

薬効・薬価リスト令和5年版 追補
(令和5年3月14日告示・15日適用)

内 用 薬

先クレセンバカプセル 100mg 100mg1カプセル 劇 4,505.70
(旭化成ファーマ) 6179003M1021/622932501

6179i 深在性真菌症治療剤 イサブコナゾニウム硫酸塩

適応 次の真菌症の治療/アスペルギルス症(侵襲性アスペルギルス症、慢性進行性肺アスペルギルス症、単純性肺アスペルギローマ)、ムーコル症、クリプトコックス症(肺クリプトコックス症、播種性クリプトコックス症(クリプトコックス脳髄膜炎を含む))。

用法 1回200mg、約8時間おきに6回経口投与。6回目投与の12~24時間経過後、1回200mgを1日1回経口投与。

注)カプセル剤と注射剤は医師の判断で切り替えて使用可。

禁忌 ①リトナビル、コビシスタット含有製剤、イトラコナゾール、ボリコナゾール、クラリスロマイシン、リファンピシン、リファブチン、カルバマゼピン、フェノバルビタール、セイヨウオトギリソウ(St.John's Wort、セント・ジョーンズ・ワート)含有食品、フェニトイン、ホスフェニトインナトリウム水和物、ロミタピドメシル酸塩を投与中②本剤(成分)に過敏症の既往歴 **併禁** ①リトナビル(ノビーア)、コビシスタット含有製剤(スタリビルド、ゲンボイヤ、シムツォザ、プレジコピックス)、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)、クラリスロマイシン(クラリス、クラリシッド)②リファンピシン(リファジン)、リファブチン(ミコブティン)、カルバマゼピン(テグレトール)、フェノバルビタール(フェノバル)、セイヨウオトギリソウ(St.John's Wort、セント・ジョーンズ・ワート)含有食品、フェニトイン(アレビアチン、ヒダントール)、ホスフェニトインナトリウム水和物(ホストイン)③ロミタピドメシル酸塩(ジャクスタピッド)

(薬価基準収載日: 令 5.3.15. 投与: 14日まで)

先ゾコーバ錠 125mg (塩野義) 125mg1錠 劇 7,407.40
6250052F1023/628785801

6250i 抗SARS-CoV-2剤 エンシトレルビル フマル酸

適応 SARS-CoV-2による感染症。

用法 成人・12歳以上の小児、1日目375錠、2~5日目125mg、1日1回経口投与。

保険メモ ①本剤は医薬品医療機器等法に基づき緊急承認を受けた医薬品であり、その承認条件を踏まえ、添付文書に記載されているように、使用に当たっては文書による説明と同意を取得する。②これまで本剤は、製造販売業者から厚生労働省が提供を受け、各医療機関・薬局に配分していたところであり、厚生労働省より配分された本剤の費用は請求できない。本剤の製造販売業者から医療機関等への供給開始の時期及びその取扱い等については、今後別途通知する予定である(令 5.3.14 保医発 0314 第4号)。

禁忌 ①本剤(成分)に過敏症の既往歴②次の薬剤を投与中:ピモジド、キニジン硫酸塩水和物、ベプリジル塩酸塩水和物、チカグレロル、エブレレノン、エルゴタミン酒石酸塩・無水カフェイン・イソプロピルアンチピリン、エルゴメトリンマレイン酸塩、メチルエルゴメトリンマレイン酸塩、ジヒドロエルゴタミンメシル酸塩、シンバスタチン、トリアゾラム、アナモレリン塩酸塩、イバプラジン塩酸塩、ベネトクラクス(再発又は難治性の慢性リンパ性白血病(小リンパ球性リンパ腫を含む)の用量漸増期)、イブuprofen、プロナセリン、ルラシドン塩酸塩、アゼルニジピン、アゼルニジピン・オルメサルタンメドキシミル、スボレキサント、タダラフィル(アドシルカ)、バルデナフィル塩酸塩水和物、ロミタピドメシル酸塩、リファブチン、フィネレノン、リパーロキサパン、リオシグアト、アバルタミド、カルバマゼピン、エンザルタミド、ミトタン、フェニトイン、ホスフェニトインナトリウム水和物、リファンピシン、セイヨウオトギリソウ(St.John's Wort、セント・ジョーンズ・ワート)含有食品③腎機能又は肝機能障害のある者で、コルヒチンを投与中④妊婦・妊娠の可能性 **併禁** ①ピモジド(オーラップ)、キニジン硫酸塩水和物、ベプリジル塩酸塩水和物(ベプリコール)②チカグレロル(プリリント)③エブレレノン(セララ)④エルゴタミン酒石酸塩・無水カフェイン・イソプロピルアンチピリン(クリアミン)、エルゴメトリンマレイン酸塩、メチルエルゴメトリンマレイン酸塩(バルタンM)、ジヒドロエルゴタミンメシル酸塩⑤シンバスタチン(リボバス)⑥トリアゾラム(ハルシオン)⑦アナモレリン塩酸塩(エドルミズ)⑧イバプラジン塩酸塩(コララン)⑨ベネトクラクス(再発又は難治性の慢性リンパ性白血病(小リンパ球性リンパ腫を含む)の用量漸増期)⑩ベネクレクタ⑩イブuprofen(イムブルピカ)⑪プロナセリン(ロナセン)、ルラシドン塩酸塩(ラツータ)⑫アゼルニジピン(カルブロック)、アゼルニジピン・オルメサルタンメドキシミル(レザルタス配合錠)⑬スボレキサント(バルソムラ)⑭タダラフィル(アドシルカ)、バルデナフィル塩酸塩水和物(レビトラ)⑮ロミタピドメシル酸塩(ジャクスタピッド)⑯リファブチン(ミコブティン)⑰フィネレノン(ケレンディア)⑱リパーロキサパン(イグザレルト)⑲リオシグアト(アデムパス)⑳アバルタミド(アーリーダ)、カルバマゼピン(テグレトール)㉑エンザルタミド(イクスタンジ)、ミトタン(オペプリム)、フェニトイン(ヒダントール、アレビアチン)、ホスフェニトインナトリウム水和物(ホストイン)、リファンピシン(リファジン)、セイヨウオトギリソウ(St.John's Wort、セント・ジョーンズ・ワート)含有食品

(薬価基準収載日: 令 5.3.15. 投与: 14日まで)

(※次頁に続く)

薬効・薬価リスト令和5年版 追補
(令和5年3月14日告示・15日適用)

先	タバリス錠 100mg (キッセイ)	100mg1錠 劇	4,188.00
		3999058F1026/622931001	
先	タバリス錠 150mg	150mg1錠 劇	6,226.80
		3999058F2022/622931101	

3999i 血小板破壊抑制薬/脾臓チロシンキナーゼ阻害薬
ホスタマチニブナトリウム水和物

適応 慢性特発性血小板減少性紫斑病。

注) 次の場合で、本剤の投与が適切と判断される者に使用/①他の治療で効果不十分、又は忍容性に問題があると考えられる場合。②血小板数、臨床症状からみて出血リスクが高いと考えられる場合。

用法 初回量 100mg を 1 日 2 回、経口投与。初回量を 4 週間以上投与しても目標とする血小板数の増加が認められず安全性に問題がない場合、150mg を 1 日 2 回に増量。血小板数、症状に応じ適宜増減。最高量は 1 回 150mg を 1 日 2 回とする。

注) ①本剤の投与中は血液学的検査、肝機能検査及び血圧測定を定期的実施し、本剤の用量を調節。本剤は血小板数及び症状に応じて次を参考に適宜 1 段階ずつ増減/1 日量 300mg: 150mg を 1 日 2 回、1 日量 200mg: 100mg を 1 日 2 回、1 日量 150mg: 150mg を 1 日 1 回、1 日量 100mg: 100mg を 1 日 1 回。1 日 2 回投与では 8 時間を目安に間隔を空けて投与。100mg/日未満への減量が必要な場合は投与中止。③血小板数 50,000/ μ L 以上を目安とし、血小板数がそれを下回る場合には増量を考慮、血小板数が 250,000/ μ L 超に増加した場合には減量又は休業。

禁忌 ①本剤(成分)に過敏症の既往歴②妊婦・妊娠の可能性
(薬価基準収載日: 令 5.3.15, 投与: 14 日まで)

先	パキロビッドパック 300 (ファイザー)	1シート 劇	12,538.60
		6250120X1027/622937701	
先	パキロビッドパック 600	1シート 劇	19,805.50
		6250120X2023/622937801	

6250J 抗ウイルス剤 ニルマトレルビル・リトナビル

適応 SARS-CoV-2 による感染症。

用法 成人・12 歳以上かつ体重 40kg 以上の小児、ニルマトレルビルとして 1 回 300mg 及びリトナビルとして 1 回 100mg、同時に 1 日 2 回、5 日間経口投与。

注) 中等度の腎機能障害患者 (eGFR30mL/分以上 60mL/分未満) には、ニルマトレルビルとして 1 回 150mg 及びリトナビルとして 1 回 100mg を同時に 1 日 2 回、5 日間経口投与。

保険料 これまで本剤は、製造販売業者から厚生労働省が提供を受け、各医療機関・薬局に配分していたところであり、厚生労働省より配分された本剤の費用は請求できない。本剤の製造販売業者から医療機関等への供給開始の時期及びその取扱い等については、今後別途通知する予定である (令 5.3.14 保医発 0314 第 4 号)。

禁忌 ①本剤(成分)に過敏症の既往歴②次の薬剤を投与中: アンピロキシカム、ピロキシカム、エレクトリプタン臭化水素酸塩、アゼルニジピン、オルメサルタン メドキシミル・アゼルニジピン、エブレノン、アミオダロン塩酸塩、ペプリジル塩酸塩水和物、フレカイニド酢酸塩、プロパフェノン塩酸塩、キニジン硫酸塩水和物、リバーロキサパン、チカグレロル、リファブチン、プロナセリン、ルラシドン塩酸塩、ピモジド、スボレキサント、エルゴタミン酒石酸塩・無水カフェイン・イソプロピルアンチピリン、エルゴメトリンマレイン酸塩、ジヒドロエルゴタミンメシル酸塩、メチルエルゴメトリンマレイン酸塩、フィネレノン、イバブラジン塩酸塩、シルデナフィルクエン酸塩 (レバチオ)、タダラフィル (アドシルカ)、バルデナフィル塩酸塩水和物、ロミタビドメシル酸塩、ベネトクラクス (再発又は難治性の慢性リンパ性白血病 (小リンパ球性リンパ腫を含む) の用量漸増期)、ジアゼパム、クロラゼパム、エスタゾラム、フルラゼパム塩酸塩、トリアゾラム、ミダゾラム、リオシグアト、ボリコナゾール、アバルタミド、カルバマゼピン、フェノバルビタール、フェニトイン、ホスフェニトインナトリウム水和物、リファンピシン、セイヨウオトギリソウ (St.John's Wort、セント・ジョーンズ・ワート) 含有食品③腎機能又は肝機能障害で、コルヒチンを投与中 **併禁** ①アンピロキシカム (フルカム)、ピロキシカム (パキソ、フェルデン)、エレクトリプタン臭化水素酸塩 (レルバックス)、アゼルニジピン (カルブロック)、オルメサルタン メドキシミル・アゼルニジピン (レザルタス配合錠)、エブレノン (セ

ララ)、アミオダロン塩酸塩 (アンカロン)、ペプリジル塩酸塩水和物 (ペプリコール)、フレカイニド酢酸塩 (タンボコール)、プロパフェノン塩酸塩 (プロノン)、キニジン硫酸塩水和物、リバーロキサパン (イグザレルト)、チカグレロル (プリリント)、リファブチン (ミコプティン)、プロナセリン (ロナセン)、ルラシドン塩酸塩 (ラツダ)、ピモジド、スボレキサント (ベルソムラ)、エルゴタミン酒石酸塩・無水カフェイン・イソプロピルアンチピリン (クリアミン)、エルゴメトリンマレイン酸塩、ジヒドロエルゴタミンメシル酸塩、メチルエルゴメトリンマレイン酸塩 (バルタン)、フィネレノン (ケレンディア)、イバブラジン塩酸塩 (コララン)、シルデナフィルクエン酸塩 (レバチオ)、タダラフィル (アドシルカ)、バルデナフィル塩酸塩水和物 (レビトラ)、ロミタビドメシル酸塩 (ジャクスタビッド) ②ベネトクラクス (再発又は難治性の慢性リンパ性白血病 (小リンパ球性リンパ腫を含む) の用量漸増期) (ベネクレクスタ) ③ジアゼパム (セルシン、ホリゾン)、クロラゼパム二カリウム (メンドン)、エスタゾラム (ユーロジン)、フルラゼパム塩酸塩 (ダルメート)、トリアゾラム (ハルシオン)、ミダゾラム (ドルミカム、ミダフレッサ) ④リオシグアト (アダムパス) ⑤ボリコナゾール (ブイフェンド) ⑥アバルタミド (アーリーダ) ⑦カルバマゼピン (テグレートール) ⑧フェノバルビタール (フェノバル)、フェニトイン (ヒダントール、アレピアチン)、ホスフェニトインナトリウム水和物 (ホストイン)、リファンピシン (リファジン)、セイヨウオトギリソウ (St.John's Wort、セント・ジョーンズ・ワート) 含有食品

(薬価基準収載日: 令 5.3.15, 投与: 14 日まで)

先	ラジカット内用懸濁液 2.1% (田辺三菱)	2.1%1mL	2,751.90
		1190032S1021/622931201	

1190 フリーラジカルスカベンジャー エダラボン

適応 筋萎縮性側索硬化症 (ALS) における機能障害の進行抑制。

用法 1 日 1 回 5mL、空腹時経口投与。本剤投与期と休業期を組み合わせた 28 日間を 1 クールとし繰り返す。第 1 クールは 14 日間連日投与する投与期の後 14 日間休業、第 2 クール以降は 14 日間のうち 10 日間投与する投与期の後 14 日間休業。

禁忌 ①重篤な腎機能障害②本剤(成分)に過敏症の既往歴
(薬価基準収載日: 令 5.3.15, 投与: 14 日まで)

外用薬

先	アリドネパッチ 27.5mg (帝國製薬=興和)	27.5mg1枚 劇	289.80
		1190701S1023/622930801	
先	アリドネパッチ 55mg	55mg1枚 劇	441.40
		1190701S2020/622930901	

1190 アルツハイマー型認知症治療剤 ドネペジル

適応 アルツハイマー型認知症における認知症症状の進行抑制。

用法 軽度~中等度 1 日 1 回 27.5mg を貼付。高度 27.5mg で 4 週間以上経過後、55mg に増量。症状により 1 日 1 回 27.5mg に減量可。背部、上腕部、胸部のいずれかの正常で健康な皮膚に貼付し、24 時間ごとに貼り替える。

保険料 1 日につき 1 枚を使用した場合に限り算定可 (令 5.3.14 保医発 0314 第 4 号)。

禁忌 本剤(成分)・ピペリジン誘導体に過敏症の既往歴
(薬価基準収載日: 令 5.3.15, 投与: 14 日まで)

(※次頁に続く)

薬効・薬価リスト令和5年版 追補
(令和5年3月14日告示・15日適用)

先トレプロスト吸入液 1.74mg2.9mL1管 劇 18,914,20
1.74mg (持田) 2190702G1020/622938401

2190i PGI₂誘導体製剤 トレプロスチニル

適応 肺動脈性肺高血圧症。

用法 1日4回ネブライザを用いて吸入投与。1回18μg(3吸入)から開始し、忍容性を確認しながら7日以上の間隔で1回3吸入ずつ、最大54μg(9吸入)まで漸増。3吸入の増量に対して忍容性に懸念がある場合、増量幅を1又は2吸入としてもよい。忍容性がない場合は減量し、1回最小量は1吸入とする。

注)①吸入間隔は約4時間あける。②肝障害のある患者は重症度に応じて1回1又は2吸入から開始し、慎重に増量する。

禁忌 本剤(成分)に過敏症の既往歴
(薬価基準収載日: 令5.3.15, 投与: 14日まで)

注 射 薬

先アーウィナーゼ筋注用 10,000単位1瓶 劇 172,931
10000 (大原) 4291464E1027/622930501

4291 抗悪性腫瘍酵素製剤 クリサンタスパーゼ

適応 急性白血病(慢性白血病の急性転化例を含む)、悪性リンパ腫(L-アスパラギナーゼ製剤に過敏症を示した場合に限る)。

用法 他の抗悪性腫瘍剤と併用で1日1回25,000U/m²、週3回筋注。

禁忌 ①本剤(成分)に重篤な過敏症の既往歴②L-アスパラギナーゼ製剤による重篤な膝炎の既往歴③妊婦・妊娠の可能性

先アドトラザーザ皮下注 150mg 150mg1mL1筒 劇 29,295
シリンジ (レオファーマ) 4490409G1022/629922401

4490 ヒト抗ヒトIL-13モノクローナル抗体 トラロキヌマブ(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原則として抗炎症外用剤を併用。②投与時も保湿外用剤を継続使用する。

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十分留意する。

(2)〈アトピー性皮膚炎〉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)／ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、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年の初期研修を修了した後に6年以上の臨床経験を有し、そのうち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)次に掲げる本剤投与前の抗炎症外用薬による治療の状況のうち該当するもの(「前治療要件ア」又は「前治療要件イ」と記載)／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である。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／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(%) (令5.3.14保医発0314第5号)。

禁忌 本剤(成分)に過敏症の既往歴

先イジウド点滴静注 25mg 25mg1.25mL1瓶 劇 214,801
(アストラゼネカ) 4291465A1020/629922501

先イジウド点滴静注 300mg 300mg15mL1瓶 劇 2,311,819
4291465A2026/629922601

4291 抗悪性腫瘍剤 トレメリムマブ(遺伝子組換え)

適応 [25mgのみ] 切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌。

[25mg, 300mg共通] 切除不能な肝細胞癌。

用法 非小細胞肺癌 デュルバルマブ(遺伝子組換え)及び白金系抗悪性腫瘍剤を含む他の抗悪性腫瘍剤と併用で、1回75mgを3週間間隔で4回、60分以上かけて点滴静注。その後7週間の間隔を空けて75mgを1回60分以上かけて点滴静注。肝細胞癌 デュルバルマブ(遺伝子組換え)と併用で、300mgを60分以上かけて単回点滴静注。体重30kg以下の場合の投与量は4mg/kg。

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5年版 追補
(令和5年3月14日告示・15日適用)

先クレセンバ点滴静注用 200mg 200mg1瓶 劇 27,924
(旭化成ファーマ) 6179404D1029/622937201

6179i 深在性真菌症治療剤 イサブコナゾニウム硫酸塩

適応 次の真菌症の治療/アスペルギルス症(侵襲性アスペルギルス症,慢性進行性肺アスペルギルス症,単純性肺アスペルギローマ),ムーコル症,クリプトコックス症(肺クリプトコックス症,播種性クリプトコックス症(クリプトコックス脳髄膜炎を含む))。

用法 1回 200mgを約8時間おきに6回,1時間以上かけて点滴静注。6回目投与の12~24時間経過後,1日1回200mg,1時間以上かけて点滴静注。

注) カプセル剤と注射剤は医師の判断で切り替えて使用可。

禁忌 ①リトナビル,コピシスタット含有製剤,イトラコナゾール,ボリコナゾール,クラリスロマイシン,リファンピシン,リファブチン,カルバマゼピン,フェノバルビタール,セイヨウオトギリソウ(St.John's Wort,セント・ジョーンズ・ワート)含有食品,フェニトイン,ホスフェニトインナトリウム水和物,ロミタピドメシル酸塩を投与中②本剤(成分)に過敏症の既往歴 **併禁** ①リトナビル(ノービア),コピシスタット含有製剤(スタリビルド,ゲンボイヤ,シムツォザ,プレジコビックス),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),クラリスロマイシン(クラリス,クラリシッド)②リファンピシン(リファジン),リファブチン(ミコブティン),カルバマゼピン(テグレトール),フェノバルビタール(フェノバル),セイヨウオトギリソウ(St.John's Wort,セント・ジョーンズ・ワート)含有食品,フェニトイン(アレビアチン,ヒダントール),ホスフェニトインナトリウム水和物(ホストイン)③ロミタピドメシル酸塩(ジャクスタピッド)

先マンジャロ皮下注 2.5mg 2.5mg0.5mL1キット 劇 1,924
アテオス (リリー→田辺三菱) 2499422G1024/622931301

先マンジャロ皮下注 5mg 5mg0.5mL1キット 劇 3,848
アテオス 2499422G2020/622931401

先マンジャロ皮下注 7.5mg 7.5mg0.5mL1キット 劇 5,772
アテオス 2499422G3027/622931501

先マンジャロ皮下注 10mg 10mg0.5mL1キット 劇 7,696
アテオス 2499422G4023/622931601

先マンジャロ皮下注 12.5mg 12.5mg0.5mL1キット 劇 9,620
アテオス 2499422G5020/622931701

先マンジャロ皮下注 15mg 15mg0.5mL1キット 劇 11,544
アテオス 2499422G6026/622931801

2499i 持続性 GIP/GLP-1 受容体作動薬 チルゼパチド

適応 2型糖尿病。

用法 週1回 5mgを維持用量とし,皮下注。ただし週1回2.5mgから開始し,4週間投与後,週1回 5mgに増量。状態により適宜増減。週1回 5mgで効果不十分な場合,4週間以上の間隔で2.5mgずつ増量可。最大量は週1回 15mgまで。

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5.3.14保医発0314第4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

先モノヴァー静注 500mg 500mg5mL1瓶 6,189
(日本新薬) 3222405A1026/622926501

先モノヴァー静注 1000mg 1,000mg10mL1瓶 12,377
3222405A2022/629926601

3222 鉄欠乏性貧血治療剤 デルイソマルトース第二鉄

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 体重 50kg 以上 1回あたり 1000mgを上限として週1回点滴静注,又は1回あたり 500mgを上限として最大週2回緩徐に静注。治療終了時までの総量は 2000mg まで。体重 50kg 未満 1回あたり 20mg/kgを上限として週1回点滴静注,又は1回あたり 500mgを上限として最大週2回緩徐に静注。治療終了時までの総量は 1000mg まで。以上,治療終了時までの総量は患者のヘモグロビン濃度及び体重に応じる。

注) ①次を参考に過量投与にならないよう総投与鉄量に注意する。また,1回投与鉄量及び投与間隔は用法及び用量を踏まえ,適切に設定する/ (1) 体重 40kg 未満: 総投与鉄量 (mg) = $[(2.2 \times (16 - \text{投与前ヘモグロビン濃度 } g/dL) + 10) \times (\text{体重 } kg)]$ (2) 体重 40~50kg 未満で投与前ヘモグロビン濃度 10g/dL 以上: 750mg。

(3) 体重 40~50kg 未満で投与前ヘモグロビン濃度 10g/dL 未満,又は体重 50~70kg 未満で投与前ヘモグロビン濃度 10g/dL 以上: 1000mg。(4) 体重 50~70kg 未満で投与前ヘモグロビン濃度 10g/dL 未満,又は体重 70kg 以上で投与前ヘモグロビン濃度 10g/dL 以上: 1500mg。(5) 体重 70kg 以上で投与前ヘモグロビン濃度 10g/dL 未満: 2000mg。②本剤を点滴静注する場合は生理食塩液で希釈し 15分以上かけて投与,静注する場合は希釈せずもしくは生理食塩液で希釈して2分以上かけて緩徐に投与。

保険料 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,分娩に伴う大量出血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5.3.14保医発0314第4号)。

禁忌 ①本剤(成分)に過敏症の既往歴②鉄欠乏状態にない者

(※次頁に続く)

薬効・薬価リスト令和5年版 追補
(令和5年3月14日告示・15日適用)

先リブタヨ点滴静注 350mg 350mg7mL 1 瓶 劇 450, 437
(サノフィ) 4291466A1024/629922701

4291 抗悪性腫瘍剤 セミプリマブ (遺伝子組換え)

適応 がん化学療法後に増悪した進行又は再発の子宮頸癌。

用法 1回 350mg, 3週間間隔で 30 分間かけて点滴静注。

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十分留意する。

(2) がん化学療法後に増悪した進行又は再発の子宮頸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) / 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, 外来腫瘍化学療法診療料 1 又は外来腫瘍化学療法診療料 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) / ア 医師免許取得後 2 年の初期研修を修了した後に 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 年の初期研修を修了した後に 4 年以上の臨床経験を有していること。うち, 3 年以上は, 婦人科腫瘍のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること(令 5.3.14 保医発 0314 第 6 号)。

禁忌 本剤(成分)に過敏症の既往歴