

薬効・薬価リスト令和2年版 追補  
(令和2年8月25日告示・26日適用)

内 用 薬

先	エンレスト錠 50mg (ノバルティス)	50mg1錠	劇 65.70
		2190041F1027/622820901	
先	” 錠 100mg	100mg1錠	劇 115.20
		2190041F2023/622821001	
先	” 錠 200mg	200mg1錠	劇 201.90
		2190041F3020/622821101	

2190i アンジオテンシン受容体ネプリライシン阻害薬 サクビトリルバルサルタンナトリウム水和物

**適応** 慢性心不全(ただし、慢性心不全の標準的な治療を受けている患者に限る)。

注) アンジオテンシン変換酵素阻害薬又はアンジオテンシンII受容体拮抗薬から切り替えて投与。

**用法** 開始量1回50mg,1日2回経口投与。忍容性が認められる場合,2~4週間の間隔で段階的に1回200mgまで増量。1回量は50mg,100mg又は200mgとし,いずれも1日2回経口投与。忍容性に応じ適宜減量。

注) 50mg錠と100mg錠又は200mg錠の生物学的同等性は示されていないため,100mg以上の用量を投与する際には50mg錠を使用しない。

**保険性** 投与開始に当たっては,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2.8.25保医発0825第1号)。

**禁忌** ①本剤(成分)に過敏症の既往歴②アンジオテンシン変換酵素阻害薬を投与中,あるいは投与中止から36時間以内③血管浮腫の既往歴(アンジオテンシンII受容体拮抗薬又はアンジオテンシン変換酵素阻害薬による血管浮腫,遺伝性血管性浮腫,後天性血管浮腫,特発性血管浮腫等)④アリスキレンフマル酸塩を投与中の糖尿病⑤重度の肝機能障害(Child-Pugh分類C)⑥妊婦・妊娠の可能性

**併** ①アンジオテンシン変換酵素阻害薬(アラセプリル(セタブリル),イミダプリル塩酸塩(タナトリル),エナラプリルマレイン酸塩(レニベース),カプトプリル(カプトリル),キナプリル塩酸塩(コナン),シラザプリル水和物(インヒベース),テモカプリル塩酸塩(エースコール),デラプリル塩酸塩(アデカット),トランドラプリル(オドリック),ペナゼプリル塩酸塩(チバセン),ペリンドプリルエルブミン(コバシル),リシノプリル水和物(ゼストリル,ロンゲス))②アリスキレンフマル酸塩(ラジレス)(糖尿病患者に投与する場合)  
(薬価基準収載日:令2.8.26,投与:14日まで)

先	オンジェンティス錠 25mg (小野)	25mg1錠	劇 972.00
		1169019F1024/622821701	

1169i 末梢COMT阻害剤 オビカボン

**適応** レボドパ・カルビドパ又はレボドパ・ベンセラジド塩酸塩との併用によるパーキンソン病における症状の日内変動(wearing-off現象)の改善。

**用法** レボドパ・カルビドパ又はレボドパ・ベンセラジド塩酸塩と併用。1日1回25mg,レボドパ・カルビドパ又はレボドパ・ベンセラジド塩酸塩の投与前後及び食事の前後1時間以上あけて経口投与。

**禁忌** ①本剤(成分)に過敏症の既往歴②褐色細胞腫,傍神経節腫又はその他のカテコールアミン分泌腫瘍③悪性症候群又は非外傷性横紋融解症の既往歴④重度肝機能障害(Child-Pugh分類C)

(薬価基準収載日:令2.8.26,投与:14日まで)

先	ダーブロック錠 1mg (GSK=協和キリン)	1mg1錠	劇 105.40
		3999049F1027/622819101	
先	” 錠 2mg	2mg1錠	劇 185.80
		3999049F2023/622819201	
先	” 錠 4mg	4mg1錠	劇 327.40
		3999049F3020/622819301	
先	” 錠 6mg	6mg1錠	劇 456.10
		3999049F4026/622819401	

3999i HIF-PH阻害薬 ダプロデュスタット

**適応** 腎性貧血。

注) 赤血球造血刺激因子製剤で未治療の場合,投与開始の目安はHb濃度で保存期慢性腎臓病患者及び腹膜透析患者11g/dL未満,血液透析患者10g/dL未満。

**用法** [保存期慢性腎臓病患者]赤血球造血刺激因子製剤で未治療の場合 開始量1日1回2mg又は4mg,経口投与。赤血球造血刺激因子製剤から切り替える場合 開始量1日1回4mg,経口投与。[透析患者]開始量1日1回4mg,経口投与。以上,いずれも開始量以後は状態に応じ適宜増減。最高量1日1回24mgまで。

注) 赤血球造血刺激因子製剤で未治療の保存期慢性腎臓病患者:1日1回,投与開始時のHb濃度が9.0g/dL未満は4mg,9.0g/dL以上は2mgで開始。

**禁忌** 本剤(成分)に過敏症の既往歴

(薬価基準収載日:令2.8.26,投与:14日まで)

先	タブレクタ錠 150mg (ノバルティス)	150mg1錠	劇 5,055.50
		4291067F1023/622821201	
先	” 錠 200mg	200mg1錠	劇 6,573.50
		4291067F2020/622821301	

4291 抗悪性腫瘍剤 カブマ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回400mg,1日2回経口投与。状態により適宜減量。

**保険性** 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2.8.25保医発0825第1号)。

**禁忌** 本剤(成分)に過敏症の既往歴

(薬価基準収載日:令2.8.26,投与:14日まで)

先	バフセオ錠 150mg (田辺三菱)	150mg1錠	劇 213.50
		3999050F1020/622819501	
先	” 錠 300mg	300mg1錠	劇 376.20
		3999050F2026/622819601	

3999i 腎性貧血治療剤 バダデュスタット

**適応** 腎性貧血。

注) 赤血球造血刺激因子製剤で未治療の場合,投与開始の目安はHb濃度で保存期慢性腎臓病患者及び腹膜透析患者11g/dL未満,血液透析患者10g/dL未満。

**用法** 開始量1日1回300mg,経口投与。以後は状態に応じ適宜増減。最高量1日1回600mgまで。

注) 増量する場合,増量幅は150mgとし,間隔は4週間以上とする。

**禁忌** 本剤(成分)に過敏症の既往歴

(薬価基準収載日:令2.8.26,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8月25日告示・26日適用)

先	メーゼント錠 0.25mg (ノバルティス)	0.25mg1錠 劇 1,083.50 3999051F1024/622821401
先	メーゼント錠 2mg	2mg1錠 劇 8,668.00 3999051F2020/622821501

3999i 多発性硬化症治療薬 シボニモド フマル酸

**適応** 二次性進行型多発性硬化症の再発予防及び身体的障害の進行抑制。

**用法** 1日1回0.25mgから開始し、2日目に0.25mg、3日目に0.5mg、4日目に0.75mg、5日目に1.25mg、6日目に2mg、朝経口投与。7日目を以降は維持量1日1回2mg、経口投与。状態により適宜減量。

注) ①投与開始前にCYP2C9遺伝子型を確認。②CYP2C9\*1/\*3又は\*2/\*3を保有する患者は、維持量1日1回1mgとすることが望ましい。その場合、4日目まで漸増を行い、5日目を以降1mgとする。③0.25mg錠と2mg錠の生物学的同等性は示されていないため、2mgを投与する際には0.25mg錠を使用しない。

**禁忌** ①本剤(成分)に過敏症の既往歴②重篤な感染症③本剤の投与開始6ヶ月以内に心筋梗塞、不安定狭心症、入院を要する非代償性心不全、NYHA分類Ⅲ度又はⅣ度の心不全を発症した者④モビッツⅡ型第2度房室ブロック又はそれより重度の房室ブロック、洞不全症候群のある者(ペースメーカー使用患者を除く)⑤著明なQT延長⑥妊婦・妊娠の可能性⑦生ワクチンを接種しない⑧クラスⅠa又はクラスⅢ抗不整脈剤、ペブリジル塩酸塩を投与中⑨CYP2C9\*3/\*3を保有している者 **併禁** ①生ワクチン(乾燥弱毒性麻しんワクチン、乾燥弱毒性風しんワクチン、乾燥BCG等)②クラスⅠa抗不整脈剤(キニジン<硫酸キニジン>、プロカインアミド<アミサリン>)、ジソピラミド<リスモダン>、シベンゾリン<シベノール>、ピルメノール<ピメノール>)、クラスⅢ抗不整脈剤(アミオダロン<アンカロン>)、ソタロール<ソタコール>、ニフェカラント<シンビット>)、ペブリジル塩酸塩<ペブリコール>

(薬価基準収載日：令2.8.26、投与：14日まで)

外用薬

先	アテキュラ吸入用カプセル低用量 (ノバルティス)	1カプセル 157.80 2290806G1021/622820401
先	アテキュラ吸入用カプセル中用量	1カプセル 173.10 2290806G2028/622820501
先	アテキュラ吸入用カプセル高用量	1カプセル 192.20 2290806G3024/622820601

2290J 喘息治療配合剤 インダカテロール酢酸塩・モメタゾンフランカルボン酸エステル

**適応** 気管支喘息(吸入ステロイド剤及び長時間作用性吸入β<sub>2</sub>刺激剤の併用が必要な場合)。

**用法** 低用量を1日1回1カプセル、専用の吸入用器具を用いて吸入。症状により、中用量又は高用量を1日1回1カプセル、専用の吸入用器具を用いて吸入。

**禁忌** ①本剤(成分)に過敏症の既往歴②有効な抗菌剤の存在しない感染症、深在性真菌症

(薬価基準収載日：令2.8.26、投与：14日まで)

先	エナジア吸入用カプセル中用量 (ノバルティス)	1カプセル 291.90 2290807G1026/622820701
先	エナジア吸入用カプセル高用量	1カプセル 333.40 2290807G2022/622820801

2290J 喘息治療配合剤 インダカテロール酢酸塩・グリコピロニウム臭化物・モメタゾンフランカルボン酸エステル

**適応** 気管支喘息(吸入ステロイド剤、長時間作用性吸入β<sub>2</sub>刺激剤及び長時間作用性吸入抗コリン剤の併用が必要な場合)。

**用法** 中用量を1日1回1カプセル、専用の吸入用器具を用いて吸入。症状により、高用量を1日1回1カプセル、専用の吸入用器具を用いて吸入。

**禁忌** ①閉塞隅角緑内障②前立腺肥大等による排尿障害③本剤(成分)に過敏症の既往歴④有効な抗菌剤の存在しない感染症、深在性真菌症

(薬価基準収載日：令2.8.26、投与：14日まで)

先	バクスマー一点鼻粉末剤3mg (リリー)	3mg1瓶 劇 8,368.60 2492700R1022/622796401
---	-------------------------	--------------------------------------------

2492 低血糖時救急治療剤 グルカゴン

**適応** 低血糖時の救急処置。

**用法** 1回3mg、鼻腔内投与。

**保険** 本剤を1回2瓶以上処方する場合、複数必要と判断した理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載(令2.8.25保医発0825第1号)。

**禁忌** ①褐色細胞腫②本剤(成分)に過敏症の既往歴

(薬価基準収載日：令2.8.26、投与：14日まで)

注射薬

先	イルミア皮下注 100mg シリンジ (サンファーマ)	100mg1mL1筒 劇 487,413 3999456G1025/629908601
---	-----------------------------------	------------------------------------------------

3999i ヒト化抗ヒトIL-23p19モノクローナル抗体製剤チルドラキズマブ(遺伝子組換え)

**適応** 既存治療で効果不十分な尋常性乾癬。

**用法** 1回100mg、初回、4週後、以降12週間隔で皮下注。

**禁忌** ①重篤な感染症者②活動性結核③本剤(成分)に過敏症の既往歴

先	エンスプリング皮下注 120mg シリンジ(中外)	120mg1mL1筒 劇 1,532,660 6399428G1024/629908101
---	------------------------------	--------------------------------------------------

6399i pH依存的結合性ヒト化抗IL-6レセプターモノクローナル抗体サトラリズマブ(遺伝子組換え)

**適応** 視神経脊髄炎スペクトラム障害(視神経脊髄炎を含む)の再発予防。

注) 抗AQP4抗体陽性の患者に投与。

**用法** 成人・小児1回120mg、初回、2週後、4週後に皮下注。以降は4週間隔で皮下注。

**禁忌** ①重篤な感染症を合併している者②活動性結核③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8月25日告示・26日適用)

先	サークリサ点滴静注 100mg (サノフィ)	100mg5mL1 瓶 劇 64,699 4291454A1021/629908401
先	” 点滴静注 500mg	500mg25mL1 瓶 劇 285,944 4291454A2028/629908501

4291 抗 CD38 モノクローナル抗体 イサツキシマブ(遺伝子組換え)

**適応** 再発又は難治性の多発性骨髄腫。

**用法** ポマリドミド及びデキサメタゾンとの併用で 1 回 10mg/kg,点滴静注。28 日間を 1 サイクルとし,最初のサイクルは 1 週間間隔で 4 回 (1,8,15,22 日目),2 サイクル以降は 2 週間間隔で 2 回 (1,15 日目),点滴静注。

注) ①本剤投与による infusion reaction を軽減させるため,開始 15~60 分前に本剤と併用するデキサメタゾン,抗ヒスタミン剤,H<sub>2</sub> 受容体拮抗剤及び解熱鎮痛剤を投与。②生理食塩液又は 5%ブドウ糖液を用いて総量を 250mL とし,175mg/時で開始。投与速度は 400mL/時を超えない。

**禁忌** 本剤(成分)に過敏症の既往歴

先	フェインジェクト静注 500mg (ゼリア)	500mg10mL1 瓶 6,078 3222404A1021/622676601
---	---------------------------	----------------------------------------------

3222 鉄欠乏性貧血治療剤 カルボキシマルトース第二鉄

**適応** 鉄欠乏性貧血。

注) 経口鉄剤の投与が困難又は不適当な場合に限り使用。

**用法** 1 回 500mg を週 1 回,緩徐に静注又は点滴静注。総投与量は血中ヘモグロビン値及び体重に応じるが,上限 1,500mg。

注) ①投与は次を参考にする/体重 25~35kg 未満は 500mg を 1 回投与,35~70kg 未満で血中ヘモグロビン値 10.0g/dL 以上は週 1 回 500mg を 2 回投与,35~70kg 未満で血中ヘモグロビン値 10.0g/dL 未満・70kg 以上は週 1 回 500mg を 3 回投与。②35kg 未満の患者は点滴静注とする。

**保険性** 本剤は原則として血中 Hb 値が 8.0g/dL 未満の患者に投与することとし,血中 Hb 値が 8.0g/dL 以上の場合,手術前等早期に高用量の鉄補充が必要であって,含糖酸化鉄による治療で対応できない患者にのみ投与。本剤投与前の血中 Hb 値及び血中 Hb 値が 8.0g/dL 以上の場合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 2.8.25 保医発 0825 第 1 号)。

**禁忌** ①鉄欠乏状態にない者②本剤(成分)に過敏症の既往歴