薬事委員会事務局
令和8年10月6日

**薬事委員会における新規採用申請薬・中止薬・後発医薬品変更について**
**令和8年10月6日 開催の薬事委員会において以下の薬品の審議を行いました。**

**(1)仮採用・限定採用申請品**

| 薬　品　名 | 請求科 | 薬　効・適応症など | 申請枠(GE変更・中止薬剤) |
|---|---|---|---|
| テゼスパイア皮下注210mgペン | 耳鼻咽喉科 | ○気管支喘息(既存治療によっても喘息症状をコントロールできない重症又は難治の患者に限る)<br>○鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎(既存治療で効果不十分な患者に限る) | 限定採用のため、なし |
| アムヴトラ皮下注25mgシリンジ | 循環器内科 | ○トランスサイレチン型家族性アミロイドポリニューロパチー<br>○トランスサイレチン型心アミロイドーシス(野生型及び変異型) | 限定採用のため、なし |
| ネクセトール錠180mg | 循環器内科 | 高コレステロール血症，家族性高コレステロール血症 | 限定採用のため、なし |
| ツムラ治打撲一方エキス顆粒<br>(医療用) | 脳神経外科 | 打撲によるはれ及び痛み | 限定採用のため、なし |
| スルバシリン静注用3g | 抗菌薬適正使用支援チーム | 〈適応菌種〉<br>本剤に感性のブドウ球菌属，肺炎球菌，モラクセラ(ブランハメラ)・カタラーリス，大腸菌，プロテウス属，インフルエンザ菌<br>〈適応症〉<br>肺炎，肺膿瘍，膀胱炎，腹膜炎 | (中止)<br>スルバシリン静注用1．5g |
| タルチレリンOD錠5mg「サワイ」 | 泌尿器科 | 脊髄小脳変性症における運動失調の改善 | 限定採用のため、なし |

## （2）使用開始から一定期間が経過したもの（仮採用・限定採用薬品の見直し）

| 採用種別 | | 採用種別 | 薬　品　名 | 一　般　名 | 請求科 | 薬効・適応症 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 院外<br>限定採用 | ⇒ | 院外<br>限定採用 | ミニリンメルトOD錠60μg | デスモプレシン酢酸塩水和物 | 脳神経外科 | 中枢性尿崩症 |
| 限定採用 | ⇒ | 限定採用 | ギャバロン錠5mg | バクロフェン | 脳神経外科 | 下記疾患による痙性麻痺<br>脳血管障害，脳性（小児）麻痺，痙性脊髄麻痺，脊髄血管障害，頸部脊椎症，後縦靱帯骨化症，多発性硬化症，筋萎縮性側索硬化症，脊髄小脳変性症，外傷後遺症（脊髄損傷，頭部外傷），術後後遺症（脳・脊髄腫瘍を含む），その他の脳性疾患，その他のミエロパチー |
| 限定採用 | ⇒ | 限定採用 | ソマチュリン皮下注120mg | ランレオチド酢酸塩 | 脳神経外科 | （1）下記疾患における成長ホルモン，IGF－I（ソマトメジン－C）分泌過剰状態及び諸症状の改善<br>：先端巨大症・下垂体性巨人症<br>（2）膵・消化管神経内分泌腫瘍 |
| 限定採用 | ⇒ | 限定採用 | アジョビ皮下注225mg<br>シリンジ | フレマネズマブ<br>（遺伝子組換え） | 脳神経外科 | 片頭痛発作の発症抑制 |
| 院外<br>限定採用 | ⇒ | 中止 | フィコンパ細粒1% | ペランパネル水和物 | 小児科 | ○てんかん患者の部分発作（二次性全般化発作を含む）<br>○他の抗てんかん薬で十分な効果が認められないてんかん患者の強直間代発作に対する抗てんかん薬との併用療法 |
| 院外<br>限定採用 | ⇒ | 院外<br>限定採用 | ソグルーヤ皮下注10mg | ソマプシタン<br>（遺伝子組換え） | 小児科 | ○成人成長ホルモン分泌不全症（重症に限る）<br>○骨端線閉鎖を伴わない成長ホルモン分泌不全性低身長症 |
| 院外<br>限定採用 | ⇒ | 院外<br>限定採用 | 【般】酢酸亜鉛錠25mg | 酢酸亜鉛水和物 | 小児科 | ○ウィルソン病（肝レンズ核変性症）<br>○低亜鉛血症 |
| 限定採用 | ⇒ | 限定採用 | ジプレキサ筋注用10mg | オランザピン | 小児科 | 統合失調症における精神運動興奮 |
| 限定採用 | ⇒ | 限定採用 | リュープリン注射用3．75mg | リュープロレリン酢酸塩 | 小児科 | ○子宮内膜症<br>○過多月経，下腹痛，腰痛及び貧血等を伴う子宮筋腫における筋腫核の縮小及び症状の改善<br>○中枢性思春期早発症<br>○閉経前乳癌<br>○前立腺癌 |
| 限定採用 | ⇒ | 限定採用 | デュピクセント皮下注300mgシリンジ | デュピルマブ<br>（遺伝子組換え） | 小児科 | 既存治療で効果不十分な下記皮膚疾患<br>○アトピー性皮膚炎注）<br>○結節性痒疹<br>○特発性の慢性蕁麻疹<br>○気管支喘息（既存治療によっても喘息症状をコントロールできない重症又は難治の患者に限る）注）<br>○鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎（既存治療で効果不十分な患者に限る）注）<br>注）最適使用推進ガイドライン対象 |
| 限定採用 | ⇒ | 限定採用 | アクテムラ皮下注162mg<br>オートインジェクター | トシリズマブ | 小児科 | 1．関節リウマチ（関節の構造的損傷の防止を含む），多関節に活動性を有する若年性特発性関節炎，全身型若年性特発性関節炎，成人スチル病<br>2．キャッスルマン病に伴う諸症状及び検査所見の改善<br>3．腫瘍特異的T細胞輸注療法に伴うサイトカイン放出症候群 |
| 限定採用 | ⇒ | 限定採用 | イスツリサ錠1mg | オシロドロスタット<br>リン酸塩 | 内分泌代謝<br>内科 | クッシング症候群<br>（外科的処置で効果が不十分又は施行が困難な場合） |
| 限定採用 | ⇒ | 限定採用 | フィアスプ注ペンフィル | インスリン　アスパルト（遺伝子組換え） | 内分泌代謝<br>内科 | インスリン療法が適応となる糖尿病 |
| 院外<br>限定採用 | ⇒<br>⇒ | 院外<br>限定採用 | ゼップバウンド皮下注<br>12．5mgアテオス<br>ゼップバウンド皮下注<br>15mgアテオス | チルゼパチド | 内分泌代謝<br>内科 | 肥満症<br>ただし，高血圧，脂質異常症又は2型糖尿病のいずれかを有し，食事療法・運動療法を行っても十分な効果が得られず，以下に該当する場合に限る。<br>・BMIが27kg／m2以上であり，2つ以上の肥満に関連する健康障害を有する<br>・BMIが35kg／m2以上 |
| 院外<br>限定採用 | ⇒ | 院外<br>限定採用 | アルギU配合顆粒 | L－アルギニン塩酸塩<br>L－アルギニン | 内分泌代謝<br>内科 | ■下記疾患における血中アンモニア濃度の上昇抑制：先天性尿素サイクル異常症又はリジン尿性蛋白不耐症<br>■ミトコンドリア病<br>※適応外だが、保険算定可能 |
| 限定採用 | ⇒ | 限定採用 | サンドスタチンLAR<br>筋注用キット20mg | オクトレオチド酢酸塩 | 内分泌代謝<br>内科 | ○下記疾患に伴う諸症状の改善：<br>消化管ホルモン産生腫瘍（VIP産生腫瘍，カルチノイド症候群の特徴を示すカルチノイド腫瘍，ガストリン産生腫瘍）<br>○消化管神経内分泌腫瘍<br>○下記疾患における成長ホルモン，ソマトメジン－C分泌過剰状態及び諸症状の改善：<br>先端巨大症・下垂体性巨人症（外科的処置，他剤による治療で効果が不十分な場合又は施行が困難な場合） |
| 限定採用 | ⇒ | 限定採用 | アデムパス錠0.5mg | リオシグアト | 循環器内科 | ○外科的治療不適応又は外科的治療後に残存・再発した慢性血栓塞栓性肺高血圧症<br>○肺動脈性肺高血圧症 |
| 限定採用 | ⇒ | 限定採用 | 【般】デノパミン錠5mg<br>（カルグート錠5） | デノパミン | 循環器内科 | 慢性心不全 |
| 限定採用 | ⇒ | 限定採用 | レバチオ錠20mg | シルデナフィル<br>クエン酸塩 | 循環器内科 | 肺動脈性肺高血圧症 |
| 限定採用 | ⇒ | 限定採用 | ビンマックカプセル61mg | タファミジス | 循環器内科 | トランスサイレチン型心アミロイドーシス<br>（野生型及び変異型） |
| 限定採用 | ⇒ | 限定採用 | ベリキューボ錠2．5mg | ベルイシグアト | 循環器内科 | 慢性心不全 |
| 限定採用 | ⇒ | 中止 | レクビオ皮下注300mg<br>シリンジ | インクリシランナトリウム | 循環器内科 | 家族性高コレステロール血症，高コレステロール血症<br>ただし，以下のいずれも満たす場合に限る。<br>・心血管イベントの発現リスクが高い<br>・HMG－CoA還元酵素阻害剤で効果不十分，又はHMG－CoA還元酵素阻害剤による治療が適さない |
| 院外<br>限定採用 | ⇒ | 中止 | ヴォトリエント錠200mg | パゾパニブ塩酸塩 | 産婦人科 | ○悪性軟部腫瘍<br>○根治切除不能又は転移性の腎細胞癌 |
| 限定採用 | ⇒ | 中止 | モーバー錠100mg | アクタリット | 内科 | 関節リウマチ |
| 限定採用 | ⇒ | 使用終了<br>したら<br>中止 | トレムフィア点滴静注200mg | グセルクマブ<br>（遺伝子組換え） | 消化器内科 | ○中等症から重症の潰瘍性大腸炎の寛解導入療法（既存治療で効果不十分な場合に限る）<br>○中等症から重症の活動期クローン病の治療（既存治療で効果不十分な場合に限る） |