

薬効・薬価リスト令和5年版 追補
(令和5年11月21日告示・22日適用)

内 用 薬

先 フォゼベル錠 5mg	5mg1錠	234.10
(協和キリン)	2190045F1025/622951201	
先 フォゼベル錠 10mg	10mg1錠	345.80
	2190045F2021/622951301	
先 フォゼベル錠 20mg	20mg1錠	510.90
	2190045F3028/622951401	
先 フォゼベル錠 30mg	30mg1錠	641.80
	2190045F4024/622951501	

2190i 高リン血症治療剤 テナパノル塩酸塩

適応 透析中の慢性腎臓病患者における高リン血症の改善。

用法 開始量1回5mg,1日2回朝・夕食直前経口投与。以後、症状・血清リン濃度の程度により適宜増減。最高量1回30mg。
注) 増量の場合は1回5,10,20,30mgの順に1段階ずつとし,1週間以上の間隔をあけて行う。

禁忌 ①2歳未満②本剤(成分)に過敏症の既往歴③機械的消化管閉塞又はその疑い

(薬価基準収載日: 令5.11.22,投与: 14日まで)

注 射 薬

先 アレモ皮下注 15mg	15mg1.5mL1キット	249,546
(ノボ)	6343458G1020/629926801	
先 アレモ皮下注 60mg	60mg1.5mL1キット	844,727
	6343458G2026/629926901	
先 アレモ皮下注 150mg	150mg1.5mL1キット	1,893,013
	6343458G3022/629927001	

6343 抗TFPIモノクローナル抗体 コンシズマブ(遺伝子組換え)

適応 血液凝固第Ⅷ又は第Ⅸ因子に対するインヒビターを保有する先天性血友病患者における出血傾向の抑制。

用法 12歳以上,1日目に負荷投与として1mg/kg,2日目以降は維持量として1日1回0.2mg/kg,皮下注。0.2mg/kgの投与を開始後,血中濃度や状態により0.15mg/kgに減量又は0.25mg/kgに増量可。

注) 投与開始から4週経過時点で血中濃度を確認。0.25mg/kgへの増量は血中濃度が200ng/mL未満,0.15mg/kgへの減量は目安として血中濃度が4000ng/mL超である場合に可。

保険料 ①インヒビター力価の測定された年月日及び力価を診療報酬明細書の摘要欄に記入。②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,注入器加算は算定できない(令5.11.21保医発1121第1号)。

禁忌 本剤(成分)に過敏症の既往歴

先 ウゴービ皮下注	0.25mg0.5mL1キット	劇 1,876
0.25mg SD	(ノボ)	2499418G5023/629927101
先 ウゴービ皮下注	0.5mg0.5mL1キット	劇 3,201
0.5mg SD		2499418G6020/629927201
先 ウゴービ皮下注	1mg0.5mL1キット	劇 5,912
1.0mg SD		2499418G7026/629927301
先 ウゴービ皮下注	1.7mg0.75mL1キット	劇 7,903
1.7mg SD		2499418G8022/629927401
先 ウゴービ皮下注	2.4mg0.75mL1キット	劇 10,740
2.4mg SD		2499418G9029/629927501

2499i 肥満症治療剤 セマグルチド(遺伝子組換え)

適応 肥満症(ただし,高血圧,脂質異常症又は2型糖尿病のいずれかを有し,食事療法・運動療法を行っても十分な効果が得られず,次に該当する場合に限る/BMIが27kg/m²以上であり2つ以上の肥満に関連する健康障害を有する,BMIが35kg/m²以上)。

用法 0.25mgから開始し,週1回皮下注。その後4週間の間隔で週1回0.5mg,1mg,1.7mg及び2.4mgの順に増量し,以降は週1回2.4mg,皮下注。状態により適宜減量。

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(令5.11.21保医発1121第1号)。

(2) (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) 本剤の効能又は効果は「肥満症 ただし,高血圧,脂質異常症又は2型糖尿病のいずれかを有し,食事療法・運動療法を行っても十分な効果が得られず,以下に該当する場合に限る。・BMIが27kg/m²以上であり,2つ以上の肥満に関連する健康障害を有する ・BMIが35kg/m²以上」とされているので,使用にあたっては十分留意する。(3) 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: ①次に掲げる標榜診療科名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すべて記載) / ア 内科。イ 循環器内科。ウ 内分泌内科。エ 代謝内科。オ 糖尿病内科。②次に掲げる施設のうち,該当するもの(「施設要件カ」から「施設要件サ」までのうち該当するものを記載)及び「施設要件キ」,「施設要件ケ」又は「施設要件サ」に該当する場合は,連携施設名及び所在地/カ 日本循環器学会の専門医を有する自施設の常勤医師が本剤による治療に携わる。キ 日本循環器学会の専門医を有する連携施設の常勤医師が本剤による治療に携わる。ク 日本糖尿病学会の専門医を有する自施設の常勤医師が本剤による治療に携わる。ケ 日本糖尿病学会の専門医を有する連携施設の常勤医師が本剤による治療に携わる。コ 日本内分泌学会の専門医を有する自施設の常勤医師が本剤による治療に携わる。サ 日本内分泌学会の専門医を有する連携施設の常勤医師が本剤による治療に携わる。③次に掲げる施設のうち,該当するもの(「施設要件シ」から「施設要件セ」までのうち該当するものを記載) / シ 日本循環器学会の教育研修施設。ス 日本糖尿病学会の教育研修施設。セ 日本内分泌学会の教育研修施設。④常勤の管理栄養士の免許証番号。⑤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

(※次頁に続く)

薬効・薬価リスト令和5年版 追補
(令和5年11月21日告示・22日適用)

(「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、高血圧、脂質異常症又は2型糖尿病並びに肥満症の診療に5年以上の臨床研修を有していること。イ 医師免許取得後、満7年以上の臨床経験を有し、そのうち5年以上は高血圧、脂質異常症又は2型糖尿病並びに肥満症の臨床研修を行っていること。⑥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(「医師要件ウ」から「医師要件オ」までのうち該当するものをすべて記載)／ウ 日本循環器学会の専門医。エ 日本糖尿病学会の専門医。オ 日本内分泌学会の専門医。⑦次に掲げる患者の要件のうち、該当するもの(「患者要件ア」～「患者要件ウ」までのうち該当するものをすべて記載)／ア 高血圧。イ 脂質異常症。ウ 2型糖尿病。⑧次に掲げる患者の要件のうち、該当するもの(「患者要件エ」又は「患者要件オ」と記載)／エ BMIが27kg/m²以上であり、2つ以上の肥満に関連する健康障害を有する。オ BMIが35kg/m²以上。⑨(3)⑧の「患者要件エ」に該当する場合は、次に掲げる肥満に関連する健康障害のうち、該当するもの(「患者要件カ」～「患者要件タ」までのうち該当するものをすべて記載)／カ 耐糖能障害(2型糖尿病・耐糖能異常など)。キ 脂質異常症。ク 高血圧。ケ 高尿酸血症・痛風。コ 冠動脈疾患。カ 脳梗塞。シ 非アルコール性脂肪性肝疾患。ス 月経異常・不妊。セ 閉塞性睡眠時無呼吸症候群・肥満低換気症候群。ソ 運動器疾患。タ 肥満関連腎臓病。⑩食事療法・運動療法に係る治療計画を作成した年月日。⑪(3)⑩の治療計画に基づく食事療法において、管理栄養士による栄養指導を少なくとも6ヶ月以上受けたことがわかるすべての年月日。⑫合併している高血圧、脂質異常症又は2型糖尿病に対して投与中のすべての医薬品名。⑬本剤による治療計画(68週以内に投与を中止する計画であることを作成した年月日。

(4)本剤の継続投与に当たっては、次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載：①本剤投与中、管理栄養士による栄養指導を受けた直近の年月日。②本剤の初回投与から起算して、何週目の投与であるか。③次に掲げるすべての項目の直近の測定値及び測定年月日並びに改善傾向が認められた旨／ア 体重。イ 血糖。ウ 血圧。エ 脂質。(5)本剤の中止後に肥満症の悪化が認められ、初回投与開始時と同様に、本剤を投与する施設において適切な治療計画に基づく食事療法・運動療法を実施しても本剤の再投与が必要と判断された場合は、再投与の開始日に次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載。また、再投与後の継続投与に当たっては(4)に対応する／①本剤の投与を中止した年月日。②本剤の中止後に改めて食事療法・運動療法に係る治療計画を作成した年月日。③(5)②の治療計画に基づく食事療法において、管理栄養士による栄養指導を少なくとも6ヶ月以上受けたことがわかるすべての年月日。④(5)②の治療計画に基づく食事療法・運動療法を6ヶ月間行う前に、やむを得ず投与を再開する場合はその理由。⑤改めて本剤による治療計画(68週以内に投与を中止する計画であることを作成した年月日(令5.11.21保医発1121第2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③2型糖尿病を有する者における重症感染症、手術等の緊急の場合

先[エプキンリ皮下注4mg (ジェンマブ=アツヴィ)	4mg0.8mL1瓶 劇 137,724 4291469A1028/629926301
先[エプキンリ皮下注48mg]	48mg0.8mL1瓶 劇 1,595,363 4291469A2024/629926401

4291 抗悪性腫瘍剤/二重特異性抗体製剤 エプコリタマブ(遺伝子組換え)

適応 次の再発又は難治性の大細胞型 B 細胞リンパ腫/びまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫、高悪性度 B 細胞リンパ腫、原発性縦隔大細胞型 B 細胞リンパ腫。再発又は難治性の濾胞性リンパ腫。

注) ①本剤による治療は、抗 CD20 モノクローナル抗体製剤を含む少なくとも2つの標準的な治療が無効又は治療後に再発した患者を対象。②濾胞性リンパ腫：十分な経験を有する病理医により Grade3B と診断された患者に投与。

用法 28日間を1サイクルとし、1サイクル目は1日目に1回0.16mg、8日目に1回0.8mg、15日目及び22日目に1回48mg、皮下注。その後は1回48mg、2及び3サイクル目は1・8・15・22日目、4から9サイクル目には1・15日目、10サイクル目以降は1日目に皮下注。

注) 本剤投与によるサイトカイン放出症候群を軽減させるため、投与前後に次のように薬剤を投与/①1サイクル目(1・8・15及び22日目)：全ての患者に対し、週1回投与ごとに副腎皮質ホルモン剤・抗ヒスタミン剤・解熱鎮痛剤を本剤投与30～120分前に投与、副腎皮質ホルモン剤を本剤投与後1,2及び3日目に投与。②2サイクル目以降：本剤の前回投与後に Grade2 又は3のサイトカイン放出症候群が現れた患者に対し、次回投与時に副腎皮質ホルモン剤を本剤投与30～120分前、投与後1,2及び3日目に投与。本剤投与後に Grade2 以上のサイトカイン放出症候群が現れなくなるまで投与を行う。

禁忌 本剤(成分)に過敏症の既往歴

先[オルツビーオ静注用250 (サノフィ)	250国際単位1瓶(溶解液付) 49,543 6343459D1028/629925601
先[オルツビーオ静注用500]	500国際単位1瓶(溶解液付) 99,085 6343459D2024/629925701
先[オルツビーオ静注用1000]	1,000国際単位1瓶(溶解液付) 198,171 6343459D3020/629925801
先[オルツビーオ静注用2000]	2,000国際単位1瓶(溶解液付) 396,341 6343459D4027/629925901
先[オルツビーオ静注用3000]	3,000国際単位1瓶(溶解液付) 594,512 6343459D5023/629926001
先[オルツビーオ静注用4000]	4,000国際単位1瓶(溶解液付) 792,683 6343459D6020/629926101

6343 von Willebrand 因子非依存型遺伝子組換え血液凝固第Ⅷ因子製剤 エプアネソクトコグ アルファ(遺伝子組換え)

適応 血液凝固第Ⅷ因子欠乏患者における出血傾向の抑制。

用法 添付溶解液全量で溶解し、緩徐に静注。出血時又は周術期1回50国際単位/kg。状態により適宜減量。定期投与1回50国際単位/kg、週1回。

保険料 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5.11.21保医発1121第1号)。

(※次頁に続く)

薬効・薬価リスト令和5年版 追補
(令和5年11月21日告示・22日適用)

先	キュービトル20%皮下注 2g/10mL	2g10mL1 瓶	21, 882
	(武田)	6343439A4023/622950901	
先	キュービトル20%皮下注 4g/20mL	4g20mL1 瓶	43, 195
		6343439A5020/622951001	
先	キュービトル20%皮下注 8g/40mL	8g40mL1 瓶	85, 266
		6343439A6026/622951101	

6343 血漿分画製剤 p H4 処理酸性人免疫グロブリン(皮下注射)

適応 無又は低ガンマグロブリン血症。

用法 1回 50~200mg (0.25~1mL) /kg,週 1 回皮下注。2 週間に 1 回投与する場合,1 週あたりの用量の 2 倍量 (100~400mg/kg) を皮下注。状態に応じ 1 週又は 2 週あたりの投与量・回数は適宜増減。

禁忌 本剤(成分)にショックの既往歴

先	コルスバ静注	17.5 μg0.7mL1 筒	2, 971
	透析用シリンジ 17.5 μg	1290402G1026/622948901	
	(丸石=キッセイ)		
先	コルスバ静注	25 μg0.7mL1 筒	3, 609
	透析用シリンジ 25.0 μg	1290402G2022/622949001	
先	コルスバ静注	35 μg0.7mL1 筒	4, 341
	透析用シリンジ 35.0 μg	1290402G3029/622949101	

1290i 静注透析そう痒症改善剤 ジフェリケフェリン酢酸塩

適応 血液透析患者におけるそう痒症の改善(既存治療で効果不十分な場合に限る)。

用法 ドライウエイト 45kg 未満は 1 回 17.5 μg,45~65kg 未満は 1 回 25 μg,65~85kg 未満は 1 回 35 μg,85kg 以上は 1 回 42.5 μg,週 3 回,透析終了時の返血時に透析回路静脈側に注入。

禁忌 本剤(成分)に過敏症の既往歴

先	ジルビスク皮下注 16.6mg	16.6mg0.416mL1 筒 劇	69, 580
	シリンジ(UCB)	3999471G1020/622949301	
先	ジルビスク皮下注 23.0mg	23mg0.574mL1 筒 劇	96, 347
	シリンジ	3999471G2026/622949401	
先	ジルビスク皮下注 32.4mg	32.4mg0.81mL1 筒 劇	135, 661
	シリンジ	3999471G3022/622949501	

3999i 補体(C5)阻害剤 ジルコブランナトリウム

適応 全身型重症筋無力症(ステロイド剤又はステロイド剤以外の免疫抑制剤が十分に奏効しない場合に限る)。

注) ①抗アセチルコリン受容体抗体陽性の患者に投与。②原則,本剤投与開始の少なくとも 2 週間前までに髄膜炎菌に対するワクチンを接種する。

用法 1 日 1 回,体重 56kg 未満は 16.6mg,56~77kg 未満は 23mg,77kg 以上は 32.4mg,皮下注。

保険性 ①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 5.11.21 保医発 1121 第 1 号)。

禁忌 ①髄膜炎菌感染症に罹患している者②本剤(成分)に過敏症の既往歴

先	デュピクセント皮下注 200mg	200mg1.14mL1 筒 劇	43, 320
	シリンジ(サノフィ)	4490405G3027/629925501	

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次の皮膚疾患/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 成人 初回 600mg,皮下注。その後は 1 回 300mg,2 週間隔で皮下注。生後 6 ヶ月以上の小児 5~15kg 未満:1 回 200mg,4 週間隔で皮下注。15~30kg 未満:1 回 300mg,4 週間隔で皮下注。30~60kg 未満:初回 400mg,その後は 1 回 200mg,2 週間隔で皮下注。60kg 以上:初回 600mg,その後は 1 回 300mg,2 週間隔で皮下注。

注) 200mg シリンジと 300mg シリンジ又は 300mg ペンの生物学的同等性試験は実施していないため,600mg を投与する際には 200mg シリンジを使用しない。

保険性 ①本剤は既に薬価収載後 1 年以上経過している既収載品と有効成分が同一であり,今般,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(令 5.11.21 保医発 1121 第 1 号)。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 31.4.26 保医発 0426 第 3 号,最終改正:令 5.11.21 保医発 1121 第 1 号)。

禁忌 本剤(成分)に過敏症の既往歴

先	フェスゴ配合皮下注 MA	10mL1 瓶 劇	268, 695
	(中外)	4291501A1028/629924401	
先	フェスゴ配合皮下注 IN	15mL1 瓶 劇	471, 565
		4291501A2024/629924501	

4291 抗悪性腫瘍剤/抗 HER2 ヒト化モノクローナル抗体・ヒアルロン酸分解酵素配合剤 ペルツズマブ(遺伝子組換え)・トラスツズマブ(遺伝子組換え)・ボルヒアルロニダーゼ アルファ(遺伝子組換え)

適応 HER2 陽性の乳癌。がん化学療法後に増悪した HER2 陽性の治癒切除不能な進行・再発の結腸・直腸癌。

注) 乳癌:HER2 陽性の早期乳癌の術後患者のうち再発リスクが高い患者を対象。

用法 乳癌は他の抗悪性腫瘍剤と併用。1 日 1 回,ペルツズマブ(遺伝子組換え)・トラスツズマブ(遺伝子組換え)・ボルヒアルロニダーゼ アルファ(遺伝子組換え)として初回はそれぞれ 1200mg・600mg・30000U(配合皮下注 IN1 瓶),2 回目以降はそれぞれ 600mg・600mg・20000U(配合皮下注 MA1 瓶),初回は 8 分以上,2 回目以降は 5 分以上かけて 3 週間隔で皮下注。乳癌で術前・術後薬物療法の場合,投与期間は 12 ヶ月まで。

注) 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/前回投与日から 6 週間未満の場合,維持量を投与。前回投与日から 6 週間以上の場合,改めて初回量を投与し,次回以降は維持量を 3 週間隔で投与。

保険性 HER2 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(令 5.11.21 保医発 1121 第 1 号)。

禁忌 ①本剤(成分)に過敏症の既往歴②妊婦・妊娠の可能性

(※次頁に続く)

薬効・薬価リスト令和5年版 追補
(令和5年11月21日告示・22日適用)

先メグルダーゼ静注用 1000 1,000単位1瓶 劇 2,674,400
(大原) 3929413F1027/629927701

3929i 解毒剤 グルカルピダーゼ (遺伝子組換え)

適応 メトトレキサート・ロイコボリン救援療法によるメトトレキサート排泄遅延時の解毒。

注) ロイコボリン救援療法及び支持療法 (尿のアルカリ化, 十分な水分補給等) が実施されている患者に投与。

用法 50U/kg, 5分間かけて静注。初回投与 48時間後の血中メトトレキサート濃度が $1\mu\text{mol/L}$ 以上の場合, 初回と同じ用法用量で追加投与可。

禁忌 本剤 (成分) に過敏症の既往歴

先リステイーゴ皮下注 280mg 280mg2mL1瓶 劇 356,392
(UCB) 6399432A1028/629924801

6399i 抗FcRnモノクローナル抗体製剤 ロザノリキシズマブ (遺伝子組換え)

適応 全身型重症筋無力症 (ステロイド剤又はステロイド剤以外の免疫抑制剤が十分に奏効しない場合に限る)。

用法 体重 50kg 未満は 1回 280mg, 50~70kg 未満は 1回 420mg, 70~100kg 未満は 1回 560mg, 100kg 以上は 1回 840mg, 1週間間隔で 6回皮下注。これを 1サイクルとし繰り返す。

禁忌 本剤 (成分) に過敏症の既往歴

先レクビオ皮下注 300mg 300mg1.5mL1筒 443,548
シリンジ (ノバルティス) 2189403G1029/622948601

2189i 持続性 LDL コレステロール低下 siRNA 製剤 インクリシランナトリウム

適応 次のいずれも満たす場合の家族性高コレステロール血症, 高コレステロール血症/心血管イベントの発現リスクが高い, HMG-CoA 還元酵素阻害剤で効果不十分又は HMG-CoA 還元酵素阻害剤による治療が適さない。

注) HMG-CoA 還元酵素阻害剤による治療が適さない場合: 次に示す患者に使用/(1)副作用の既往等により HMG-CoA 還元酵素阻害剤の使用が困難な患者, (2)HMG-CoA 還元酵素阻害剤の使用が禁忌とされる患者。

用法 1回 300mg, 初回, 3ヶ月後に皮下注。以降 6ヶ月に 1回の間隔で皮下注。

注) HMG-CoA 還元酵素阻害剤による治療が適さない場合を除き, HMG-CoA 還元酵素阻害剤と併用。

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) 本剤の効能又は効果は「家族性高コレステロール血症, 高コレステロール血症 ただし, 以下のいずれも満たす場合に限る。・心血管イベントの発現リスクが高い ・ HMG-CoA 還元酵素阻害剤で効果不十分, 又は HMG-CoA 還元酵素阻害剤による治療が適さない」であることから, 心血管イベントの発現リスクが高く, HMG-CoA 還元酵素阻害剤の最大耐用量を服用しているが十分な治療効果が得られていない患者, 又は HMG-CoA 還元酵素阻害剤による治療が適切ではない患者 (副作用の既往等により HMG-CoA 還元酵素阻害剤の使用が禁忌とされる患者) に限り使用。また, 重要な基本的注意において「本剤投与にあたっては, あらかじめ高コレステロール血症治療の基本である食事療法を行い, 更に運動療法, 禁煙, 他の虚血性心疾患のリスクファクター (糖尿病, 高血圧症等) の軽減等も十分考慮すること。」とされているので, 患者に対して必要な治療及び指導を十分に行った上で使用を考慮する。(3) 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, 投与開始時の情報を診療報酬明細書の摘要欄に記載: ①次に掲げる施設のうち, 該当するもの (「施設要件ア」又は「施設要件イ」と記載) /ア 医師免許取得後, 満 6 年以上の臨床研修歴を有し, このうち 3 年以上は循環器診療に関する臨床研修歴を有する医師が所属する施設。イ 医師免許取得後, 満 6 年以上の臨床研修歴を有し, このうち 3 年以上は動脈硬化学に関する臨床研修歴を有する医師が所属する施設。②本剤の使用が必要と判断するに当たって参照した LDL-コレステロールの検査値及び当該検査の実施年月日。③食事療法を行っている旨, 及び患者の状況に応じて運動・喫煙等に関する指導又は糖尿病・高血圧症等の虚血性心疾患の危険因子に対する治療若しくは指導を行っている旨。④HMG-CoA 還元酵素阻害剤で効果不十分な患者に投与する場合には, 投与中の HMG-CoA 還元酵素阻害剤の成分名及び 1 日投与量 (1 日投与量が最大用量でない場合は, 最大耐用量である旨もあわせて記載)。⑤ HMG-CoA 還元酵素阻害剤による治療が適さない患者 (副作用の既往等により HMG-CoA 還元酵素阻害剤の使用が

(※次頁に続く)

薬効・薬価リスト令和5年版 追補 (令和5年11月21日告示・22日適用)

困難な患者又は HMG-CoA 還元酵素阻害剤の使用が禁忌とされる患者) に投与する場合には、使用可能な HMG-CoA 還元酵素阻害剤がないと判断した理由。⑥家族性高コレステロール血症以外の患者では、次の心血管イベントのリスク因子のいずれに該当するか(「リスク因子ア」から「リスク因子カ」までのうち該当するものを記載) / ア 冠動脈疾患(安定狭心症に対する冠動脈形成術を含む)の既往歴。イ アテローム血栓性脳梗塞(明らかなアテロームを伴うその他の脳梗塞も含む)の既往歴。ウ 糖尿病。エ 慢性腎臓病。オ 末梢動脈疾患。カ 久山町研究スコアにて高リスク分類。⑦家族性高コレステロール血症以外の患者で、⑥の「リスク因子ウ」から「リスク因子カ」までのいずれかに該当し、HMG-CoA 還元酵素阻害剤で効果不十分な患者に投与する場合、投与中の HMG-CoA 還元酵素阻害剤の投与期間。(4) 用法及び用量に関連する注意において「初回投与後の血中脂質値を測定し、患者の状態等も考慮して継続の可否を検討すること。」とされていることから、2回目の投与時は診療報酬明細書の摘要欄に次に掲げるすべての項目を記載 / ア 直近の LDL-コレステロール及び検査年月日。イ LDL-コレステロール及び患者の状態等を踏まえ、投与継続が可能と判断した理由。(5) 用法及び用量に関連する注意において「投与を継続する場合は血中脂質値を定期的に検査し、本剤に対する反応が認められない場合には投与を中止すること。」とされていることから、投与継続に当たっては留意する(令 5.11.21 保医発 1121 第 3 号)。

禁忌 本剤(成分)に過敏症の既往歴