

薬効・薬価リスト平成24年版 追補
(平成24年4月17日告示分)

内 用 薬

アジルバ錠 20mg (武田)	20mg1錠	136.90
" 錠 40mg	40mg1錠	205.40
	2149048F1022 / 622143501	
	2149048F2029 / 622143601	

2149i 持続性 AT₁ レセプターブロッカー アジルサルタン

適応 高血圧症。

用法 1日1回20mg,経口投与。年齢・症状により適宜増減。
1日最大量40mg。

禁忌 本剤(成分)に過敏症の既往歴 妊婦・妊娠している可能性の婦人

(薬価基準収載日:平24.4.17,投与:14日まで)

イグザレルト錠 10mg (バイエル)	10mg1錠	372.40
" 錠 15mg	15mg1錠	530.40
	3339003F1024 / 622068301	
	3339003F2020 / 622068401	

3339i 選択的 direct作用型 Xa 因子阻害剤 リバーロキサパン

適応 非弁膜症性心房細動患者における虚血性脳卒中及び全身性塞栓症の発症抑制。

用法 1日1回15mg,食後経口投与。腎障害のある患者は腎機能の程度に応じ1日1回10mgに減量。

禁忌 本剤(成分)に過敏症の既往歴 出血している者(頭蓋内出血,消化管出血等の臨床的に重大な出血) 凝固障害を伴う肝疾患 中等度以上の肝障害(Child-Pugh分類 BまたはCに相当) 腎不全(クレアチニンクリアランス 15mL/min未滿) 妊婦・妊娠している可能性の婦人 HIV プロテアーゼ阻害剤を投与中 アゾール系抗真菌剤(フルコナゾールを除く)の経口または注射剤を投与中 急性細菌性心内膜炎 **併禁** HIV プロテアーゼ阻害剤(リトナビル ノービア,アタザナビル レアタツツ,インジナビル クリキシパン 等),アゾール系抗真菌剤(経口,注射剤。フルコナゾールを除く)(イトラコナゾール,ボリコナゾール ブイフェンド,ケトコナゾール(国内未発売)等

(薬価基準収載日:平24.4.17,投与:14日まで)

エビリファイ OD錠 3mg (大塚製薬)	3mg1錠 劇	94.40
" OD錠 6mg	6mg1錠 劇	179.30
	1179045F4022 / 622135201	
" OD錠 12mg	12mg1錠 劇	340.70
	1179045F5029 / 622135301	
" OD錠 24mg	24mg1錠 劇	647.40
	1179045F6025 / 622135401	
	1179045F7021 / 622135501	

1179i 抗精神病剤 アリピプラゾール

適応 統合失調症。双極性障害における躁症状の改善。

用法 統合失調症 1日6~12mgを開始量,1日6~24mgを維持量とし,1~2回分割経口投与。双極性障害における躁症状の改善 1日1回12~24mg,経口投与。開始量は24mg。以上,1日量30mgまで。年齢・症状により適宜増減。

禁忌 昏睡状態の者 パルビツール酸誘導体・麻酔剤等の中枢神経抑制剤の強い影響下にある者 アドレナリンを投与中 本剤(成分)に過敏症の既往歴 **併禁** アドレナリン ポスミン

(薬価基準収載日:平24.4.17)

サムチレール	750mg5mL1包	1,679.60
内用懸濁液 15% (GSK)	6290006S1027 / 622136101	

6290i ニューモシスチス肺炎治療剤 アトバコン

適応 <適応菌種>ニューモシスチス・イロペチー。<適応症>ニューモシスチス肺炎,ニューモシスチス肺炎の発症抑制。

(注)本剤は副作用によりスルファメトキサゾール・トリメトプリム配合剤(ST合剤)の使用が困難な場合に使用。

用法 治療 1回750mg(5mL),1日2回,21日間,食後経口投与。発症抑制 1日1回1500mg(10mL),食後経口投与。

保険料 HIV感染患者におけるニューモシスチス肺炎の治療及び発症抑制のために使用した場合,診療報酬明細書等の取扱いにおいては,当該患者の秘密の保護に十分配慮する。

HIV感染患者におけるニューモシスチス肺炎の治療及び発症抑制のために投薬する場合には,新医薬品の処方日数制限の適用については,特例的に当該14日間の処方日数制限には服しないものとして取り扱う(平24.4.17 保医発0417第1号)。

禁忌 本剤(成分)に過敏症の既往歴

(薬価基準収載日:平24.4.17,投与:14日まで)

(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(後天性免疫不全症候群に罹患している患者に投与するものに限る。)

ルネスタ錠 1mg (エーザイ)	1mg1錠	49.60
" 錠 2mg	2mg1錠	78.70
	1129010F1028 / 622148801	
" 錠 3mg	3mg1錠	99.80
	1129010F2024 / 622148901	
	1129010F3020 / 622149001	

1129i 不眠症治療剤 エソゾピクロン

適応 不眠症。

用法 成人1回2mg,高齢者1回1mg,就寝前経口投与。症状により適宜増減。成人1回3mg,高齢者1回2mgまで。

禁忌 本剤(成分)・ゾピクロンに過敏症の既往歴 重症筋無力症 急性狭隅角緑内障

(薬価基準収載日:平24.4.17,投与:14日まで)

レグナイト錠 300mg (アステラス)	300mg1錠	98.50
	1190020F1020 / 622135801	

1190 レストレスレッグス症候群治療剤 ガバペンチン エナカルビル

適応 中等度から高度の特発性レストレスレッグス症候群(下肢静止不能症候群) [承認時資料による]

用法 1日1回600mg,夕食後経口投与。

禁忌 本剤(成分)・ガバペンチンに過敏症の既往歴 高度の腎機能障害患者(クレアチニンクリアランス 30mL/min未滿)

(薬価基準収載日:平24.4.17,投与:14日まで)

(次頁に続く)

薬効・薬価リスト平成24年版 追補
(平成24年4月17日告示分)

外用薬

アイファガン点眼液 0.1% (千寿=武田)	0.1% 1mL 1319761Q1023 / 622150001	438.20
---------------------------	--------------------------------------	--------

1319i 緑内障・高眼圧症治療剤 プリモニジン酒石酸塩
適応 次の疾患で他の緑内障治療薬が効果不十分又は使用できない場合 / 緑内障, 高眼圧症。
用法 1回1滴, 1日2回点眼。
禁忌 本剤(成分)に過敏症の既往歴 低出生体重児, 新生児, 乳児, 2歳未満の幼児
 (薬価基準収載日: 平 24.4.17, 投与: 14日まで)

エムラクリーム (佐藤製薬)	1g 劇 1219800N1023 / 622138101	171.90
----------------	----------------------------------	--------

1219J 局所麻酔剤
適応 皮膚レーザー照射療法時の疼痛緩和。
用法 レーザー照射予定部位に 10cm² あたり 1g, 密封法(ODT)により 60分間塗布。1回塗布量は 10g まで, 塗布時間は 120分まで。
禁忌 メトヘモグロビン血症 本剤(成分)・アミド型局所麻酔剤に過敏症の既往歴
 (薬価基準収載日: 平 24.4.17, 投与: 14日まで)

注射薬

オキファスト注 10mg (塩野義)	1% 1mL 1管 麻劇 8119400A1025 / 622135601	352
" 注 50mg	1% 5mL 1管 麻劇 8119400A2021 / 622135701	1,609

8119i 癌疼痛治療用注射剤 オキシコドン塩酸塩水和物
適応 中等度から高度の疼痛を伴う各種癌における鎮痛。
用法 1日 7.5~250mg, 持続静注又は持続皮下注。年齢・症状により適宜増減。
 注) 持続投与時: 初回投与はオピオイド系鎮痛薬未使用患者には 1日 7.5~12.5mg, モルヒネ注射剤の持続静注から変更する場合はモルヒネ注射剤 1日量の 1.25 倍量, 経口オキシコドン製剤から変更する場合はオキシコドン製剤 1日量の 0.75 倍量を 1日量の目安とすることが望ましい。増量は前日の 1日量の 25~50% 増を目安とする。臨時追加投与(レスキュードーズ)として使用する場合は: 疼痛が増強した場合や鎮痛効果が得られている患者で突発性の疼痛が発現した場合, 本剤 1日量の 1/24 (1時間相当分) を目安に早送りによる投与又は追加の静注を行い, 鎮痛を図る。
禁忌 重篤な呼吸抑制, 重篤な慢性閉塞性肺疾患 気管支喘息発作中 慢性肺疾患に続発する心不全 痙攣状態(てんかん重積症, 破傷風, ストリキニーネ中毒) 麻痺性イレウス 急性アルコール中毒 アヘンアルカロイドに過敏症 出血性大腸炎

カンサイダス点滴静注用 50mg (MSD)	50mg 1瓶 劇 6179402D1020 / 622136201	16,256
" 点滴静注用 70mg	70mg 1瓶 劇 6179402D2026 / 622136301	21,992

6179i キャンディン系抗真菌剤 カスポファンギン酢酸塩
適応 真菌感染が疑われる発熱性好中球減少症。カンジダ属, アスペルギルス属による次の真菌感染症 / 食道カンジダ症, 侵襲性カンジダ症, アスペルギルス症(侵襲性アスペルギルス症, 慢性壊死性肺アスペルギルス症, 肺アスペルギローマ)。
 注) 発熱性好中球減少症: 次の3条件を満たす症例に投与 / 1回の検温で 38 以上の発熱又は1時間以上持続する 37.5 以上の発熱, 好中球数が 500/mm³ 未満の場合又は 1,000/mm³ 未満で 500/mm³ 未満に減少することが予測される場合, 適切な抗菌薬投与を行っても解熱せず, 抗真菌薬の投与が必要と考えられる場合。
用法 発熱性好中球減少症 1日1回, 投与初日 70mg, 2日目を以降 50mg, 点滴静注。真菌感染症 食道カンジダ症は 1日1回 50mg, 点滴静注。侵襲性カンジダ症・アスペルギルス症は 1日1回, 投与初日 70mg, 2日目を以降 50mg, 点滴静注。以上, 点滴静注は約1時間かけて緩徐に行う。
 注) ブドウ糖を含む希釈液中では不安定であるため, 調製に使用しない。
禁忌 本剤(成分)に過敏症の既往歴

ボナロン点滴静注 バッグ 900µg (希人ファーマ)	900µg 100mL 1袋 劇 3999419G1024 / 622143701	4,498
--------------------------------	--	-------

33999i 骨粗鬆症治療剤 アレンドロン酸ナトリウム水和物
適応 骨粗鬆症。
用法 1回 900µg, 4週に1回, 30分かけて点滴静注。
禁忌 本剤(成分)・他のビスホスホネート系薬剤に過敏症の既往歴 低カルシウム血症

ランマーク皮下注 120mg (第一三共)	120mg 1.7mL 1瓶 劇 3999435A1020 / 622136501	45,155
--------------------------	--	--------

3999i ヒト型抗ヒトRANKLモノクローナル抗体製剤 デノスマブ(遺伝子組換え)
適応 多発性骨髄腫による骨病変・固形癌骨転移による骨病変。
用法 1回 120mg, 4週に1回, 皮下注。
禁忌 本剤(成分)に過敏症の既往歴 妊婦・妊娠している可能性の婦人