2019 年 6 月 6 日承認

フォーミュラリー運用規定（インフリキシマブ製剤）

本院におけるインフリキシマブ製剤の処方においては、適応毎に原則として以下の基準に従って薬剤を選択する。

適応	選択薬
・クローン病 ・潰瘍性大腸炎 ・関節リウマチ ・尋常性乾癬、関節症性乾癬、膿疱性乾癬、乾癬性紅皮症 ・ベーチェット病による難治性網膜ぶどう膜炎 ・強直性脊椎炎	**【病院推奨薬】** インフリキシマブ BS 点滴静注用* **【他の選択薬】** レミケード点滴静注用
・腸管型ベーチェット病、神経型ベーチェット病、血管型ベーチェット病 ・川崎病の急性期	レミケード点滴静注用

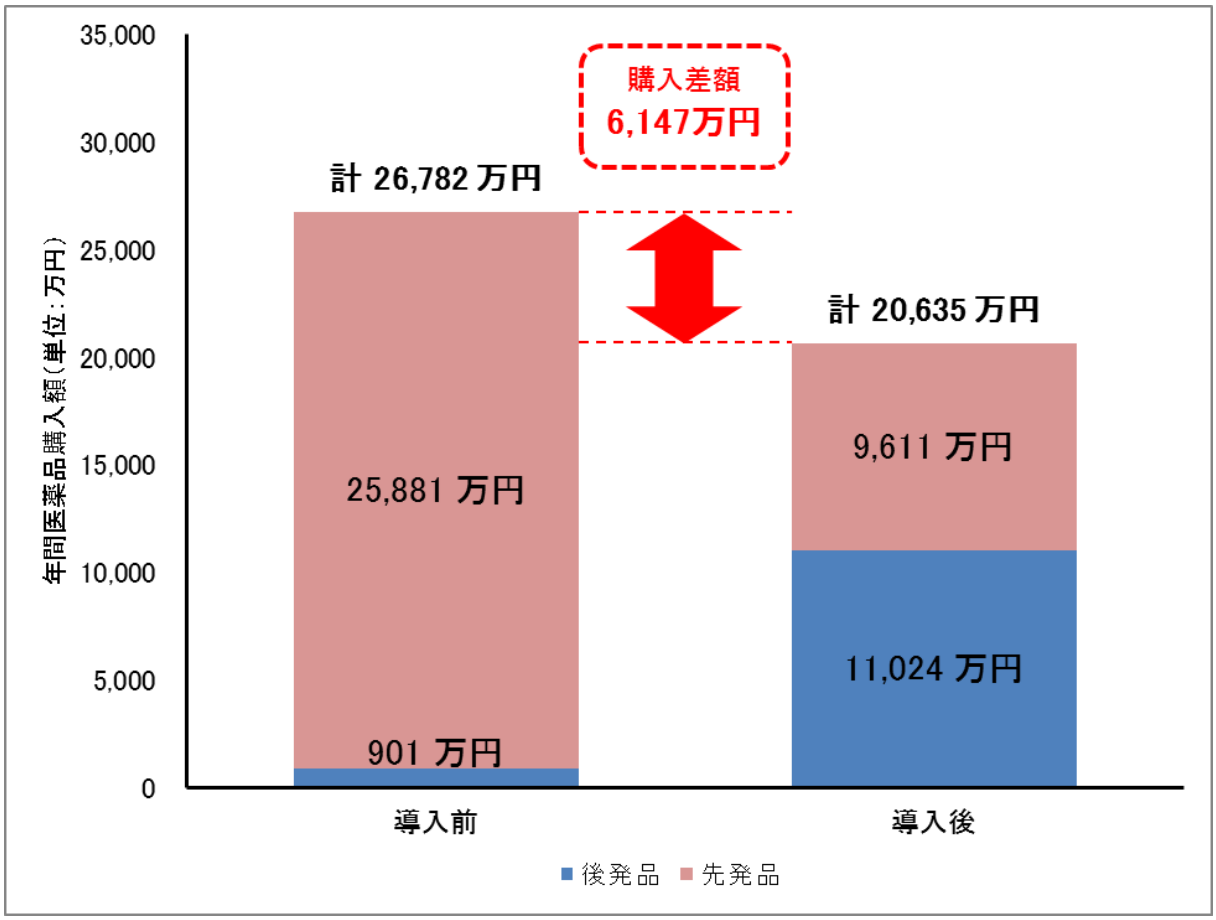
＊成分名で記載されている薬剤は後発品

★各製剤の適応・薬価（薬価は 2019 年 6 月時点の価格を記載）

適応	ｲﾝﾌﾘｷｼﾏﾌﾞ BS 点滴静注用「NK」	レミケード点滴静注用
次のいずれかの状態を示すクローン病の治療及び維持療法(既存治療で効果不十分な場合に限る)： 中等度から重度の活動期にある患者、外瘻を有する患者	○	○
中等症から重症の潰瘍性大腸炎の治療 (既存治療で効果不十分な場合に限る)	○	○
既存治療で効果不十分な下記疾患		
・関節リウマチ(関節の構造的損傷の防止を含む)	○	○
・尋常性乾癬、関節症性乾癬、膿疱性乾癬、乾癬性紅皮症	○	○
・ベーチェット病による難治性網膜ぶどう膜炎	○	○
・強直性脊椎炎	○	○
・腸管型ベーチェット病、神経型ベーチェット病、血管型ベーチェット病		○
・川崎病の急性期		○
薬価	36,980 円/瓶	70,597 円/瓶

★フォーミュラリー導入前と導入後*の医薬品購入額の比較

（＊：該当の処方が全てバイオ後続品で処方された場合）



2019 年 6 月 6 月時点での比較

《作成・改訂履歴》

・2019 年 6 月 6 日作成

・2021 年 12 月 2 日改訂

・2025 年 3 月 6 日改訂