

## 平成27年度第6回(11月審議分) 薬剤委員会決定事項

### I. 医薬品について

#### 1. 新規採用医薬品 (院外限定) 3品目3規格

No	医薬品名	一般名	製薬会社	規格	薬価	薬効	申請科(申請者)	備考
1	ビデュリオン皮下注用2mg	エキセナチド	アストラゼネカ	2mg1キット	¥3,586.0	GLP-1受容体作動薬	糖尿病内科(永札)	院外限定採用
2	トルリンティ皮下注0.75mgアテオス	デュラグルチド	礼-/大日本住友	0.75mg2キット	¥3,586.0	GLP-1受容体作動薬	糖尿病内科(永札)	院外限定採用
3	ランタスXR注ソロスター	インスリングルギン	サノフィ	450単位1キット	¥3,102.0	持効型溶解インスリンアナログ製剤	糖尿病内科(永札)	院外限定採用

#### 3. 削除検討医薬品 14品目15規格 (院内削除2品目、院内→院外に切り替え7品目、院内院外削除5品目)

No	医薬品名・規格	成分	薬効	理由
1	キロサイド注200	シタラピン	抗悪性腫瘍剤	過去1年間購入歴がなく、処方量が少ないため削除。
2	サリベートエアゾール	リン酸二カリウム・無機塩類	シェーグレン症候群による口腔乾燥症治療剤	処方量が少ないため院外限定採用へ切り替え。
3	ツムラ竹如温たん湯エキス顆粒	漢方製剤	漢方製剤	処方量が少ないため院外限定採用へ切り替え。
4	カルベニン点滴0.5g	カルベニシリン	カルバペネム系抗菌薬	処方量が少なく、メロペネム、ドリペネムで対応可能であるため削除。
5	ノボラピッド注インレット	超速効型インスリンアナログ	インスリン製剤	処方量は過去1年間で院内が1名のため、院外限定採用へ切り替え。
6	ヒューマログミックス25注ミリオペン	インスリンリスプロ	インスリン製剤	2015年は処方患者4名で全て院外処方のため、院外限定採用へ切り替え。
7	インレット30R注	イソフェンインスリン	インスリン製剤	処方量が少ないため、院外限定採用へ切り替え。
8	バイエッタ皮下注5μgペン	エキセナチド	GLP-1受容体作動薬	処方歴・購入歴がなく使用見込みがないため院内院外外削除。
9	バイエッタ皮下注10μgペン	エキセナチド	GLP-1受容体作動薬	処方歴・購入歴がなく使用見込みがないため院内院外外削除。
10	ヒューマログN注ミリオペン	インスリンリスプロ	インスリン製剤	院外限定採用であるが、過去1年以上処方歴がないため院外削除。
11	ランタス注オプチック	インスリングルギン	インスリン製剤	オプチックのデバイスが既に製造販売中止されているため。
12	ヒューマログ注カート	インスリンリスプロ	インスリン製剤	院外限定採用であるが、過去1年以上処方歴がないため院外削除。キット製剤としてミリオペンがある。
13	ヒューマリン3/7注カート	ヒトインスリン	インスリン製剤	院外限定採用であるが、過去1年以上処方歴がないため院外削除。
14	ルジオミール錠10mg	マプロチリン塩酸塩	四環系抗うつ剤	過去1年間の使用人数が1名で院内処方がなかったため。院外限定採用へ切り替え。
15	トレドミン錠25mg	ミルナシプラン塩酸塩	セロトニン/ノルアドレナリン再取り込み阻害剤	過去1年間で使用歴が院内・院外ともに0名であるため、院外限定採用へ切り替え。