

薬効・薬価リスト平成30年版 追補
(平 30.3.5 保医発 0305 第 7 号, 平 30.3.26 保医発 0326 第 8 号による)

次の通知により、本書の内容に変更が生じたので、ご案内いたします。

1. 「使用薬剤の薬価（薬価基準）の一部改正等について」
(平成 30 年 3 月 5 日保医発 0305 第 7 号)
2. 『「薬価基準等の一部改正について」等の一部改正等について」
(平成 30 年 3 月 26 日保医発 0326 第 8 号)

以下の対象薬剤につきまして、本書に差し替えてご使用くださいますようお願い申し上げます。
(赤字が変更箇所です)

内 用 薬

先 アコファイド錠 100mg (ゼリア=アステラス)	100mg1錠	36.90	2399015F1020/622244101
---------------------------------------	---------	-------	------------------------

2399i 機能性ディスぺプシア (FD) 治療剤 アコチアミド塩酸塩水和物

適応 機能性ディスぺプシアにおける食後膨満感,上腹部膨満感,早期満腹感。

注) 上部消化管内視鏡検査等により,胃癌等の悪性疾患を含む器質的疾患を除外。

用法 1回 100mg,1日 3回食前経口投与。

保険料 ①本剤は「機能性ディスぺプシアにおける食後膨満感,上腹部膨満感,早期満腹感」と診断された場合に限り算定。その場合レセプトの傷病名に「機能性ディスぺプシア」を用いる。②レセプトの記載に当たっては,上部消化管内視鏡検査等の実施年月日を摘要欄に記入(当該検査を実施した月のみ。ただし初回は必ず記載)(平 25.5.24 保医発 0524 第 4 号,平 30.3.26 保医発 0326 第 8 号)。

禁忌 本剤(成分)に過敏症の既往歴

先 アレセンサカプセル 150mg (中外)	150mg1カプセル劇	6,614.60	4291032M3021/622443801
----------------------------------	-------------	----------	------------------------

4291 抗悪性腫瘍剤 アレクチニブ塩酸塩

適応 ALK 融合遺伝子陽性の切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌。

用法 1回 300mg,1日 2回経口投与。

保険料 ALK 融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書に記入(当該検査を実施した月のみ。ただし初回は必ず記載)(平 27.11.27 保医発 1127 第 2 号,平 30.3.26 保医発 0326 第 8 号)。

禁忌 ①本剤(成分)に過敏症の既往歴②妊婦・妊娠している可能性の婦人

先 ザーコリカプセル 200mg (ファイザー)	200mg1カプセル劇	10,060.20	4291026M1023/622149601
------------------------------------	-------------	-----------	------------------------

先 " カプセル 250mg	250mg1カプセル劇	12,362.40	4291026M2020/622149701
-----------------------	-------------	-----------	------------------------

4291 抗悪性腫瘍剤 クリゾチニブ

適応 ALK 融合遺伝子陽性・ROS1 融合遺伝子陽性の切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌。

用法 1回 250mg,1日 2回経口投与。状態により適宜減量。

保険料 ALK 融合遺伝子陽性又は ROS1 融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書に記入(当該検査を実施した月のみ。ただし初回は必ず記載)(平 24.5.29 保医発 0529 第 1 号,最終改正:平 30.3.26 保医発 0326 第 8 号)。

禁忌 本剤(成分)に過敏症の既往歴

先 ザルティア錠 2.5mg (リリー=日本新薬)	2.5mg1錠	111.70	2590016F1020/622306401
先 " 錠 5mg	5mg1錠	218.00	2590016F2027/622306501

2590i 前立腺肥大症に伴う排尿障害改善剤 タダラフィル

適応 前立腺肥大症に伴う排尿障害。

用法 1日 1回 5mg,経口投与。

注) CYP3A4 を強く阻害する薬剤を投与中の患者:1日 1回 2.5mg から開始し,状態を観察しながら適宜 5mg に増量。

保険料 適切な検査により前立腺肥大症と診断された場合に限り算定。レセプトの記載に当たっては,尿流測定検査,残尿検査,前立腺超音波検査等の診断に用いた主な検査について実施年月日を摘要欄に記入(当該検査を実施した月のみ。ただし初回は必ず記載)(平 26.4.17 保医発 0417 第 4 号,平 30.3.26 保医発 0326 第 8 号)。

禁忌 ①本剤(成分)に過敏症の既往歴②硝酸剤・一酸化窒素(NO)供与剤を投与中③可溶性グアニル酸シクラーゼ(sGC)刺激剤を投与中④次に掲げる心血管系障害を有する者:1)不安定狭心症 2)心不全(NYHA 分類Ⅲ度以上) 3)コントロール不良の不整脈,低血圧(血圧<90/50mmHg)又はコントロール不良の高血圧(安静時血圧>170/100mmHg) 4)心筋梗塞の既往歴が最近3ヶ月以内 5)脳梗塞・脳出血の既往歴が最近6ヶ月 6)重度の腎障害⑦重度の肝障害 **併禁** ①硝酸剤・NO 供与剤(ニトログリセリン,亜硝酸アミル,硝酸イソソルビド等) ②sGC 刺激剤(リオシグアト(アデムパス))

先 ゼフィックス錠 100 (GSK)	100mg1錠劇	501.30	6250020F1023/610443041
-------------------------------	----------	--------	------------------------

6250i 抗ウイルス化学療法剤 ラミブジン

適応 B 型肝炎ウイルスの増殖を伴い肝機能の異常が確認された B 型慢性肝疾患における B 型肝炎ウイルスの増殖抑制。

注) アデホビル ビボキシルを併用する場合,本剤投与中に B 型肝炎ウイルスの持続的な再増殖を伴う肝機能の悪化が確認された患者のみに併用投与。

用法 1日 1回 100mg,経口投与。

注) HIV に重複感染している患者には,抗 HIV 薬であるエビビル錠,コンビル錠,エブジコム錠を HIV 感染症に対する用法・用量により投与。

保険料 ①投与を終了する場合,終了後少なくとも 4 ヶ月間は,原則として 2 週間ごとに臨床症状と臨床検査値(HBV-DNA,ALT (GPT) 及び必要により総ビリルビン)を観察し,その後も観察を続ける。②B 型慢性肝炎の治療に十分な知識と経験を持つ医師のもとで使用された場合に算定可。③HBV-DNA,DNA ポリメラーゼ,又は HBe 抗原によりウイルスの増殖を確認した年月日(検査実施年月日)及びその結果をレセプトの摘要欄に記載。実施年月日は当該検査を実施した月のみ記載(初回は必ず記載)(平 12.11.17 保医発 190,平 30.3.26 保医発 0326 第 8 号)。

禁忌 本剤(成分)に過敏症の既往歴

(※次頁に続く)

薬効・薬価リスト平成30年版 追補
(平 30.3.5 保医発 0305 第 7 号, 平 30.3.26 保医発 0326 第 8 号による)

先	ゼルボラフ錠 240mg (中外)	240mg1 錠 劇	4,935.50 4291037F1022/622394901
---	----------------------	------------	------------------------------------

4291 抗悪性腫瘍剤 ベムラフェニブ
適応 BRAF 遺伝子変異を有する根治切除不能な悪性黒色腫。
用法 1回 960mg,1日 2回経口投与。
保険 Ⅱ BRAF 遺伝子変異を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記入(当該検査を実施した月のみ。ただし初回は必ず記載)(平 27.2.23 保医発 0223 第 2 号,平 30.3.26 保医発 0326 第 8 号)。
禁忌 本剤(成分)に過敏症の既往歴

先	タグリッソ錠 40mg (アストラゼネカ)	40mg1 錠 劇	12,482.50 4291045F1027/622472001
先	” 錠 80mg	80mg1 錠 劇	23,932.60 4291045F2023/622472101

4291 抗悪性腫瘍剤 オシメルチニブメシル酸塩
適応 EGFR チロシンキナーゼ阻害薬に抵抗性の EGFR T790M 変異陽性の手術不能又は再発非小細胞肺癌。
用法 1日 1回 80mg,経口投与。状態により適宜減量。
保険 Ⅱ EGFR T790M 変異陽性を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記入(当該検査を実施した月のみ。ただし初回は必ず記載)(平 28.5.24 保医発 0524 第 1 号,平 30.3.26 保医発 0326 第 8 号)。
禁忌 ①本剤(成分)に過敏症の既往歴②妊婦・妊娠している可能性の婦人

先	タフィンラーカプセル 50mg (ノバルティス)	50mg1 カプセル 劇	4,860.60 4291046M1020/622484901
先	” カプセル 75mg	75mg1 カプセル 劇	7,156.50 4291046M2027/622485001

4291 抗悪性腫瘍剤 ダブラフェニブメシル酸塩
適応 BRAF 遺伝子変異を有する根治切除不能な悪性黒色腫。BRAF 遺伝子変異を有する切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌(2018年3月付添付文書改訂による)。
用法 悪性黒色腫 1回 150mg,1日 2回,空腹時経口投与。非小細胞肺癌 トラメチニブとの併用で1回 150mg,1日 2回,空腹時経口投与。以上,状態により適宜減量。
保険 Ⅱ BRAF 遺伝子変異を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記入(当該検査を実施した月のみ。ただし初回は必ず記載)(平 28.5.24 保医発 0524 第 1 号,平 30.3.26 保医発 0326 第 8 号)。
禁忌 ①本剤(成分)に過敏症の既往歴②妊婦・妊娠している可能性の婦人

先	チャンピックス錠 0.5mg (ファイザー)	0.5mg1 錠 劇	136.40 7990003F1028/620006776
先	” 錠 1mg	1mg1 錠 劇	244.20 7990003F2024/620006777

7990i 禁煙補助薬 バレニコリン酒石酸塩
適応 ニコチン依存症の喫煙者に対する禁煙補助。
用法 1回 0.5mg,第 1~3 日目は 1日 1回食後,第 4~7 日目は 1日 2回朝夕食後経口投与。第 8 日目以降は 1回 1mg,1日 2回朝夕食後経口投与。投与期間は 12 週間。
注) ①原則として他の禁煙補助薬と併用しない。②忍容性に問題がある場合,1回 0.5mg,1日 2回に減量可。③重度の腎機能障害患者の場合,1日 1回 0.5mg より開始,必要により最大 1回 0.5mg,1日 2回に増量。

保険 Ⅱ ①薬剤料については,ニコチン依存症管理料の算定に伴って処方された場合に限り算定可。処方箋による投薬の場合は,処方箋の「備考」欄に「ニコチン依存症管理料の算定に伴う処方である。」と記載。②①にかかわらず,ニコチン依存症管理料を算定する禁煙治療を行っている患者が,何らかの理由により入院治療を要することとなった場合,ニコチン依存症管理料の施設基準を届け出ている保険医療機関に入院し,患者本人の強い禁煙意志に基づき禁煙治療を継続した場合に限り,入院している保険医療機関で当該禁煙治療に要した本剤の薬剤料の算定可。当該薬剤料の算定に当たっては,外来で実施されていた禁煙治療の内容を十分に踏まえ,継続して計画的な禁煙指導を行うために本剤が処方された場合に認める。診療報酬請求の際,診療報酬明細書の摘要欄に「外来にてニコチン依存症管理料の算定患者に対し処方」と記載。入院の期間は,ニコチン依存症管理料の算定期間である 12 週間には含めないものとし,当該入院中の処方については,ニコチン依存症管理料の算定可能な治療回数 5 回には含めない(平 20.4.18 保医発 0418002,平 30.3.26 保医発 0326 第 8 号)。

禁忌 本剤(成分)に過敏症の既往歴

先	ミカトリオ配合錠 (日本ベーリンガー・インゲルヘイム)	1 錠 劇	162.70 2149122F1026/622516502
---	--------------------------------	-------	----------------------------------

2149T 胆汁排泄型持続性 AT₁ 受容体ブロック剤/持続性 Ca 拮抗薬/利尿薬合剤 テルミサルタン・アムロジピンベシル酸塩・ヒドロクロロチアジド配合剤

適応 高血圧症。
用法 1日 1回 1錠,経口投与。本剤は高血圧治療の第一選択薬としての使用不可。
保険 Ⅱ ①原則として,テルミサルタン 80mg,アムロジピン 5mg 及びヒドロクロロチアジド 12.5mg を 8 週間以上,同一用法・用量で継続して使用し,安定した血圧コントロールが得られている場合に,本製剤への切り替えを検討。②本製剤への切り替えに当たっては,次の事項を切り替えた月の診療報酬明細書の摘要欄に記載/(1)テルミサルタン 80mg,アムロジピン 5mg 及びヒドロクロロチアジド 12.5mg の併用療法として使用していた品名及び使用期間,(2)テルミサルタン 80mg,アムロジピン 5mg 及びヒドロクロロチアジド 12.5mg の併用療法における血圧コントロールの状況及び安定した血圧コントロールが得られていると判断した際に参照した血圧測定値及び当該血圧測定の実施年月日。③(削除)(平 28.12.26 保医発 1226 第 8 号,平 30.3.26 保医発 0326 第 8 号)。
禁忌 ①本剤(成分),ジヒドロピリジン系化合物およびチアジド系薬剤またはその類似化合物(例えばクロルタリドン等のスルホンアミド誘導体)に過敏症の既往歴②妊婦・妊娠している可能性の婦人③肝障害④無尿・血液透析中⑤急性腎障害⑥体液中のナトリウム・カリウムが明らかに減少している者⑦アリスキレンフマル酸塩を投与中の糖尿病(ただし,他の降圧治療を行ってもなお血圧のコントロールが著しく不良の患者を除く)

(※次頁に続く)

薬効・薬価リスト平成30年版 追補

(平 30.3.5 保医発 0305 第 7 号, 平 30.3.26 保医発 0326 第 8 号による)

先	メキシスト錠 0.5mg (ノバルティス)	0.5mg1 錠 劇	7,731.70 4291047F1026/622485101
先	錠 2mg	2mg1 錠 劇	29,021.00 4291047F2022/622485201

4291 抗悪性腫瘍剤 トラメチニブ ジメチルスルホキシド付加物

適応 BRAF 遺伝子変異を有する根治切除不能な悪性黒色腫。BRAF 遺伝子変異を有する切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌 (2018 年 3 月付添付文書改訂による)。

用法 ダブラフェニブとの併用で 1 日 1 回 2mg, 空腹時経口投与。状態により適宜減量。

保険性 BRAF 遺伝子変異を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記入 (当該検査を実施した月のみ。ただし初回は必ず記載) (平 28.5.24 保医発 0524 第 1 号, 平 30.3.26 保医発 0326 第 8 号)。

禁忌 本剤 (成分) に過敏症の既往歴

外用薬

先	ニコチネル TTS10 (GSKCHJ=アルフレッサファーマ)	(17.5mg) 10cm ² 1 枚	349.40 7990712S1022/620003490
先	TTS20	(35mg) 20cm ² 1 枚	368.10 7990712S2029/620003491
先	TTS30	(52.5mg) 30cm ² 1 枚	393.80 7990712S3025/620003492

7990i 禁煙補助剤 ニコチン

適応 循環器・呼吸器・消化器・代謝性疾患等の基礎疾患を持ち, 医師により禁煙が必要と診断された禁煙意志の強い喫煙者が医師の指導の下に行う禁煙の補助。

用法 1 日 1 回 1 枚, 24 時間貼付。最初の 4 週間はニコチネル TTS30 から貼付し, 次の 2 週間は同 20, 最後の 2 週間は同 10 を貼付。最初の 4 週間に減量の必要が生じた場合, 同 20 を貼付。10 週間を超えての継続投与不可。

保険性 ①薬剤料については, ニコチン依存症管理料の算定に伴って処方された場合に限り算定可。処方箋による投薬の場合は, 処方箋の「備考」欄に「ニコチン依存症管理料の算定に伴う処方である。」と記載。②①にかかわらず, ニコチン依存症管理料を算定する禁煙治療を行っている患者が, 何らかの理由により入院治療を要することとなった場合, ニコチン依存症管理料の施設基準を届け出ている保険医療機関に入院し, 患者本人の強い禁煙意志に基づき禁煙治療を継続した場合に限り, 入院している保険医療機関で当該禁煙治療に要した本剤の薬剤料の算定可。当該薬剤料の算定に当たっては, 外来で実施されていた禁煙治療の内容を十分に踏まえ, 継続して計画的な禁煙指導を行うために本剤が処方された場合に認めるが, 突然の休薬等に伴う単なる離脱症状への対応等として本剤が処方された場合は算定不可。診療報酬請求の際, 診療報酬明細書の摘要欄に「外来にてニコチン依存症管理料の算定患者に対し処方」と記載。入院の期間は, ニコチン依存症管理料の算定期間である 12 週間には含めないものとし, 当該入院中の処方については, ニコチン依存症管理料の算定可能な治療回数 5 回には含めない。(平 18.6.1 保医発 0601001, 最終改正: 平 30.3.26 保医発 0326 第 8 号)。

禁忌 ①非喫煙者②妊婦・妊娠している可能性の婦人, 授乳婦③不安定狭心症, 急性期の心筋梗塞 (発症後 3 ヶ月以内), 重篤な不整脈, 経皮的冠動脈形成術直後, 冠動脈バイパス術直後④脳血管障害回復初期⑤本剤 (成分) に過敏症の既往歴

先	同	バクトロバン鼻腔用軟膏 2% (GSK)	2%1g	549.40 6119700M1035/620006477
---	---	-------------------------	------	----------------------------------

6119i 鼻腔内 MRSA 除菌剤 ムピロシムカルシウム水和物

適応 <適応菌種> ムピロシム感性のメチシリン耐性黄色ブドウ球菌 (MRSA)。<適応症> 次の患者及び個人の保菌する鼻腔内のメチシリン耐性黄色ブドウ球菌 (MRSA) の除菌/MRSA 感染症発症の危険性の高い免疫機能の低下状態にある患者 (易感染患者), 易感染患者から隔離することが困難な入院患者, 易感染患者に接する医療従事者。

用法 適量を 1 日 3 回鼻腔内に塗布。

保険性 ①各病室の入口に速乾式手洗い液等の MRSA に対して有効な消毒液が設置されており, MRSA 感染対策がとられている保険医療機関において, 効能に定める患者に使用した場合に算定。②投与は必要最小限の期間 (3 日間程度) にとどめる。③易感染患者から隔離することが困難な入院患者に対する使用については, 2 名以下の患者が収容されている病室に易感染患者とともに入院している者に対して使用した場合に限り算定できる (使用に係る薬剤料は易感染患者分として算定, 易感染患者のレセプト摘要欄に隔離困難患者に投与した旨記載。また易感染患者の診療録に隔離困難患者への投与内容及び「易感染患者から隔離することが困難な入院患者に投与」と記載) (平 8.9.6 保医発 126, 平 30.3.26 保医発 0326 第 8 号)。

禁忌 本剤 (成分) に過敏症の既往歴

注射薬

先	シンポニー皮下注 50mg シリンジ (ヤンセン=田辺三菱)	50mg0.5mL1 筒 劇	121.527 3999433G1024/622070002
---	-----------------------------------	----------------	-----------------------------------

3999i ヒト型抗ヒト TNF α モノクローナル抗体製剤 ギリムアブ (遺伝子組換え)

適応 既存治療で効果不十分な関節リウマチ (関節の構造的損傷の防止を含む)。中等症から重症の潰瘍性大腸炎の改善及び維持療法 (既存治療で効果不十分な場合に限る)。

用法 [関節リウマチ] メトトレキサート併用 1 回 50mg, 4 週に 1 回, 皮下注。状態に応じ, 1 回 100mg, 使用可。メトトレキサート非併用 1 回 100mg, 4 週に 1 回, 皮下注。[潰瘍性大腸炎] 初回 200mg, 初回投与 2 週後に 100mg, 皮下注。初回投与 6 週後以降は 1 回 100mg, 4 週に 1 回, 皮下注。

保険性 ①潰瘍性大腸炎への投与開始に当たっては, 次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載/ア 他の薬物療法として使用していた薬剤の品名及び使用期間, イ 本剤の投与が必要と判断した理由。②針付注入器一体型のキットであるので, 在宅自己注射指導管理料を算定する場合, 注入器加算及び注入器用注射針加算は算定できない (平 23.9.12 保医発 0912 第 1 号, 最終改正: 平 30.3.26 保医発 0326 第 8 号)。

禁忌 ①重篤な感染症 (敗血症等) ②活動性結核③本剤 (成分) に過敏症の既往歴④脱髄疾患 (多発性硬化症等)・その既往歴⑤うっ血性心不全

(※次頁に続く)

薬効・薬価リスト平成30年版 追補

(平 30. 3. 5 保医発 0305 第 7 号, 平 30. 3. 26 保医発 0326 第 8 号による)

先	スピラザ髄注 12mg (バイオジェン)	12mg5mL1 瓶 1190403A1022/622567201	9,320,424
---	-------------------------	--------------------------------------	-----------

1190 脊髄性筋萎縮症治療剤 ヌシネルセンナトリウム

適応 脊髄性筋萎縮症。

注) SMN1 遺伝子の欠失又は変異を有し, SMN2 遺伝子のコピー数が 1 以上であることが確認された患者に投与。

用法 乳児型脊髄性筋萎縮症 1 回量を, 初回投与後, 2 週, 4 週及び 9 週に 1~3 分かけて髄腔内注。以降 4 ヶ月間隔で投与。乳児型以外の脊髄性筋萎縮症 1 回量を, 初回投与後, 4 週及び 12 週に 1~3 分かけて髄腔内注。以降 6 ヶ月間隔で投与。以上, 1 回量, 0~90 日齢は 9.6mg (4mL), 91~180 日齢は 10.3mg (4.3mL), 181~365 日齢は 10.8mg (4.5mL), 366~730 日齢は 11.3mg (4.7mL), 731 日齢~は 12mg (5mL)。

注) 早産児は在胎週数を考慮して用量を調節。

保険 SMN1 遺伝子の欠失又は変異を有し, SMN2 遺伝子のコピー数が 1 以上であることを確認した遺伝子検査の実施年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載(当該検査を実施した月のみ。ただし初回は必ず記載)(平 29.8.29 保医発 0829 第 8 号, 平 30.3.26 保医発 0326 第 8 号)。

禁忌 本剤(成分)に過敏症の既往歴

先	ハーセプチン注射用 60 (中外)	60mg1 瓶(溶解液付) 4291406D3021/622069801	19,547
---	----------------------	---	--------

先	” 注射用 150	150mg1 瓶(溶解液付) 4291406D4028/622069901	45,512
---	-----------	--	--------

4291 抗悪性腫瘍剤 トラスツズマブ(遺伝子組換え)

適応 HER2 過剰発現が確認された乳癌。HER2 過剰発現が確認された治癒切除不能な進行・再発の胃癌。

用法 乳癌には A 法又は B 法, 治癒切除不能な進行・再発の胃癌には他の抗悪性腫瘍剤との併用で B 法を使用。A 法 1 日 1 回, 初回 4mg/kg, 2 回目以降は 2mg/kg, 90 分以上かけて 1 週間間隔で点滴静注。B 法 1 日 1 回, 初回 8mg/kg, 2 回目以降は 6mg/kg, 90 分以上かけて 3 週間間隔で点滴静注。以上, 初回投与の忍容性が良好であれば 2 回目以降の投与時間は 30 分間まで短縮可。

注) ①何らかの理由により予定された投与が遅れた際には, 次の投与が望ましい/予定日より 1 週間以内の遅れで投与する場合, A 法は 2mg/kg, B 法は 6mg/kg を投与。予定日より 1 週間を超えた後に投与する場合は初回量(A 法: 4mg/kg, B 法: 8mg/kg)で投与, 次回以降は A 法は 2mg/kg を 1 週間間隔で, B 法は 6mg/kg を 3 週間間隔で投与。②添付の㊟注射用水(注射用 60: 3.0mL, 注射用 150: 7.2mL)により溶解後, 必要量を取り, 直ちに㊟生理食塩液 250mL に希釈し投与。

保険 ①緊急時に十分な対応が可能な施設及び癌化学療法に十分な経験を持つ医師のもとで, 使用上の注意等を遵守の上投与する。②レセプトの摘要欄に HER2 過剰発現を確認した検査の実施年月日について記載(当該検査を実施した月のみ。ただし初回は必ず記載)(平 13.6.1 保医発 151, 最終改正: 平 30.3.26 保医発 0326 第 8 号)。

禁忌 本剤(成分)に過敏症の既往歴

先	ポテリジオ点滴静注 20mg (協和発酵キリン)	20mg5mL1 瓶 劇 4291422A1021/622149401	168,106
---	-----------------------------	--	---------

4291 抗悪性腫瘍剤 モガムリズマブ(遺伝子組換え)

適応 CCR4 陽性の成人 T 細胞白血病リンパ腫。再発又は難治性の CCR4 陽性の末梢性 T 細胞リンパ腫。再発又は難治性の CCR4 陽性の皮膚 T 細胞性リンパ腫。

用法 [成人 T 細胞白血病リンパ腫] 1 回 1mg/kg, 1 週間間隔で 8 回, 点滴静注。他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合, 1 回 1mg/kg, 2 週間間隔で 8 回, 点滴静注。化学療法未治療例には他の抗悪性腫瘍剤と併用。[その他] 1 回 1mg/kg, 1 週間間隔で 8 回, 点滴静注。

注) ①投与 30 分前に抗ヒスタミン剤, 解熱鎮痛剤, 副腎皮質ホルモン剤等の前投与を行う。②200~250mL の㊟生理食塩液に添加し, 2 時間かけて点滴静注。

保険 CCR4 陽性を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書に記入(当該検査を実施した月のみ。ただし初回は必ず記載)(平 24.5.29 保医発 0529 第 1 号, 平 30.3.26 保医発 0326 第 8 号)。

禁忌 本剤(成分)に過敏症の既往歴

(※次頁に続く)

薬効・薬価リスト平成30年版 追補
(平 30.3.5 保医発 0305 第 7 号, 平 30.3.26 保医発 0326 第 8 号による)

先	リツキサン注 10mg/mL (全薬=中外)	100mg10mL1 瓶 32,212 4291407A1027/640451030
先	" 注 10mg/mL	500mg50mL1 瓶 157,855 4291407A2023/640451031

4291 抗 CD20 モノクローナル抗体 リツキシマブ(遺伝子組換え)

適応 CD20 陽性の B 細胞性非ホジキンリンパ腫。免疫抑制状態下の CD20 陽性の B 細胞性リンパ増殖性疾患。ヴェゲナ肉芽腫症、顕微鏡的多発血管炎。難治性のネフローゼ症候群(頻回再発型又はステロイド依存性を示す場合)。慢性特発性血小板減少性紫斑病。次の ABO 血液型不適合移植における抗体関連型拒絶反応の抑制/腎移植、肝移植。インジウム (¹¹¹In) イブリツモマブ チウキセタン(遺伝子組換え)注射液及びイットリウム (⁹⁰Y) イブリツモマブ チウキセタン(遺伝子組換え)注射液投与の前投与。

用法 用時、生理食塩液又は 5%ブドウ糖注射液で 10 倍に希釈し使用。〔B 細胞性非ホジキンリンパ腫〕成人 1 回 375mg/m²、1 週間間隔で点滴静注。最大投与回数は 8 回。他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合、併用する抗悪性腫瘍剤の投与間隔に合わせて 1 サイクルあたり 1 回投与。**維持療法** 成人 1 回 375mg/m²、点滴静注。投与間隔は 8 週間を目安とし、最大投与回数は 12 回。〔B 細胞性リンパ増殖性疾患〕1 回 375mg/m²、1 週間間隔で点滴静注。最大投与回数は 8 回。〔ヴェゲナ肉芽腫症、顕微鏡的多発血管炎、慢性特発性血小板減少性紫斑病〕成人 1 回 375mg/m²、1 週間間隔で 4 回、点滴静注。〔ネフローゼ症候群〕1 回 375mg/m²、1 週間間隔で 4 回、点滴静注。1 回最大量 500mg まで。〔ABO 血液型不適合移植〕1 回 375mg/m²、点滴静注。状態により適宜減量。〔注射液投与の前投与〕成人 1 回 250mg/m²、点滴静注。

注) ①本剤投与時に頻発して現れる infusion reaction (発熱、悪寒、頭痛等)を軽減させるために、投与 30 分前に抗ヒスタミン剤、解熱鎮痛剤等の前投与を行う。②ABO 血液型不適合移植:腎移植は原則移植 2 週間前及び 1 日前に 2 回、点滴静注。肝移植は原則移植 2 週間以上前に 1 回点滴静注し、抗体価又は B 細胞数の減少が不十分な場合さらに 1 回追加投与。

保険料 ①緊急時に十分措置できる医療施設において造血器腫瘍、自己免疫疾患、ネフローゼ症候群及び慢性特発性血小板減少性紫斑病の治療、並びに腎移植あるいは肝移植に対して十分な経験を持つ医師のもとで、本剤の投与が適切と判断される症例についてのみ投与。②CD20 陽性の B 細胞性非ホジキンリンパ腫及び免疫抑制状態下の CD20 陽性の B 細胞性リンパ増殖性疾患に用いる場合、レセプトの摘要欄に、CD20 陽性を確認した検査の実施年月日について記載(当該検査を実施した月のみ。ただし初回は必ず記載)(平 13.8.31 保医発 224、最終改正:平 30.3.26 保医発 0326 第 8 号)。

禁忌 本剤(成分)・マウス蛋白質由来製品に対する重篤な過敏症又はアナフィラキシー反応の既往歴