

薬効・薬価リスト令和2年版 追補  
(令和2年5月19日告示・20日適用)

内 用 薬

先	カボメティクス錠 20mg (武田)	20mg1錠劇	8,007.60
先	カボメティクス錠 60mg (武田)	60mg1錠劇	22,333.00

4291 抗悪性腫瘍剤 カボザンチニブリンゴ酸塩

**適応** 根治切除不能又は転移性の腎細胞癌。

**用法** 1日1回60mg,空腹時経口投与。状態により適宜減量。

注) 20mg錠と60mg錠の生物学的同等性は示されていないため,60mgを投与する際は20mg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: 令 2.5.20, 投与: 14日まで)

先	キャブピリン配合錠 (武田)	1錠	130.30
---	-------------------	----	--------

3399J アスピリン/ボノブラザンフマル酸塩配合剤 アスピリン・ボノブラザンフマル酸塩配合剤

**適応** 次の疾患又は術後における血栓・塞栓形成の抑制(胃潰瘍又は十二指腸潰瘍の既往がある患者に限る)/狭心症(慢性安定狭心症,不安定狭心症),心筋梗塞,虚血性脳血管障害(一過性脳虚血発作(TIA),脳梗塞),冠動脈バイパス術(CABG)あるいは経皮経管冠動脈形成術(PTCA)施行後。

**用法** 1日1回1錠,経口投与。

**禁忌** ①本剤(成分)・サリチル酸系製剤に過敏症の既往歴②アタザナビル硫酸塩,リルピピリン塩酸塩を投与中③消化性潰瘍④出血傾向のある者⑤アスピリン喘息・その既往歴⑥出産予定日12週以内の妊婦 **併禁** ①アタザナビル硫酸塩(レイアタツ)②リルピピリン塩酸塩(エジュラント)

(薬価基準収載日: 令 2.5.20)

※(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	テプミトコ錠 250mg (メルクバイオファーマ)	250mg1錠劇	14,399.00
---	------------------------------	----------	-----------

4291 抗悪性腫瘍剤 テボチニブ塩酸塩水和物

**適応** MET遺伝子エクソン14スキッピング変異陽性の切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌。

**用法** 1日1回500mg,食後経口投与。状態により適宜減量。

**保険料** MET遺伝子エクソン14スキッピング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)(令 2.5.19 保医発 0519 第3号)。

**禁忌** 本剤(成分)に過敏症の既往歴

(薬価基準収載日: 令 2.5.20, 投与: 14日まで)

先	ペレキシブル錠 80mg (小野)	80mg1錠劇	5,067.40
---	----------------------	---------	----------

4291 抗悪性腫瘍剤 チラブルチニブ塩酸塩

**適応** 再発又は難治性の中枢神経系原発リンパ腫。

**用法** 1日1回480mg,空腹時経口投与。状態により適宜減量。

**禁忌** 本剤(成分)に過敏症の既往歴

(薬価基準収載日: 令 2.5.20, 投与: 14日まで)

先	メラトベル顆粒小児用 0.2% (ノーベル)	0.2%1g	207.80
---	---------------------------	--------	--------

1190 メラトニン受容体作動性入眠改善剤 メラトニン

**適応** 小児期の神経発達症に伴う入眠困難の改善。

**用法** 小児1日1回1mg,就寝前経口投与。症状により適宜増減。1日1回4mgまで。

**禁忌** ①本剤(成分)に過敏症の既往歴②フルボキサミンマレイン酸塩を投与中 **併禁** フルボキサミンマレイン酸塩(ルボックス,デプロメール)

(薬価基準収載日: 令 2.5.20, 投与: 14日まで)

先	ラツダ錠 20mg (大日本住友)	20mg1錠劇	178.70
---	----------------------	---------	--------

先 " 錠 40mg 40mg1錠劇 328.90

先 " 錠 60mg 60mg1錠劇 469.90

先 " 錠 80mg 80mg1錠劇 493.40

1179i 抗精神病剤/双極性障害のうつ症状治療剤 ルラシ

ドン塩酸塩

**適応** 統合失調症。双極性障害におけるうつ症状の改善。

**用法** [統合失調症] 1日1回40mg,食後経口投与。1日量80mgまで。[双極性障害におけるうつ症状の改善] 1日1回20~60mg,食後経口投与。開始量は20mg,増量幅は1日20mgとし,1日量60mgまで。以上,年齢・症状により適宜増減。

注) 中等度以上の腎機能障害・肝機能障害患者は次を参考に適宜減量/①統合失調症: 開始量20mg,増量幅10mg,維持量40mg(重度の腎機能障害・肝機能障害患者は20mg),最高量60mg(重度の肝機能障害患者は30mg)。②双極性障害におけるうつ症状の改善: 開始量10mg,増量幅10mg,最高量60mg(重度の肝機能障害患者は30mg)。

**禁忌** ①昏睡状態②バルビツール酸誘導体等の中枢神経抑制剤の強い影響下にある者③CYP3A4を強く阻害する薬剤を投与中④CYP3A4を強く誘導する薬剤を投与中⑤本剤(成分)に過敏症の既往歴⑥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) **併禁** ①CYP3A4を強く阻害する薬: アゾール系抗真菌剤(イトラコナゾール(イトリゾール),ボリコナゾール(ブイフェンド),ミコナゾール(経口剤,口腔用剤,注射剤)(フロリード,オラビ),フルコナゾール(ジフルカン),ホスフルコナゾール(プロジフ),ボサコナゾール(ノクサフィル)),HIVプロテアーゼ阻害剤(リトナビル(ノービア),ロピナビル・リトナビル配合剤(カレトラ),ネルフィナビル(ビラセプト),ダルナビル(ブリジスタ),アタザナビル(レイアタツ),ホスアンプレナビル(レクシヴァ)),コピシタットを含む製剤(スタリビルド,ゲンボイヤ,ブレジコピックス,シムツーザ),クラリスロマイシン(クラリシッド)②CYP3A4を強く誘導する薬剤: リファンピシン(リファジン),フェニトイン(アレピアチン)③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: 令 2.5.20, 投与: 14日まで)

(※次頁に続く)

薬効・薬価リスト令和2年版 追補  
(令和2年5月19日告示・20日適用)

先	ロケルマ懸濁用散分包装 5g (アストラゼネカ)	5g1包	1,095.20
		2190040B1020/622796601	
先	〃 懸濁用散分包装 10g	10g1包	1,601.00
		2190040B2027/622796701	

2190i 高カリウム血症改善剤 ジルコニウムシクロケイ酸ナトリウム水和物

**適応** 高カリウム血症。

**用法** 開始量1回10g,水で懸濁して1日3回,2日間経口投与。血清カリウム値や状態に応じ,最長3日間まで経口投与可。以後は1日1回5g,水で懸濁して経口投与。血清カリウム値や状態に応じ適宜増減。〔血液透析施行中の場合〕1日1回5g,水で懸濁して非透析日に経口投与。最大透析間隔後の透析前の血清カリウム値や状態に応じ適宜増減。以上,最高量1日1回15gまで。

注) ①増量を行う場合は5gずつとし,1週間以上空ける。②血清カリウム値が3.0mEq/L未満に低下した場合は中止。

(薬価基準収載日: 令 2.4.22, 投与: 14日まで)

外用薬

先	アイラミド配合懸濁性点眼液 (千寿=武田)	1mL	492.20
		1319825Q1025/622795101	

1319J 緑内障・高眼圧症治療剤 プリモニジン酒石酸塩・ブリンゾラミド

**適応** 次の疾患で,他の緑内障治療薬が効果不十分な場合/緑内障,高眼圧症。

**用法** 1回1滴,1日2回点眼。

**禁忌** ①本剤(成分)に過敏症の既往歴②低出生体重児,新生児,乳児又は2歳未満の幼児③重篤な腎障害

(薬価基準収載日: 令 2.5.20)

※(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。

注射薬

先	アネレム静注用 50mg (ムンディファーマ)	50mg1瓶向	2,218
		1119403F1024/622705601	

1119i 全身麻酔剤 レミゾラムベシル酸塩

**適応** 全身麻酔の導入及び維持。

**用法** 導入 12mg/kg/時の速度で,全身状態を観察しながら,意識消失が得られるまで持続静注。年齢・状態に応じ適宜減速。維持 1mg/kg/時の速度で持続静注を開始し,適切な麻酔深度が維持できるよう全身状態を観察しながら投与速度を適宜調節。上限は2mg/kg/時。年齢・状態に応じ投与開始速度を適宜減速。覚醒徴候が認められた場合,最大0.2mg/kg,静注可。

**禁忌** ①本剤(成分)に過敏症の既往歴②急性閉塞隅角緑内障③重症筋無力症④ショック,昏睡,バイタルサインの抑制がみられる急性アルコール中毒

先	エンハーツ点滴静注用 100mg (第一三共)	100mg1瓶劇	165,074
		4291452D1029/629907101	

4291 抗悪性腫瘍剤 トラスツズマブ デルクステカン(遺伝子組換え)

**適応** 化学療法歴のある HER2 陽性の手術不能又は再発乳癌(標準的な治療が困難な場合に限る)。

**用法** 1回5.4mg/kg,90分かけて3週間間隔で点滴静注。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。

**保険料** トラスツズマブ(遺伝子組換え),タキサン系抗悪性腫瘍剤及びトラスツズマブ エムタンシン(遺伝子組換え)の治療歴を有する患者に投与することとし,その旨を診療報酬明細書に記載(令 2.5.19 保医発 0519 第3号)。

**禁忌** 本剤(成分)に過敏症の既往歴

先	オゼンピック皮下注 0.25mgSD (ノボ)	0.25mg0.5mL1キット劇	1,547
		2499418G1028/629907701	
先	〃 皮下注 0.5mgSD	0.5mg0.5mL1キット劇	3,094
		2499418G2024/629907801	
先	〃 皮下注 1.0mgSD	1mg0.5mL1キット劇	6,188
		2499418G3020/629907901	

2499i 2型糖尿病治療剤 セマグルチド(遺伝子組換え)

**適応** 2型糖尿病。

**用法** 週1回0.5mgを維持量とし,皮下注。ただし週1回0.25mgから開始し,4週間投与後,週1回0.5mgに増量。状態により適宜増減。週1回0.5mgを4週間以上投与しても効果不十分な場合,週1回1.0mgまで増量可。

**保険料** ①針付注入器一体型のキットであるため,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。②本剤の自己注射を行っている者に対し血糖自己測定値に基づく指導を行うために血糖自己測定器を使用した場合,インスリン製剤の自己注射を行っている者に準じて血糖自己測定器加算を算定可(令 2.5.19 保医発 0519 第3号)。

**禁忌** ①本剤(成分)に過敏症の既往歴②糖尿病性ケトアシドーシス,糖尿病性昏睡又は前昏睡,1型糖尿病③重症感染症,手術等の緊急の場合

先	オニバイド点滴静注 43mg (日本セルヴィエエーヤクト)	43mg10mL1瓶劇	128,131
		4240404A3027/622808601	

4240 抗悪性腫瘍剤 イリノテカン塩酸塩水和物

**適応** がん化学療法後に増悪した治癒切除不能な膵癌。

**用法** フルオロウラシル及びレボホリナートとの併用で1回70mg/m<sup>2</sup>,90分かけて2週間間隔で点滴静注。状態により適宜減量。

注) UGT1A1\*6もしくはUGT1A1\*28のホモ接合体を有する患者,又はUGT1A1\*6及びUGT1A1\*28のヘテロ接合体を有する患者: 開始量1回50mg/m<sup>2</sup>。忍容性が認められる場合は1回70/m<sup>2</sup>に増量可。

**禁忌** ①本剤(成分)に過敏症の既往歴②骨髄機能抑制③感染症を合併している者④重度の下痢⑤腸管麻痺,腸閉塞⑥間質性肺疾患・肺線維症⑦多量の腹水,胸水⑧黄疸⑨アタザナビル硫酸塩を投与中

**併禁** アタザナビル硫酸塩(レイアタツ)

(※次頁に続く)

薬効・薬価リスト令和2年版 追補  
(令和2年5月19日告示・20日適用)

先	ステボロニン点滴静注	9,000mg300mL1袋	444,215
	バッグ 9000mg/300mL	4291453A1027/622797601	
	(ステラファーマ)		

4291 抗悪性腫瘍剤 ボロファラン (1°B)

**適応** 切除不能な局所進行又は局所再発の頭頸部癌。

**用法** 200mg/kg/時で2時間、点滴静注。その後、病巣部位への中性子線の照射を開始し、照射中は100mg/kg/時で点滴静注。

**保険料** 本剤の投与が必要と判断した理由を診療報酬明細書に記載(令2.5.19保医発0519第3号)。

**禁忌** ①本剤(成分)に過敏症の既往歴②腫瘍が頸動脈を全周性に取り囲んでいる者

先	ソリクア配合注ソロスター	1キット 劇	6,497
	(サノフィ)	3969501G1023/629907601	

3969J 持効型溶解インスリンアナログ製剤/GLP-1受容体作動薬 インスリン グラルギン(遺伝子組換え)・リキシセナチド配合剤

**適応** インスリン療法が適応となる2型糖尿病。

**用法** 1日1回、インスリン グラルギン・リキシセナチドとして5~20単位・5~20 $\mu$ g(5~20ドーズ)、朝食前に皮下注。1日1回5~10ドーズから開始し、状態により増減するが、1日20ドーズを超えない。

**保険料** ①注入器一体型のキットであるため、在宅自己注射指導管理料を算定する患者に対し処方する場合、注入器加算は算定できない。②本剤の自己注射を行っている者に対し血糖自己測定値に基づく指導を行うために血糖自己測定器を使用した場合、インスリン製剤の自己注射を行っている者に準じて血糖自己測定器加算を算定可(令2.5.19保医発0519第3号)。

**禁忌** ①本剤(成分)・他のインスリン製剤に過敏症の既往歴②低血糖症状を呈している者③糖尿病性ケトアシドーシス、糖尿病性昏睡又は前昏睡④重症感染症、手術等の緊急の場合

先	ゾルゲンスマ点滴静注	1患者当たり	167,077,222
	(ノバルティス)	4900404X1020/629700501	

4900 ウイルスバクター製品 オナセムノゲン アベバルボベク

**適応** 脊髄性筋萎縮症(臨床所見は発現していないが、遺伝子検査により脊髄性筋萎縮症の発症が予測されるものも含む。ただし、抗AAV9抗体が陰性の患者に限る)。

注) SMN1 遺伝子の両アレル性の欠失又は変異が確認された患者、2歳未満の患者、抗AAV9抗体が陰性であることが確認された患者に投与。

**用法** 体重2.6kg以上の患者(2歳未満)は $1.1 \times 10^{14}$ ベクターゲノム(vg)/kg、60分かけて単回静注。再投与不可。投与量は次の表に従い体重に基づき算出。体重2.6~3.0kg:16.5mL, 3.1~3.5kg:19.3mL, 3.6~4.0kg:22.0mL, 4.1~4.5kg:24.8mL, 4.6~5.0kg:27.5mL, 5.1~5.5kg:30.3mL, 5.6~6.0kg:33.0mL, 6.1~6.5kg:35.8mL, 6.6~7.0kg:38.5mL, 7.1~7.5kg:41.3mL, 7.6~8.0kg:44.0mL, 8.1~8.5kg:46.8mL, 8.6~9.0kg:49.5mL, 9.1~9.5kg:52.3mL, 9.6~10.0kg:55.0mL, 10.1~10.5kg:57.8mL, 10.6~11.0kg:60.5mL, 11.1~11.5kg:63.3mL, 11.6~12.0kg:66.0mL, 12.1~12.5kg:68.8mL, 12.6~13.0kg:71.5mL, 13.1~13.5kg:74.3mL。2歳未満で13.6kg以上の患者は体重に基づき投与量を算出。

注) 投与により肝機能障害が発現することがあることから、次を参考にプレドニゾロンの投与を行う(原則として経口投与)/プレドニゾロンを本品投与24時間前に1mg/kg/日で投与し、投与後30日間は1mg/kg/日で継続。30日間継続した時点でAST及びALTが基準値上限の2倍以下である場合、4週間以上かけて漸減し中止。30日間継続した時点でAST及びALTが基準値上限の2倍を超えていた場合、AST及びALTが基準値上限の2倍以下、その他の肝機能検査値が正常範囲内に回復するまで1mg/kg/日で継続し、4週間以上かけて漸減し中止。

**保険料** 次を診療報酬明細書の摘要欄に記載/SMN1 遺伝子の両アレル性の欠失又は変異を確認した遺伝子検査の実施年月日、本品の投与日齢、抗AAV9抗体が陰性であることを確認した検査の実施年月日(令2.5.19保医発0519第3号)。

**禁忌** ①再使用禁止②本品(成分)に過敏症の既往歴

先	ビルテプソ点滴静注 250mg	250mg5mL1瓶	91,136
	(日本新薬)	1900400A1025/622806301	

1900 デュシェンヌ型筋ジストロフィー治療剤 ビルトラルセン

**適応** エクソン53スキッピングにより治療可能なジストロフィン遺伝子の欠失が確認されているデュシェンヌ型筋ジストロフィー。

**用法** 80mg/kgを週1回、1時間かけて静注。

**保険料** 遺伝子欠失を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書に記載(当該検査を実施した月のみ。ただし初回は必ず記載)(令2.5.19保医発0519第3号)。

**禁忌** 本剤(成分)に過敏症の既往歴

(※次頁に続く)

薬効・薬価リスト令和2年版 追補  
(令和2年5月19日告示・20日適用)

先	ベオビュ硝子体内注射用 キット 120mg/mL (ノバルティス)	6mg0.05mL1筒 劇 142,784 1319406G1024/629907201
---	---	---

1319i 眼科用 VEGF 阻害剤 プロルシズマブ (遺伝子組換え)

**適応** 中心窩下脈絡膜新生血管を伴う加齢黄斑変性。

**用法** 6mg (0.05mL) を 4 週ごとに 1 回、連続 3 回 (導入期) 硝子体内投与。その後の維持期には 12 週ごとに 1 回、硝子体内投与。症状により投与間隔を適宜調節するが、8 週以上あける。

**禁忌** ①本剤 (成分) に過敏症の既往歴②眼又は眼周囲に感染のある者、あるいは感染の疑い③眼内に重度の炎症のある者

先	ボンベンディ静注用 1300 (シャイアー=武田)	1,300 国際単位 1 瓶 146,288 (溶解液付) 6343455D1020/629908001
---	------------------------------	--

6343 遺伝子組換えヒト von Willebrand 因子製剤 ポニコグ アルファ (遺伝子組換え)

**適応** von Willebrand 病患者における出血傾向の抑制。

**用法** 添付の溶解液 10mL で溶解。18 歳以上は 40~80 国際単位/kg,4mL/分を超えない速度で緩徐に静注。状態により適宜増減。

**保険** 針及び注入器付の製品であるため、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 (令 2.5.19 保医発 0519 第 3 号)。

先	ルムジェブ注 100 単位/mL (リリー)	100 単位 1mL <sup>パドル</sup> 劇 277 2492414A6028/629906701
---	---------------------------	---

2492 抗糖尿病剤 インスリン リスプロ (遺伝子組換え)

**適応** インスリン療法が適応となる糖尿病。

**用法** 1 回 2~20 単位、毎食事開始時に皮下注。必要な場合は食事開始後の投与も可。ときに回数増や持続型インスリン製剤と併用。投与量は症状・検査所見により適宜増減するが、持続型インスリン製剤の投与量を含めた維持量 1 日 4~100 単位。必要に応じ持続皮下注入ポンプを用いて投与。

**禁忌** ①低血糖症状を呈している者②インスリンリスプロ・本剤 (成分) に過敏症の既往歴

先	ルムジェブ注カート (リリー)	300 単位 1 筒 劇 1,175 2492414A7024/629906801
先	注ミリオペン	300 単位 1 キット 劇 1,400 2492414P1029/629906901
先	注ミリオペン HD	300 単位 1 キット 劇 1,400 2492414P2025/629907001

2492 抗糖尿病剤 インスリン リスプロ (遺伝子組換え)

**適応** インスリン療法が適応となる糖尿病。

**用法** 1 回 2~20 単位、毎食事開始時に皮下注。必要な場合は食事開始後の投与も可。ときに回数増や持続型インスリン製剤と併用。投与量は症状・検査所見により適宜増減するが、持続型インスリン製剤の投与量を含めた維持量 1 日 4~100 単位。

**保険** (ミリオペン・同 HD のみ) 注入器一体型のキットであるため、在宅自己注射指導管理料を算定する場合、注入器加算は算定できない (令 2.5.19 保医発 0519 第 3 号)。

**禁忌** ①低血糖症状を呈している者②インスリンリスプロ・本剤 (成分) に過敏症の既往歴