

保険薬局 関係各位

済生会横浜市東部病院

薬剤部 管理責任者

菅野 浩

医薬品情報室 担当

大幸 淳

a_daikoh@tobu.saiseikai.or.jpご案内：採用薬変更のお知らせ

平素より大変お世話になり、誠にありがとうございます。

さて、2025年5月に開催された薬事委員会の結果を共有いたします。記載しました「マスタ変更日」をもちまして、以下の薬剤が当院で採用区分を変更いたします。恐れ入りますが、関係各所にご周知くださいますようお願い申し上げます。何かご不明な点がございましたら、当院まで連絡をお願い致します。

記

| 名称 | 規格 | 製薬企業* | 旧区分 | 新区分 | マスタ変更日 | YJコード |
|---------------------------|-----------|---------|------|----------|----------|--------------|
| グリチロン配合錠 ¹⁾ | 配合錠 | ミノファーゲン | 未採用 | 正式採用 | 2025/6/2 | 3919100F1150 |
| ネオファーゲンC配合錠 ¹⁾ | 配合錠 | 大鵬薬品 | 正式採用 | 採用削除 | 在庫消尽次第 | 3919100F1177 |
| アスパラカリウム錠 ¹⁾ | 300mg/錠 | ニプロ | 院外限定 | 正式採用 | 2025/6/2 | 3229005F1080 |
| グルコンサンK錠 ¹⁾ | 5mEq/錠 | サンファーマ | 正式採用 | 採用削除 | 在庫消尽次第 | 3229007F2035 |
| フェントステープ | 0.5mg/枚 | 協和キリン | 未採用 | 短期試用 | 2025/6/2 | 8219701S6027 |
| マンジャロ皮下注アテオス | 2.5mg/キット | リリー | 短期試用 | 短期試用(延長) | 2025/6/2 | 2499422G1024 |
| オゼンピック皮下注 | 2mg/キット | ノボ | 短期試用 | 短期試用(延長) | 2025/6/2 | 2499418G4027 |

(参考：院内でのみ使用が想定される医薬品の採用薬の変更について)

| 名称 | 規格 | 製薬企業* | 旧区分 | 新区分 | マスタ変更日 | YJコード |
|-------------------------------------|---------|---------|------|------|----------|--------------|
| オムニパーク350注 | 100mL/瓶 | GEヘルスケア | 未採用 | 正式採用 | 2025/6/2 | 7219415H5069 |
| イオヘキソール300注シリンジ「F」 | 100mL/筒 | 富士製薬 | 正式採用 | 採用削除 | 在庫消尽次第 | 7219415G3141 |
| ナファモスタットメシル酸塩注射用「NIG」 ¹⁾ | 100mg/瓶 | 日医工 | 未採用 | 正式採用 | 2025/6/2 | 3999407D3192 |
| ナファモスタットメシル酸塩注射用「AFP」 ¹⁾ | 100mg/瓶 | アルフレッサ | 正式採用 | 採用削除 | 在庫消尽次第 | 3999407D3117 |
| パドセブ点滴静注用 | 20mg/瓶 | アステラス | 未採用 | 短期試用 | 2025/6/2 | 4291459D2027 |
| | 30mg/瓶 | アステラス | 未採用 | 短期試用 | 2025/6/2 | 4291459D1020 |

* 製薬企業名は当院における取り扱い企業です。

1) 企業事由による発売中止、もしくは供給不安に伴う入手困難のため。

(裏面に続く)

診療科限定の一部解除について

対象薬剤：リベルサス錠（対象診療科：循環器内科）

本剤は本邦唯一の経口 GLP-1 受容体作動薬であり、2021 年 4 月の採用時より適正使用の観点から、糖尿病・内分泌内科のみの診療科限定として導入した。その後、2024 年 8 月に腎臓内科からの要望に伴い診療科を一部拡大した。

今般、循環器内科より、診療科限定拡大の申請があり、当該診療科への処方権限拡大を了承することが決議された。

※ただし本剤の適応は「2 型糖尿病」に限られており、あくまでも保険適応に準じた使用に限ること。

以 上