

薬効・薬価リスト平成30年版 追補  
(平成31年2月25日告示・26日適用)

内 用 薬

先	エブクルーサ配合錠	1錠	60,154.50
	(ギリアド)	6250116F1025/622669601	

6250J 抗ウイルス剤 ソホスビル・ベルパタスビル

**適応** 前治療歴を有するC型慢性肝炎又はC型代償性肝硬変におけるウイルス血症の改善。C型非代償性肝硬変におけるウイルス血症の改善。

注) 使用に際しHCV RNAが陽性であることを確認。

**用法** 〔前治療歴を有するC型慢性肝炎・C型代償性肝硬変〕リバビリンとの併用で1日1回1錠,24週間経口投与。〔C型非代償性肝硬変〕1日1回1錠,12週間経口投与。

**禁忌** ①本剤(成分)に過敏症の既往歴②重度の腎機能障害(eGFR<30mL分/1.73m<sup>2</sup>)又は透析を必要とする腎不全③次の薬剤を投与中:カルバマゼピン,フェニトイン,フェノバルビタール,リファンピシン,セイヨウオトギリソウ(セント・ジョーンズ・ワート)含有食品  
(薬価基準収載日:平31.2.26,投与:14日まで)

先	セリンク口錠 10mg	10mg1錠 劇	296.40
	(大塚製薬)	1190025F1023/622607601	

1190 アルコール依存症飲酒量低減薬 ナルメフェン塩酸塩水合物

**適応** アルコール依存症患者における飲酒量の低減。

注) 習慣的に多量飲酒が認められる患者に使用。純アルコールとして1日平均男性60g超,女性40g超の飲酒量を目安とする。

**用法** 1回10mg,飲酒の1~2時間前に経口投与。1日1回まで。症状により適宜増量できるが1日20mgを超えない。

注) 重度の肝機能障害患者(Child-Pugh分類C):1日最高量10mg。

**保険** ①本剤の薬剤料については,次のすべての要件を満たした場合に限り算定できる/ア アルコール依存症の患者に対して,アルコール依存症に係る適切な研修を修了した医師が,アルコール依存症に係る適切な研修を修了した看護師,精神保健福祉士,公認心理師等と協力し,家族等と協議の上,詳細な診療計画を作成し,患者に対して説明を行うこと。イ 必要に応じて患者の受入が可能な精神科以外の診療科を有する医療体制との連携体制があること。ウ 心理社会的治療については,アルコール依存症に係る適切な研修を修了した医師によって行い,その要点及び診療時間を診療録に記載すること。なお,少なくとも本剤の初回投与時においては,30分を超えて当該治療を行うこと(本剤の初回投与までの診療時において30分を超えて当該治療を行った場合を除く)。エ ア及びウに定めるアルコール依存症に係る適切な研修は,重度アルコール依存症入院医療管理加算の算定にあたり医師等に求められる研修に準じたものであること。②本剤の用法・用量に関連する使用上の注意において「本剤の投与継続及び治療目標の見直しの要否について定期的に検討し,漫然と投与しないこと。」とされているので,3ヶ月ごとを目安に治療の評価を行う(平31.2.25保医発0225第9号)。

**禁忌** ①本剤(成分)に過敏症の既往歴②オピオイド系薬剤(鎮痛,麻酔)を投与中又は投与中止後1週間以内③オピオイドの依存症又は離脱の急性症状 **併禁** オピオイド系薬剤(鎮痛,麻酔)(ただし,緊急事態により使用する場合を除く)(モルヒネ(MSコンチン等),フェンタニル(フェントス等),フェンタニル・ドロペリドール(タラモナル),レミフェンタニル(アルチバ等),オキシコドン(オキシコンチン等),メサドン(メサペイン),ブプレノルフィン(ノルスパン等),タベンタドール(タベンタ),トラマドール(トラマール等),トラマドール・アセトアミノフェン(トラムセット),ペチジン,ペチジン・レバロルフアン(ペチロルフアン),ペンタゾシン(ソセゴン等),ヒドロモルフォン(ナルサス等))

(薬価基準収載日:平31.2.26,投与:14日まで)

先	タリージェ錠 2.5mg	2.5mg1錠	78.00
	(第一三共)	1190026F1028/622669701	
先	〃 錠 5mg	5mg1錠	107.70
		1190026F2024/622669801	
先	〃 錠 10mg	10mg1錠	148.70
		1190026F3020/622669901	
先	〃 錠 15mg	15mg1錠	179.60
		1190026F4027/622670001	

1190 末梢性神経障害性疼痛治療剤 ミロガバリンベシル酸塩

**適応** 末梢性神経障害性疼痛。

**用法** 初期量1回5mg,1日2回経口投与。その後1回量5mgずつ,1週間以上の間隔をあけて漸増し,1回15mg,1日2回経口投与。年齢・症状により1回10~15mgの範囲で適宜増減し,1日2回投与。

注) 腎機能障害患者は次を参考に投与量・投与間隔を調節/中等度(60>クレアチニンクリアランス(mL分)≥30):初期量1回2.5mg,有効量1回5~7.5mg,いずれも1日2回。重度(血液透析患者を含む)(30>クレアチニンクリアランス(mL分)):初期量1回2.5mg,有効量1回5~7.5mg,いずれも1日1回。

**禁忌** 本剤(成分)に過敏症の既往歴

(薬価基準収載日:平31.2.26,投与:14日まで)

先	デムサーカプセル 250mg	250mg1カプセル 劇	5,853.50
	(小野)	2190038M1024/622668701	

2190i チロシン水酸化酵素阻害剤 メチロシン

**適応** 褐色細胞腫のカテコールアミン分泌過剰状態の改善。

注) 本剤は次のいずれも満たす場合に使用/ (1) 既存の交感神経受容体遮断薬による治療では十分な治療効果が得られていない, (2) 外科手術前の処置,外科手術が適応とならない患者の管理,悪性褐色細胞腫患者の慢性的治療を目的とする。

**用法** 成人・12歳以上の小児1日500mgから経口投与開始。

効果不十分な場合,経過を十分に観察しながら3日間以上の間隔を置いて1日250mg又は500mgずつ漸増し,患者の尿中カテコールアミン量及び症状の十分な観察のもと適宜増減。1日最高量は4,000mg,1回最高量は1,000mg,投与間隔は4時間以上とし,1日500mgは1日2回,1日750mgは1日3回,1日1,000mg以上は1日4回に分割。

注) ①原則として交感神経受容体遮断薬と併用。②本剤開始時及び用量調節時にカテコールアミンの指標である尿中のメタネフリン量,ノルメタネフリン量を測定し,投与開始前の測定値から50%以上減少する投与量を目安として維持量を決定。維持量は尿中のアドレナリン,ノルアドレナリン,バニリルマンデル酸の測定値,血圧,患者の自覚症状等も参考に,総合的に判断して決定する。

**禁忌** ①本剤(成分)に過敏症の既往歴②重度腎機能障害(eGFR<30mL分)

(薬価基準収載日:平31.2.26,投与:14日まで)

先	ビジンプロ錠 15mg	15mg1錠 劇	3,850.60
	(ファイザー)	4291056F1025/622669101	
先	〃 錠 45mg	45mg1錠 劇	10,748.00
		4291056F2021/622669201	

4291 抗悪性腫瘍剤 ダコミチニブ水和物

**適応** EGFR 遺伝子変異陽性の手術不能又は再発非小細胞肺癌。

**用法** 1日1回45mg,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:平31.2.26,投与:14日まで)

(※次頁に続く)

薬効・薬価リスト平成30年版 追補  
(平成31年2月25日告示・26日適用)

**先**ビムパットドライシロップ 10% 10%1g 劇 386.20  
(UCB=第一三共) 1139015R1023/622670401

1139i 抗てんかん剤 ラコサミド

**適応** てんかん患者の部分発作(二次性全般化発作を含む)。  
**用法** [成人] 1日100mg(DS:1g)より開始,その後1週間以上の間隔をあけて増量,維持量1日200mg(同2g)。いずれも2回分割経口投与。症状により1日400mg(同4g)を超えない範囲で適宜増減。増量は1週間以上の間隔をあけて1日量100mg以下ずつ行う。[小児] 4歳以上の小児1日2mg(同0.02g)/kgより開始,その後1週間以上の間隔をあけて1日量2mg/kgずつ増量,維持量は体重30kg未満1日6mg(同0.06g)/kg,30~50kg未満1日4mg(同0.04g)/kg。いずれも2回分割経口投与。症状により,体重30kg未満は1日12mg(同0.12g)/kg,30~50kg未満は1日8mg(同0.08g)/kgを超えない範囲で適宜増減。増量は1週間以上の間隔をあけて1日量2mg/kg以下ずつ行う。体重50kg以上の小児は,成人と同じ用法・用量を用いる。以上,用時懸濁。

**禁忌** ①本剤(成分)に過敏症の既往歴②重度の肝機能障害  
(薬価基準収載日:平31.2.26,投与:14日まで)

**先**ピラフトビカプセル 50mg 50mg1カプセル 劇 3,180.70  
(小野) 4291057M1029/622668801

4291 抗悪性腫瘍剤 エンコラフェニブ

**適応** BRAF 遺伝子変異を有する根治切除不能な悪性黒色腫。  
**用法** ビニメチニブとの併用で1日1回450mg,経口投与。状態により適宜減量。

**保険外** BRAF 遺伝子変異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入(当該検査を実施した月のみ。ただし初回は必ず記載)(平31.2.25保医発0225第9号)。

**禁忌** 本剤(成分)に過敏症の既往歴  
(薬価基準収載日:平31.2.26,投与:14日まで)

**先**ミネプロ錠 1.25mg 1.25mg1錠 46.90  
(第一三共) 2149049F1027/622670101

**先** " 錠 2.5mg 2.5mg1錠 89.90  
2149049F2023/622670201

**先** " 錠 5mg 5mg1錠 134.90  
2149049F3020/622670301

2149i 選択的ミネラルコルチコイド受容体ブロッカー エサキセレノン

**適応** 高血圧症。

**用法** 1日1回2.5mg,経口投与。効果不十分な場合,5mgまで増量可。

注) ①本剤投与中に血清カリウム値が5.0mEq/Lを超えた場合は減量を考慮,5.5mEq/L以上の場合は減量ないし中止,6.0mEq/L以上の場合は直ちに中止。②中等度の腎機能障害(eGFR30~60mL/分/1.73m<sup>2</sup>未満)のある患者及びアルブミン尿又は蛋白尿を伴う糖尿病患者では,1日1回1.25mgから開始し,血清カリウム値など患者の状態に応じて,投与開始から4週間以降を目安に1日1回2.5mgに増量。効果不十分な場合,5mgまで増量可。

**禁忌** ①本剤(成分)に過敏症の既往歴②高カリウム血症もしくは本剤投与開始時に血清カリウム値が5.0mEq/Lを超えている③重度の腎機能障害(eGFR30mL/min/1.73m<sup>2</sup>未満)④カリウム保持性利尿剤(スピロラクトン,トリアムテレン,カンレノ酸カリウム),アルドステロン拮抗剤(エプレレノン)又はカリウム製剤(塩化カリウム,グルコン酸カリウム,アスパラギン酸カリウム,ヨウ化カリウム,酢酸カリウム)を投与中 **併禁** ①カリウム保持性利尿剤(スピロラクトン〈アルダクトンA〉,トリアムテレン〈トリテレン〉,カンレノ酸カリウム〈ソルダクトン〉),アルドステロン拮抗剤(エプレレノン〈セララ〉)②カリウム製剤(塩化カリウム〈塩化カリウム,スローケー〉,グルコン酸カリウム〈グルコンサンK〉,アスパラギン酸カリウム〈アスパラカリウム,アスパラ〉,ヨウ化カリウム〈ヨウ化カリウム〉,酢酸カリウム〈酢酸カリウム〉)  
(薬価基準収載日:平31.2.26,投与:14日まで)

**先**メクトビ錠 15mg 15mg1錠 劇 4,836.80  
(小野) 4291058F1024/622668901

4291 抗悪性腫瘍剤 ビニメチニブ

**適応** BRAF 遺伝子変異を有する根治切除不能な悪性黒色腫。  
**用法** エンコラフェニブとの併用で1回45mg,1日2回経口投与。状態により適宜減量。

**保険外** BRAF 遺伝子変異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入(当該検査を実施した月のみ。ただし初回は必ず記載)(平31.2.25保医発0225第9号)。

**禁忌** 本剤(成分)に過敏症の既往歴  
(薬価基準収載日:平31.2.26,投与:14日まで)

**先**レルミナ錠 40mg 40mg1錠 劇 905.70  
(武田=あすか製薬) 2499013F1027/622670601

2499i GnRHアンタゴニスト レルゴリクス

**適応** 子宮筋腫に基づく次の諸症状の改善/過多月経,下腹痛,腰痛,貧血。

**用法** 1日1回40mg,食前経口投与。初回投与は月経周期1~5日目に行う。

注) 6ヶ月を超える投与は原則として行わない。やむを得ず長期にわたる投与や再投与が必要な場合,可能な限り骨塩量の検査を行い慎重に投与。

**禁忌** ①妊婦・妊娠している可能性の婦人,授乳中②診断のつかない異常性器出血③本剤(成分)に過敏症の既往歴  
(薬価基準収載日:平31.2.26,投与:14日まで)

注射薬

**先**イベニティ皮下注 105mg1.17mL1筒 24,720  
105mg シリンジ  
(AABP=アステラス) 3999449G1025/622668601

3999i ヒト化抗スクレロシンモノクローナル抗体製剤 ロモソズマブ(遺伝子組換え)

**適応** 骨折の危険性の高い骨粗鬆症。

**用法** 210mgを1ヶ月に1回,12ヶ月間皮下注。

**保険外** 本剤を12ヶ月投与後に再投与する場合,再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/ア 骨折の危険性が高いと判断した理由。イ 本剤を再投与するまでに投与した骨粗鬆症治療薬の品名(平31.2.25保医発0225第9号)。

**禁忌** ①本剤(成分)に過敏症の既往歴②低カルシウム血症

(※次頁に続く)

薬効・薬価リスト平成30年版 追補  
(平成31年2月25日告示・26日適用)

**先**ザバクサ配合点滴静注 (1.5g) 1瓶 6,335  
(MSD) 6139506D1020/622669501

6139J β-ラクタマーゼ阻害剤配合抗生物質製剤 セフトロザン硫酸塩・タゾバクタムナトリウム

**適応** <適応菌種>本剤感性のレンサ球菌属,大腸菌,シトロバクター属,クレブシエラ属,エンテロバクター属,プロテウス属,緑膿菌。<適応症>膀胱炎,腎盂腎炎,腹膜炎,腹腔内膿瘍,胆嚢炎,肝膿瘍。

注) β-ラクタマーゼの関与が考えられ,本剤感性の原因菌による感染症である場合に投与。

**用法** 1回1.5g,1日3回,60分かけて点滴静注。腹膜炎,腹腔内膿瘍,胆嚢炎,肝膿瘍に対してはメロニダゾール注射液と併用。

注) 腎機能障害患者は次を参考に用量を調節/クレアチニンクリアランス (mL/分) 30~50は1回750mg,15~29は1回375mg,1日3回,60分かけて投与。血液透析中の腎不全患者は1回150mg,1日3回,60分かけて投与。ただし初回のみ750mgとする(血液透析実施日は透析終了後速やかに投与)。

**禁忌** ①本剤(成分)・セフェム系抗生物質に過敏症の既往歴②他のβ-ラクタム系抗生物質(ペニシリン系,カルバペネム系等)に重篤な過敏症(アナフィラキシー,重度の皮膚反応等)の既往歴

**先**ステミラック注 1回分 14,957,755  
(ニプロ) 4900401X1026/629700201

4900 ヒト体性幹細胞加工製品 ヒト(自己)骨髄由来間葉系幹細胞

**適応** 脊髄損傷に伴う神経症候及び機能障害の改善(外傷性脊髄損傷で,ASIA機能障害尺度がA,B又はCの患者に限る)。

[承認時資料による]

**用法** 骨髄液の採取は,患者の全身状態等を考慮した上で,脊髄損傷受傷後31日以内を目安に実施する。また,製品が製造され次第,可能な限り速やかに投与する。[原料採取時] (1)患者から末梢血を採取し,採血キットの容器に入れ指定施設へ運搬。(2)患者から骨髄液を採取し,骨髄採取キットの骨髄希釈液DMEMとともに容器に入れ指定施設へ運搬。[患者に適用時] 自己骨髄間葉系幹細胞として1回 $0.5 \times 10^8 \sim 2.0 \times 10^8$ 個(最大量 $3.34 \times 10^6$ 個/kg),生理食塩液で3倍以上に希釈しながら, $0.7 \sim 1.0$ mL/分を目安に点滴静注。

**保険性** [1] ①本製品の原料採取に伴い,患者から末梢血を採取した場合,輸血の3(自己血貯血)のイ(6歳以上の患者の場合(200mLごとに))の(1)(液状保存の場合)を算定可。なお,本算定は原則として4回までとする。②本製品の原料採取に伴い,患者から骨髄液を採取した場合,造血幹細胞採取(一連につき)の1(骨髄採取)のロ(自家移植の場合)を算定可(平31.2.25保医発0225第9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,本製品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できるよう十分留意する。②本製品を投与した患者に対するリハビリテーションについては,最適使用推進ガイドラインで示されている要件を満たす医療機関において適切なリハビリテーションを実施するよう十分留意する。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,脊髄領域を含む整形外科に関する10年以上の修練を行い,脊髄損傷に関する十分な臨床経験(計30件以上)を有し,AIS評価が適切に行えること。イ 医師免許取

得後,脊髄領域を含む脳神経外科に関する10年以上の修練を行い,脊髄損傷に関する十分な臨床経験(計30件以上)を有し,AIS評価が適切に行えること。(2)本製品の製造原料として最初に末梢血の採血を行う時点及び本製品を投与する直前の時点におけるAIS。なお,供給当初においては,AISがAの患者を中心とした投与が適切であるとされていることから,供給可能量も踏まえAの患者を優先して対応する(平31.2.25保医発0225第10号)。

**禁忌** ①再使用禁止②本品は原料として用いる骨髄液及び末梢血を採取した患者本人以外に適用しないこと③本品(成分)に過敏症の既往歴

**先**ビムパット点滴静注 200mg20mL1瓶 劇 4,252  
200mg (UCB=第一三共) 1139404A1024/622670501

1139i 抗てんかん剤 ラコサミド

**適応** 一時的に経口投与ができない患者における,次の治療に対するラコサミド経口製剤の代替療法/てんかん患者の部分発作(二次性全般化発作を含む)。

**用法** [ラコサミドの経口投与から本剤に切り替える場合] 経口投与と同じ1日量・投与回数にて,1回量を30~60分かけて点滴静注。[ラコサミドの経口投与に先立ち本剤を投与する場合] 成人1日100mgより開始,その後1週間以上の間隔をあけて増量,維持量1日200mg。いずれも2回分割,30~60分かけて点滴静注。小児4歳以上の小児1日2mg/kgより開始,その後1週間以上の間隔をあけて1日量2mg/kgずつ増量,維持量は体重30kg未満1日6mg/kg,30~50kg未満1日4mg/kg。いずれも2回分割,30~60分かけて点滴静注。体重50kg以上の小児は,成人と同じ用法・用量を用いる。以上,いずれの場合も症状により適宜増減。ただし最高量は成人1日400mg,4歳以上の小児のうち体重30kg未満は1日12mg/kg,30~50kg未満は1日8mg/kgを超えない。増量は1週間以上の間隔をあけ,成人1日100mg以下ずつ,小児1日2mg/kg以下ずつ行う。体重50kg以上の小児は,成人と同じ1日最高量・増量方法とする。

**禁忌** ①本剤(成分)に過敏症の既往歴②重度の肝機能障害