皮下投与し、以降は12週間隔で90mgを皮下投与する。なお、効果が減弱した場合には、投与間隔を8週間に短縮できる。</p>		
分類番号	3999	薬価	45mg/0.5mL/1筒：438,739.0

薬品名	④④ パーサビブ静注透析用 2.5mg	メーカー	小野薬品
		申請科	内科
規格	5mg/2mL/1瓶	一般名	エテルカルセチド塩酸塩
効能・効果	血液透析下の二次性副甲状腺機能亢進症		
用法・用量	<p>通常、成人には、エテルカルセチドとして1回5mgを回使用量とし、週3回、透析終了時の返血時に透析回路静脈側に注入する。</p> <p>以後は、患者の副甲状腺ホルモン（PTH）及び血清カルシウム濃度の十分な観察のもと、1回2.5～15mgの範囲内で適宜用量を調整し、週3回、透析終了時の返血時に投与する。</p>		
分類番号	3999	薬価	5mg/2mL/1瓶：1,283.0

規制区分：①：毒薬、②：劇薬、③：麻薬、④：向精神薬、⑤：処方せん医薬品
⑥：習慣性医薬品、⑦：生物由来製品、⑧：特定生物由来製品、⑨：放射性医薬品

(2) 院外処方限定医薬品

区分	薬品名（一般名）	販売会社	薬効	申請科
外用	マーデュオックス軟膏	マルホ	尋常性乾癬治療剤	皮膚科
内服	オテズラ錠 10mg 20mg 30mg	セルジーン	PDE4阻害剤	皮膚科
内服	ビラノア錠 20mg	大鵬薬品	アレルギー性疾患治療剤	皮膚科
内服	ミカトリオ配合錠	ベーリンガー	胆汁排泄型持続性AT1受容体ブロッカー/持続性Ca拮抗薬/利尿薬合剤	内科
内服	リンゼス錠 0.25mg	アステラス	グアニル酸シクラーゼC受容体アゴニスト	内科
注射	ノルディトロピン フレックスプロ 5mg	ノボノルディスク ファーマ	ヒト成長ホルモン製剤	内科

(3)採用削除医薬品（在庫残量は平成 30年 3月 20日時点）

在庫残量のある薬品の在庫消費にご協力ください。

区分	商品名	院内在庫	備考
外用	アドエア 250ディスカス60吸入用	7キット	代替削除
外用	パルミコート200 μ gタービュヘイラー	3キット	代替削除
外用	キューバール 100エアゾール	4キット	代替削除
内服	サラゾピリン錠 500mg	394錠	代替削除
内服	クラリチンレディタブ錠 10mg	163錠	院外限定へ
内服	ユーゼル錠 25mg	0錠	院外限定へ
内服	ユーエフティカプセル 100mg	197Cap	院外限定へ
注射	ペグイントロン皮下注用 50 μ g	0キット	代替削除
注射	ペグイントロン皮下注用 100 μ g	0キット	代替削除
注射	レギュニールL Ca 1.5 2L (UVツインバッグ)	4袋	代替削除

2. 販売中止の医薬品について

区分	製品名（販売会社）	⇒	代替薬品名（販売会社）
外用	エストリオール膣錠 0.5mg 「F」	⇒	エストリオール膣錠 0.5mg（持田）
内服	サンメール内用液 5%（東亜薬品）	⇒	アルロイドG内用液 5%（カイゲンファーマ）
内服	コデインリン酸塩散 10%「タナベ」 (田辺三菱)	⇒	コデインリン酸塩散 10%「第一三共」
内服	ホモクロミン錠（院外）	⇒	後発品あり（一般名処方としてのみ取り扱う）
内服	ベゲタミンA錠	⇒	* 採用取消 残35錠 ~H30/3/31 経過措置期間
内服	ベゲタミンB錠	⇒	* 採用取消 残19錠 ~H30/3/31 経過措置期間
注射	ペンタジン注射液 15mg（第一三共）	⇒	ソセゴン注射液（丸石製薬）
注射	イントロンA 注射用300（MSD）	⇒	* 採用取消 在庫なし ~H30/3/31 経過措置期間
注射	イントロンA 注射用1000 (用時購入)（MSD）	⇒	* 採用取消 在庫なし ~H30/3/31 経過措置期間

3. 後発品への切り替えについて

下記薬品について、後発医薬品への切り替えを行います。(済となっているものは既に切り替えとなっているものです。)

ご協力よろしく申し上げます。

先発医薬品名	販売会社		後発医薬品名	販売会社
アサコール錠 400mg	ゼリア新薬		メサラジン腸溶錠 400mg「KN」	小林化工
ティーエスワン配合 OD錠 T20	大鵬薬品工業	済	エスワнтаイホウ配合 OD錠 T20	岡山大鵬薬品
ティーエスワン配合 OD錠 T25	大鵬薬品工業	済	エスワнтаイホウ配合 OD錠 T25	岡山大鵬薬品
ミカルディス錠 20mg	日本ベーリンガー	済	テルミサルタン錠 20mg 「DSEP」	第一三共エスファ
ミカルディス錠 40mg (院外限定)	日本ベーリンガー	済	テルミサルタン錠 40mg 「DSEP」	第一三共エスファ
キプレス細粒 4mg	杏林製薬	済	モンテルカスト細粒 4mg 「明治」	Meiji Seika ファルマ
キプレスチュアブル錠 5mg	杏林製薬		モンテルカストチュアブル錠 5mg「明治」	Meiji Seika ファルマ
キプレス OD錠 10mg	杏林製薬	済	モンテルカスト OD錠 10mg「明治」	Meiji Seika ファルマ
バラクルード錠 0.5mg	ブリストル・マイヤーズ スクイブ		エンテカビル錠 0.5mg「EE」	シオノケミカル
アザルフィジン EN錠 250mg	ファイザー	済	サラゾスルファピリジン 腸溶錠 250mg「日医工」	日医工ファーマ
アザルフィジン EN錠 500mg (院外限定)	ファイザー	済	サラゾスルファピリジン 腸溶錠 500mg「日医工」	日医工ファーマ
デルモベート軟膏 0.05%	グラクソ・スミスクライン	済	デルトピカ軟膏 0.05%	岩城製薬