

I. 仮購入審議薬品：下記10品目の採用について、審議の結果、出席委員全員の賛成により承認された（原則2026/2/9より処方可）

商品名(メーカー名)	申請科	審議結果	備考
トランスサイレチン型アミロイドーシス治療剤 アムヴトラ皮下注 25mg シリンジ (Alnylm Japan)	循環器内科	注射	※要時購入薬 ※初回導入用(医師限定)と維持用(患者限定)のマスクを用意
トランスサイレチン型心アミロイドーシス治療剤 ビヨントラ錠 400mg (アレクシオンファーマ)	循環器内科	院外専用	※初回導入用(医師限定)と維持用(患者限定)のマスクを用意 ※処方日数制限あり(2026年5月末日まで)
ATP クエン酸リアーゼ阻害剤 ネクセトール錠 180mg (大塚製薬)	循環器内科	共通	※処方日数制限あり(2026年11月末日まで)
月経困難症治療剤 アリッサ配合錠 (富士製薬)	産婦人科	院外専用	
神経線維腫症 I 型治療剤(MEK 阻害薬) コセルゴカプセル 25mg (アレクシオンファーマ)	整形外科	院外専用	※患者限定薬(該当患者使用終了後削除)
抗精神病薬/双極性障害のうつ症状治療薬 ラソーダ錠 20mg (住友ファーマ)	精神科	院内専用	
統合失調症治療薬 ロドピン錠 25mg (LTL ファーマ)	精神科	院内専用	

抗精神病薬/オランザピン即効性筋注製剤 ジプレキサ筋注 10mg (チェプラファーム)	精神科	注射	
降圧利尿剤 ヒドロクロロチアジド錠 25mg (東和薬品)	糖尿病内分泌代謝内科	院内専用	※患者限定・要時購入 ※1/20 臨時小委員会開催
下垂体 ACTH 分泌機能検査用薬/副腎皮質ホルモン合成阻害剤 メトピロンカプセル 250mg (セオリオファーマ)	糖尿病内分泌代謝内科	院外専用	※患者限定 ※1/14 臨時小委員会開催

II. 区分変更等（様式 4）に関する検討：下記 15 品目について、出席委員全員の賛成のもと区分変更を承認

- ・ ミッドペリック L400 腹膜透析液 2000mL バッグあり （規格追加・共通採用）
※処方マスタは共通・患者限定、注射マスタは患者限定
- ・ ツムラ人参養栄湯エキス顆粒（3.0g/包） （メーカー変更 ※院外専用）
※条件付き承認（使用中の診療科からの合意を得られれば）
- ・ ケレンディア錠 10mg （区分変更：院外専用→共通）
- ・ リンヴォック錠 15mg （区分変更：院外専用・患者限定→院外専用） ※患者限定の解除
- ・ デゼスパイア皮下注ペン 210mg （規格変更：シリンジ→ペン）
- ・ デュピクセント皮下注 200mg ペン （規格変更：シリンジ→ペン）
- ・ ヒフデュラ配合注シリンジ （規格変更：皮下注→シリンジ）
- ・ ビペリデン錠 1mg （再購入：院内専用） ※精神科新規標榜に伴い
- ・ ヒルナミン錠 5mg / 25mg （再購入：院内専用） ※同上
- ・ ブロマゼパム錠 2mg （再購入：院内専用） ※同上
- ・ イフェクサーSR カプセル （区分変更：院外専用・科限定→共通） ※同上
- ・ トリンテリックス錠 10mg （区分変更：院外専用・科限定→共通） ※同上
- ・ アリピプラゾール OD 錠 6mg （規格追加：院内専用） ※同上
- ・ オランザピン OD 錠 5mg （規格追加：院内専用） ※同上

- ・ ジアゼパム錠 5mg (規格変更：院内専用) ※同上
- ※条件付き承認（使用中の診療科から合意を得られれば 2mg を削除）

Ⅲ. 後発品等切替に関する検討：下記 4 品目について、出席委員全員の賛成のもと後発品採用を承認

- ・ ビムパット錠 100mg → ラコサミド錠 100mg (院内は採用切替、院外は一般名処方追加)
- ・ フォシーガ 5mg/10mg → ダパグリフロジン錠 5mg/10mg (院内は追加採用、院外は一般名処方追加)
※適応異なるためフォシーガは採用継続。マスタ名称・処方時アラートを検討。
- ・ リュープリン SR 注射用キット 11.25mg → リュープロレリン酢酸塩 SR 注射用キット 11.25mg (注射)
※適応異なるためリュープリン SR11.25mg は神経内科限定薬として採用継続
- ・ ケアラム錠 25mg → イグラチモド錠 25mg (院内は採用切替、院外は一般名処方追加)

Ⅳ. 削除検討薬：下記 12 品目について、出席委員全員の賛成のもと採用削除を承認（院内在庫がある薬剤は在庫消尽次第削除）

- ・ ロサルヒド LD 配合錠 (期限切れ発生)
- ・ ホスミシン静注 2g (期限切れ発生)
- ・ トルツ皮下注シリンジ (販売中止)
- ・ ピコプレップ配合内用剤 (販売中止)
- ・ ビリアード錠 300mg (直近 1 年間で使用実績なし)
- ・ スターシス錠 90mg (直近 1 年間で使用実績なし)
- ・ 【般】 ナテグリニド錠 90 mg (直近 1 年間で使用実績なし)
- ・ ヒューマリン R 注カート (直近 1 年間で使用実績なし)
- ・ GSII 用ノボラピッド注 100 (直近 1 年間で使用実績なし)
- ・ GSII 用ノボリン R 注 100 (直近 1 年間で使用実績なし)
- ・ フィアスプ注ペンフィル (直近 1 年間で使用実績なし)
- ・ レベミル注ペンフィル (直近 1 年間で使用実績なし)

V. 報告事項

下記1)～3)の3項目について、薬事委員会事務局より事後報告し、出席委員全員により了承された

1) 区分変更等（様式4）に関する報告

- ・ マンジャロ皮下注 5mgアテオス (区分変更：院外→共通)

2) 供給停止に伴う臨時採用に関する報告

- ・ グロベニン-I 10%静注 5g/10g/20g
(慢性的な免疫グロブリン製剤の供給不足への対応として)

3) 限定患者に対する一時的な区分変更：院外限定→院内共通へ

- ・ トリンテリックス錠 10mg
- ・ トリンテリックス錠 10mg
- ・ ウプトラビ錠 0.2mg
- ・ デフェラシロクス顆粒分包 90mg
- ・ アフィニトール錠 5mg
- ・ ルボックス錠 25mg
- ・ メキニスト錠 2mg
- ・ タフィンラーカプセル 75mg
- ・ プリモボラン錠 5mg
- ・ コレチメント錠 9mg
- ・ セムブリックス錠 40mg
- ・ レグナイト錠 300mg
- ・ ニュベクオ錠 300mg
- ・ エクフィナ錠 50mg
- ・ ゾニサミド OD 錠 50mgTRE
- ・ フルティフォーム 50 エアゾール 56 吸入用