

薬効・薬価リスト平成30年版 追補
(平成30年4月17日告示・18日適用)

内 用 薬

先	アトーゼット配合錠 LD	1錠	177.00
	(MSD=バイエル)	2189101F1020/622584101	
先	アトーゼット配合錠 HD	1錠	177.00
		2189101F2026/622584201	

2189J 小腸コレステロールトランスポーター阻害剤/HMG-CoA還元酵素阻害剤配合剤 エゼチミブ・アトルバスタチンカルシウム水和物配合剤

適応 高コレステロール血症,家族性高コレステロール血症。
注) ①本剤は高コレステロール血症,家族性高コレステロール血症治療の第一選択薬としての使用不可。②ホモ接合体性家族性高コレステロール血症: LDLアフェレーシス等の非薬物療法の補助として,あるいはそれらの治療法が実施不能な場合に本剤の適用を考慮。

用法 1日1回1錠,食後経口投与。

禁忌 ①本剤(成分)に過敏症の既往歴②重篤な肝機能障害及び肝代謝能が低下していると考えられる次のような者:急性肝炎,慢性肝炎の急性増悪,肝硬変,肝癌,黄疸③妊婦・妊娠している可能性の婦人,授乳婦④テラプレビル,オムビタスビル・パリタプレビル・リトナビルを投与中 **併禁** ①テラプレビル(テラビック)②オムビタスビル・パリタプレビル・リトナビル(ヴィキラックス)

(薬価基準収載日:平30.4.18)

※(揭示事項等告示)当品目は新医薬品の処方日数制限対象外。

先	ゲーフィス錠 5mg	5mg1錠	105.80
	(EAファーマ=持田)	2359008F1025/622564801	

2359i 胆汁酸トランスポーター阻害剤 エロビキシバット水和物

適応 慢性便秘症(器質的疾患による便秘を除く)。

用法 1日1回10mg,食前経口投与。症状により適宜増減。最高量1日15mg。

保険料 他の便秘症治療薬(ルビプロストン製剤を除く)で効果不十分な場合に使用(平30.4.17保医発0417第3号)。

禁忌 ①本剤(成分)に過敏症の既往歴②腫瘍,ヘルニア等による腸閉塞が確認されている・疑われる者

(薬価基準収載日:平30.4.18,投与:14日まで)

先	サチュロ錠 100mg	100mg1錠 劇	21,872.50
	(ヤンセン)	6222007F1023/622609101	

6222 結核化学療法剤 ベダキリンフマル酸塩

適応 <適応菌種>本剤感性的結核菌。<適応症>多剤耐性肺結核。

用法 必ず他の抗結核薬と併用。投与開始から2週間は1日1回400mg,食直後経口投与。その後3週以降は1回200mg,週3回,48時間以上の間隔をあけて食直後経口投与。

注) ①原則として他の抗結核薬及び本剤に対する感受性(耐性)を確認し,感受性を有する既存の抗結核薬3剤以上に本剤を上乗せして併用。②投与期間は原則として6ヶ月であり,これを超えて使用する場合は継続を慎重に判断。

禁忌 本剤(成分)に過敏症の既往歴

(薬価基準収載日:平30.4.18,投与:14日まで)

先	シダキュアスギ花粉舌下錠	2,000JAU1錠	57.70
		2,000JAU (鳥居)	4490035F1027/622626901
先	スギ花粉舌下錠	5,000JAU1錠	144.10
		5,000JAU	4490035F2023/622627001

4490 スギ花粉症の減感作療法(アレルゲン免疫療法)薬スギ花粉エキス

適応 スギ花粉症(減感作療法)。

用法 投与開始後1週間は2,000JAUを1日1回1錠,2週目以降は5,000JAUを1日1回1錠,舌下に1分間保持後飲み込む。その後5分間はうがい・飲食を控える。

禁忌 ①本剤にショックの既往歴②重症の気管支喘息

(薬価基準収載日:平30.4.18,投与:14日まで)

先	ネキシウム懸濁用顆粒分包 10mg	10mg1包	80.60
	(アストラゼネカ=第一三共)	2329029D1027/622624801	

2329i プロトンポンプ・インヒビター エソメプラゾールマグネシウム水和物

適応 胃潰瘍,十二指腸潰瘍,吻合部潰瘍,逆流性食道炎,非びらん性胃食道逆流症,Zollinger-Ellison症候群,非ステロイド性抗炎症薬投与時における胃潰瘍又は十二指腸潰瘍の再発抑制,低用量アスピリン投与時における胃潰瘍又は十二指腸潰瘍の再発抑制。次におけるヘリコバクター・ピロリの除菌の補助/胃潰瘍,十二指腸潰瘍,胃MALTリンパ腫,特発性血小板減少性紫斑病,早期胃癌に対する内視鏡的治療後胃,ヘリコバクター・ピロリ感染胃炎。

用法 [胃・十二指腸潰瘍,吻合部潰瘍,Zollinger-Ellison症候群]成人1日1回20mg,経口投与。胃潰瘍,吻合部潰瘍は8週間まで。十二指腸潰瘍は6週間まで。1歳以上の幼児・小児 体重20kg未満は1日1回10mg,20kg以上は症状に応じ1日1回10~20mg,経口投与。胃潰瘍,吻合部潰瘍は8週間まで。十二指腸潰瘍は6週間まで。[逆流性食道炎]成人1日1回20mg,経口投与。投与は8週間まで。再発・再燃を繰り返す逆流性食道炎の維持療法は1日1回10~20mg,経口投与。1歳以上の幼児・小児 体重20kg未満は1日1回10mg,20kg以上は症状に応じ1日1回10~20mg,経口投与。投与は8週間まで。[非びらん性胃食道逆流症]成人・1歳以上の幼児・小児1日1回10mg,経口投与。投与は4週間まで。[非ステロイド性抗炎症薬投与時・低用量アスピリン投与時の胃・十二指腸潰瘍の再発抑制]成人1日1回20mg,経口投与。[ヘリコバクター・ピロリの除菌補助]成人1回20mg,アモキシシリン水和物1回750mg,クラリスロマイシン1回200mgの3剤を同時に1日2回,7日間経口投与。クラリスロマイシンは必要により適宜増量可。ただし1回400mg,1日2回まで。プロトンポンプインヒビター,アモキシシリン水和物,クラリスロマイシン併用による除菌治療が不成功の場合,代替治療として1回20mg,アモキシシリン水和物1回750mg,メトロニダゾール1回250mgの3剤を同時に1日2回,7日間経口投与。以上,いずれも用時水で懸濁。

保険料 本製剤は既収載品と有効成分が同一であり,今般カプセル剤である既収載品において小児における用法・用量が追加されたことに伴い,当該用法・用量に必要な製剤として承認された剤形追加医薬品であることから,新医薬品に係る14日間の投薬期間制限は適用されない(平30.4.17保医発0417第3号)。

禁忌 ①本剤(成分)に過敏症の既往歴②アタザナビル硫酸塩,リルビリン塩酸塩を投与中 **併禁** ①アタザナビル硫酸塩(レイアタツ)②リルビリン塩酸塩(エジュラント)

(薬価基準収載日:平30.4.18)

(※次頁に続く)

薬効・薬価リスト平成30年版 追補
(平成30年4月17日告示・18日適用)

先	ネキシウム懸濁用顆粒分包 20mg	20mg1包	140.30
	(アストラゼネカ=第一三共) 2329029D2023/622624901		

2329i プロトンポンプ・インヒビター エソメプラゾールマ
グネシウム水和物

適応 胃潰瘍,十二指腸潰瘍,吻合部潰瘍,逆流性食道炎,Zollinger-Ellison 症候群,非ステロイド性抗炎症薬投与時における胃潰瘍又は十二指腸潰瘍の再発抑制,低用量アスピリン投与時における胃潰瘍又は十二指腸潰瘍の再発抑制。次におけるヘリコバクター・ピロリの除菌の補助/胃潰瘍,十二指腸潰瘍,胃 MALT リンパ腫,特発性血小板減少性紫斑病,早期胃癌に対する内視鏡的治療後胃,ヘリコバクター・ピロリ感染胃炎。

用法 [胃・十二指腸潰瘍,吻合部潰瘍,Zollinger-Ellison 症候群] 成人 1日1回 20mg,経口投与。胃潰瘍,吻合部潰瘍は8週間まで。十二指腸潰瘍は6週間まで。体重 20kg 以上の幼児・小児 症状に応じ1日1回 10~20mg,経口投与。胃潰瘍,吻合部潰瘍は8週間まで。十二指腸潰瘍は6週間まで。

[逆流性食道炎] 成人 1日1回 20mg,経口投与。投与は8週間まで。再発・再燃を繰り返す逆流性食道炎の維持療法は1日1回 10~20mg,経口投与。体重 20kg 以上の幼児・小児 症状に応じ1日1回 10~20mg,経口投与。投与は8週間まで。[非ステロイド性抗炎症薬投与時・低用量アスピリン投与時の胃・十二指腸潰瘍の再発抑制] 成人 1日1回 20mg,経口投与。[ヘリコバクター・ピロリの除菌補助] 成人 1回 20mg,アモキシシリン水和物 1回 750mg,クラリスロマイシン 1回 200mg の3剤を同時に1日2回,7日間経口投与。クラリスロマイシンは必要により適宜増量可。ただし1回 400mg,1日2回まで。プロトンポンプインヒビター,アモキシシリン水和物,クラリスロマイシン併用による除菌治療が不成功の場合,代替治療として1回 20mg,アモキシシリン水和物 1回 750mg,メトロニダゾール 1回 250mg の3剤を同時に1日2回,7日間経口投与。以上,いずれも用時水で懸濁。

保険性 本製剤は既収載品と有効成分が同一であり,今般カプセル剤である既収載品において小児における用法・用量が追加されたことに伴い,当該用法・用量に必要な製剤として承認された剤形追加医薬品であることから,新医薬品に係る14日間の投薬期間制限は適用されない(平30.4.17 保医発0417第3号)。

禁忌 ①本剤(成分)に過敏症の既往歴②アタザナビル硫酸塩,リルピピリン塩酸塩を投与中 **併禁** ①アタザナビル硫酸塩(レイアックツ)②リルピピリン塩酸塩(エジュラント)

(薬価基準収載日:平30.4.18)

先	リムパーザ錠 100mg	100mg1錠劇	3,996.00
	(アストラゼネカ) 4291052F1027/622606901		

先	錠 150mg	150mg1錠劇	5,932.50
	4291052F2023/622607001		

4291 抗悪性腫瘍剤 オラパリブ

適応 白金系抗悪性腫瘍剤感受性の再発卵巣癌における維持療法。

注)再発時の白金系抗悪性腫瘍剤を含む化学療法で奏効が維持されている患者を対象とする。

用法 1回 300mg,1日2回経口投与。状態により適宜減量。注)100mg 錠と150mg 錠の生物学的同等性は示されていないため,300mg を投与する際100mg 錠を使用しない。

禁忌 本剤(成分)に過敏症の既往歴

(薬価基準収載日:平30.4.18,投与:14日まで)

先	レキサルティ錠 1mg	1mg1錠劇	268.90
	(大塚製薬) 1179058F1020/622585401		

先	錠 2mg	2mg1錠劇	509.20
	1179058F2027/622585301		

1179i 抗精神病剤 プレクスピラゾール

適応 統合失調症。

用法 1日1回 1mg から開始後,4日以上の間隔をあけて増量し,1日1回 2mg,経口投与。

注)本剤と CYP2D6 阻害剤(キノジン,パロキセチン等)・強い CYP3A4 阻害剤(イトラコナゾール,クラリスロマイシン等)を併用する場合,又は CYP2D6 の活性が欠損していることが判明している患者は次の用量調節を行う/CYP2D6 阻害剤又は強い CYP3A4 阻害剤のいずれかを併用,又は CYP2D6 の活性が欠損していることが判明している患者:1日1回 1mg。CYP2D6 阻害剤及び強い CYP3A4 阻害剤のいずれも併用,又は CYP2D6 の活性が欠損していることが判明している患者が強い CYP3A4 阻害剤を併用:1回 1mg,2日に1回。

禁忌 ①昏睡状態②バルビツール酸誘導体・麻酔剤等の中枢神経抑制剤の強い影響下にある者③アドレナリンを投与中(アドレナリンをアナフィラキシーの救急治療に使用する場合を除く)④本剤(成分)に過敏症の既往歴 **併禁** アドレナリン(アナフィラキシーの救急治療に使用する場合を除く)(ボスミン)

(薬価基準収載日:平30.4.18,投与:14日まで)

外用薬

先	アレサガテープ 4mg	4mg1枚	67.50
	(久光) 4490700S1029/622607101		

先	テープ 8mg	8mg1枚	93.10
	4490700S2025/622607201		

4490 経皮吸収型アレルギー性鼻炎治療剤 エメダスチンフ
マル酸塩

適応 アレルギー性鼻炎。

用法 1回 4mg,胸部,上腕部,背部又は腹部のいずれかに貼付し,24時間ごとに貼り替える。症状により1回 8mg に増量可。

禁忌 本剤(成分)に過敏症の既往歴

(薬価基準収載日:平30.4.18,投与:14日まで)

注射薬

先	イストダックス点滴静注用 10mg	10mg1瓶劇	109,753
	(セルジーン) (溶解液付) 4291440D1026/622573001		

4291 抗悪性腫瘍剤 ロミデプシン

適応 再発又は難治性の末梢性 T 細胞リンパ腫。

用法 1回 14mg/m²,1,8,15日目に4時間かけて点滴静注後,休業(16~28日目)。この28日間を1サイクルとし繰り返す。状態により適宜減量。

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

(※次頁に続く)

薬効・薬価リスト平成30年版 追補
(平成30年4月17日告示・18日適用)

先	イブリーフ静注 20mg (千寿=武田)	20mg2mL1 瓶 静 13, 012 2190417A1029/622624601
---	-------------------------	--

2190i 未熟児動脈管開存症治療剤 イブプロフェン L-リシン

適応 次の疾患で保存療法(水分制限,利尿剤投与等)が無効の場合/未熟児動脈管開存症。

用法 通常3回投与。初回10mg/kg,2・3回目は5mg/kg,15分以上かけて24時間間隔で静注。

注) ①投与時間の上限の目安は1時間。②無尿又は著しい乏尿(尿量:0.6mL/時/kg未滴)が明らかな場合は2・3回目の投与を行わない。③希釈の場合◎ブドウ糖注射液(5又は10%)又は◎生理食塩液を使用。

禁忌 ①動脈管依存性の先天性心疾患(肺動脈閉鎖,ファロー四徴症,大動脈縮窄症等)②重篤な腎機能障害③高度の黄疸④消化管出血⑤壊死性腸炎・その疑い⑥頭蓋内出血⑦血小板減少症⑧血液凝固障害のある者

先	テセントリク点滴静注 1200mg (中外)	1,200mg20mL1 瓶 劇 625, 567 4291441A1024/622594601
---	---------------------------	---

4291 抗悪性腫瘍剤 アテゾリズマブ(遺伝子組換え)

適応 切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌。

用法 1回1200mg,60分かけて3週間間隔で点滴静注。初回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) 投与時は本剤20mLを注射筒で抜き取り◎生理食塩液約250mLに添加。

保険料 ①最適使用推進ガイドラインに従い,有効性及び安全性に関する情報が十分蓄積するまでの間,本剤の恩恵を強く受けることが期待される患者に対して使用するとともに,副作用が発現した際に必要な対応をとることが可能な一定の要件を満たす医療機関で使用するように十分留意する。②切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌の治療に用いる場合,次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載:(1)次に掲げる施設のうち,該当するもの(「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載)ノア 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等(都道府県がん診療連携拠点病院,地域がん診療連携拠点病院,地域がん診療病院など)。イ 特定機能病院。ウ 都道府県知事が指定するがん診療連携病院(がん診療連携指定病院,がん診療連携協力病院,がん診療連携推進病院など)。エ 外来化学療法室を設置し,外来化学療法加算1又は外来化学療法加算2の施設基準に係る届出を行っている施設。オ 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設。(2)次に掲げる医師の要件のうち,本剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載)ノア 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち,2年以上は,がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。イ 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち,3年以上は,肺癌のがん薬物療法を含む呼吸器病学の臨床研修を行っていること(平30.4.17保医発0417第4号)。

禁忌 本剤(成分)に過敏症の既往歴

先	デュピクセント皮下注 300mg シリンジ (サノフィ)	300mg2mL1 筒 劇 81, 640 4490405G1024/622608101
---	---------------------------------	---

4490 ヒト型抗ヒトIL-4/13受容体モノクローナル抗体デュピルマブ(遺伝子組換え)

適応 既存治療で効果不十分なアトピー性皮膚炎。

注) ①原則として病変部位の状態に応じ抗炎症外用剤を併用。②本剤投与時も保湿外用剤を継続使用。

用法 初回600mg,皮下注。その後は1回300mg,2週間隔で皮下注。

保険料 ①最適使用推進ガイドラインに従い,有効性及び安全性に関する情報が十分蓄積するまでの間,本剤の恩恵を強く受けることが期待される患者に対して使用するとともに,副作用が発現した際に必要な対応をとることが可能な一定の要件を満たす医療機関で使用するように十分留意する。②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。継続投与に当たっては,開始時の情報を診療報酬明細書の摘要欄に記載:(1)次に掲げる医師が本剤に関する治療の責任者として配置されている施設(「施設要件ア」又は「施設要件イ」と記載)ノア 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に5年以上の皮膚科診療の臨床研修を行っていること。イ 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に6年以上の臨床経験を有していること。うち,3年以上は,アトピー性皮膚炎を含むアレルギー診療の臨床研修を行っていること。(2)本剤投与前の抗炎症外用薬による治療の状況(「前治療要件ア」又は「前治療要件イ」と記載)ノア 成人アトピー性皮膚炎患者であって,アトピー性皮膚炎診療ガイドラインで重症度に応じて推奨されるステロイド外用薬(ストロングクラス以上)やカルシニューリン阻害外用薬による適切な治療を直近の6ヶ月以上行っている,イ 成人アトピー性皮膚炎患者であって,ステロイド外用薬やカルシニューリン阻害外用薬に対する過敏症,顕著な局所性副作用若しくは全身性副作用により,これらの抗炎症外用薬のみによる治療の継続が困難。(3)疾患活動性の状況として,次に掲げるすべての項目の数値ノア IGA スコア,イ 全身又は頭頸部のEASI スコア,ウ 体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合(%) (平30.4.17保医発0417第5号)。

禁忌 本剤(成分)に過敏症の既往歴

先	ナルベイン注 2mg (第一三共プロファーマ=第一三共)	2mg1mL1 管 麻 劇 725 8119401A1020/622625401
先	注 20mg	20mg2mL1 管 麻 劇 6, 340 8119401A2026/622625501

8119i 癌疼痛治療用注射剤 ヒドロモルフォン塩酸塩

適応 中等度から高度の疼痛を伴う各種癌における鎮痛。

用法 1日0.5~25mg,持続静注又は持続皮下注。症状により適宜増減。

禁忌 ①重篤な呼吸抑制②気管支喘息発作中③慢性肺疾患に続発する心不全④痙攣状態(てんかん重積症,破傷風,ストリキニーネ中毒)⑤麻痺性イレウス⑥急性アルコール中毒⑦本剤(成分)・アヘンアルカロイドに過敏症⑧出血性大腸炎

(※次頁に続く)

薬効・薬価リスト平成30年版 追補
(平成30年4月17日告示・18日適用)

先|ファセンラ皮下注 30mg 30mg1mL1筒 劇 351,535
シリンジ (アストラゼネカ) 2290402G1020/622586701

2290i ヒト化抗 IL-5 受容体 α モノクローナル抗体製剤
ベンラリズマブ (遺伝子組換え)

適応 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難治の患者に限る)。

用法 1回 30mg,初回,4週後,8週後に皮下注。以降 8週間隔で皮下注。

禁忌 本剤 (成分) に過敏症の既往歴

先|バスボンサ点滴静注用 1mg 1mg1瓶 毒 1,307,092
(ファイザー) 4239401D1026/622622401

4239i 抗悪性腫瘍剤 イノツズマブ オゾガマイシン (遺伝子組換え)

適応 再発又は難治性の CD22 陽性の急性リンパ性白血病。

用法 1日1回,1日目は $0.8\text{mg}/\text{m}^2$,8及び15日目は $0.5\text{mg}/\text{m}^2$,1時間以上かけて点滴静注後,休薬。1サイクル目は 21~28日間,2サイクル目以降は 28日間を1サイクルとし繰り返す。投与サイクル数は造血幹細胞移植の施行予定を考慮して決定。状態により適宜減量。

注) ①1サイクル目の期間は原則 21日間とするが,寛解 (血球数の回復の有無を問わない) が得られた場合,28日間まで延長可。また,2サイクル目以降の1日量は $0.5\text{mg}/\text{m}^2$ とする。②投与サイクル数は次のとおりとする / (1) HSCT 施行予定: 治療上やむを得ないと判断される場合を除き 3サイクル終了までに中止,(2)HSCT の施行を予定していない: 6サイクルまで繰り返すことができる。ただし,3サイクル終了までに効果が得られない場合中止。

保険 CD22 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載 (当該検査を実施した月のみ。ただし初回は必ず記載) (平 30.4.17 保医発 0417 第 3 号)。

禁忌 本剤 (成分) に過敏症の既往歴