

薬効・薬価リスト平成25年版 追補
(平成25年11月19日告示分)

内 用 薬

先	アブストラル舌下錠 100 µg	100 µg1錠 麻劇 573.60
	(協和発酵キリン=久光)	8219001F1020 / 622293501
先	" 舌下錠 200 µg	200 µg1錠 麻劇 800.40
		8219001F2026 / 622293601
先	" 舌下錠 400 µg	400 µg1錠 麻劇 1,116.80
		8219001F3022 / 622293701

8219i 癌疼痛治療剤 フェンタニルクエン酸塩

適応 強オピオイド鎮痛剤を定時投与中の癌患者における突出痛の鎮痛。〔承認時資料による〕

用法 1回の突出痛に対し100 µgを開始量とし、舌下投与。用量調節期に症状に応じ1回100,200,300,400,600,800 µgの順に一段階ずつ適宜調節し、至適用量を決定。用量調節期に1回の突出痛に対し1回100~600 µgのいずれかで十分な鎮痛効果が得られない場合、投与から30分後以降に同一用量までの本剤を1回のみ追加投与可。至適用量決定後の維持期は1回の突出痛に対し至適用量を1回投与。1回量上限800 µg。用量調節期の追加投与を除き、前回の投与から2時間以上の投与間隔をあげ、1日に4回以下の突出痛に対する投与にとどめる。

禁忌 本剤(成分)に過敏症の既往歴
(薬価基準収載日:平成25.11.19,投与:14日まで)
麻薬のため、告示後1年以降も投与日数に注意

先	ソブリアード	100mg1カ ^レ セル 劇 13,134.60
	カプセル 100mg(ヤンセン)	6250037M1028 / 622279401

6250i 抗ウイルス剤 シメプレビルナトリウム

適応 セログループ1(ジェノタイプ(1a)又は(1b))のC型慢性肝炎における次のいずれかのウイルス血症の改善/血中HCV RNA量が高値の未治療患者、インターフェロンを含む治療法で無効又は再燃となった患者。〔承認時資料による〕

注)使用に際しHCV RNAが陽性であることを確認。血中HCV RNA量が高値の未治療患者に使用する場合は、RT-PCR法で5.0LogIU/mL以上に相当することを確認。

用法 ベグインターフェロンアルファ-2a(遺伝子組換え)又はベグインターフェロンアルファ-2b(遺伝子組換え)及びリバビリンと併用。1日1回100mg、経口投与。投与期間は12週間。

注)本剤はベグインターフェロンアルファ-2a(遺伝子組換え)又はベグインターフェロンアルファ-2b(遺伝子組換え)及びリバビリンと併用するが、最初の12週間は3剤併用投与し、続く12週間はベグインターフェロンアルファ-2a(遺伝子組換え)又はベグインターフェロンアルファ-2b(遺伝子組換え)及びリバビリンによる2剤併用投与を実施。本剤と併用する場合、ベグインターフェロンアルファ-2a(遺伝子組換え)又はベグインターフェロンアルファ-2b(遺伝子組換え)及びリバビリンの総投与期間は48週まで。

禁忌 本剤(成分)に過敏症の既往歴 エファピレンツ、リファンピシン、リファブチンを投与中 **併禁** エファピレンツ ストックリン、リファンピシン リファジン等、リファブチン ミコブチン
(薬価基準収載日:平成25.11.19,投与:14日まで)

先	ピンダケルカプセル 20mg	20mg1カ ^レ セル 劇 58,064.90
	(ファイザー)	1290001M1022 / 622278901

1290i TTR型アミロイドーシス治療剤 タファミジスゲルミン

適応 トランスサイレチン型家族性アミロイドポリニューロパチーの末梢神経障害の進行抑制。

用法 1日1回20mg、経口投与。

禁忌 本剤(成分)に過敏症の既往歴
(薬価基準収載日:平成25.11.19,投与:14日まで)

外 用 薬

先	アゾルガ配合懸濁性点眼液	1mL 438.20
	(アルコン)	1319821Q1027 / 622278801

1319J 緑内障・高眼圧症治療剤 プリンゾラミド・チモロールマレイン酸塩

適応 次の疾患で、他の緑内障治療薬が効果不十分な場合/緑内障、高眼圧症。

用法 1回1滴、1日2回点眼。

禁忌 気管支喘息・その既往歴、気管支痙攣、重篤な慢性閉塞性肺疾患 コントロール不十分な心不全、洞性徐脈、房室ブロック(度)、心原性ショック 本剤(成分)に過敏症の既往歴 重篤な腎障害
(薬価基準収載日:平成25.11.19)
(掲示事項等告示)当品目は新医薬品の処方日数制限対象外。

先	アレジオン点眼液 0.05%	0.05%1mL 385.80
	(参天)	1319762Q1028 / 622279001

1319i 抗アレルギー点眼剤 エピナスチン塩酸塩

適応 アレルギー性結膜炎。

用法 1回1滴、1日4回(朝・昼・夕・就寝前)点眼。

禁忌 本剤(成分)に過敏症の既往歴
(薬価基準収載日:平成25.11.19,投与:14日まで)

先	ウルティプロ吸入用カプセル	1カ ^レ セル 271.00
	(ノバルティス)	2259805G1027 / 622287701

2259T 長時間作用性吸入気管支拡張配合剤 イングカテロールマレイン酸塩・グリコピロニウム臭化物

適応 慢性閉塞性肺疾患(慢性気管支炎、肺気腫)の気道閉塞性障害に基づく諸症状の緩解(長時間作用性吸入抗コリン剤及び長時間作用性吸入₂刺激剤の併用が必要な場合)。

用法 1日1回1カプセル、専用の吸入器具を用いて吸入。

禁忌 閉塞隅角緑内障 前立腺肥大等による排尿障害 本剤(成分)に過敏症の既往歴
(薬価基準収載日:平成25.11.19,投与:14日まで)

先	フルティフォーム 50エアゾール	56吸入1瓶 2,735.20
	56吸入用(杏林)	2290802G1023 / 622277901
先	" 125エアゾール	56吸入1瓶 3,193.10
	56吸入用	2290802G2020 / 622278001

2290J 喘息治療配合剤 フルチカゾンプロピオン酸エステル・ホルモテロールフマル酸塩水和物

適応 気管支喘息(吸入ステロイド剤及び長時間作用型吸入₂刺激剤の併用が必要な場合)。

用法 50エアゾールを1回2吸入、1日2回。症状により、125エアゾールを1回2~4吸入、1日2回。

禁忌 有効な抗菌剤の存在しない感染症、深在性真菌症 本剤(成分)に過敏症の既往歴
(薬価基準収載日:平成25.11.19,投与:14日まで)

(次頁に続く)

薬効・薬価リスト平成25年版 追補
(平成25年11月19日告示分)

先	レルベア 100 エリプタ 14 吸入用 (GSK)	14 吸入 1キット	2,816.80 2290803G1028 / 622279201
先	" 200 エリプタ 14 吸入用	14 吸入 1キット	3,143.90 2290803G2024 / 622279301

2290J 喘息治療配合剤 ビランテロールトリフェニル酢酸塩・フルチカ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動型吸入₂刺激剤の併用が必要な場合)〔承認時資料による〕

用法 100 エリプタを1日1回1吸入。症状により、200 エリプタを1日1回1吸入。

禁忌 本剤(成分)に過敏症の既往歴 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:平 25.11.19, 投与:14日まで)

注 射 薬

先	ゼプリオン水懸筋注 25mg シリンジ(ヤンセン)	25mg1キット 劇	18,712 1179409G1025 / 622278301
先	" 水懸筋注 50mg シリンジ	50mg1キット 劇	29,996 1179409G2021 / 622278401
先	" 水懸筋注 75mg シリンジ	75mg1キット 劇	39,531 1179409G3028 / 622278501
先	" 水懸筋注 100mg シリンジ	100mg1キット 劇	48,083 1179409G4024 / 622278601
先	" 水懸筋注 150mg シリンジ	150mg1キット 劇	63,368 1179409G5020 / 622278701

1179i 持効性抗精神病剤 パリペリドンパルミチン酸エステル

適応 統合失調症。

用法 初回 150mg,1 週後に 2 回目 100mg,三角筋に筋注。その後 4 週に 1 回 75mg,三角筋又は臀部に筋注。症状・忍容性により 25~150mg の範囲で適宜増減。増量は 1 回 50mg まで。

注)軽度腎機能障害患者(クレアチンクリアランス 50mL/分以上 80mL/分未満):初回 100mg,1 週後に 2 回目 75mg,三角筋に筋注。その後 4 週に 1 回 50mg,三角筋又は臀部に筋注。症状・忍容性により 25~100mg の範囲で適宜増減。増量は 1 回 25mg まで。

禁忌 昏睡状態 パルピツール酸誘導体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,クロザピンを投与中 本剤(成分)・パリペリドン・リスベリドンに過敏症の既往歴 中等度から重度の腎機能障害(クレアチン・クリアランス 50mL/分未満)併禁
アドレナリン ポスミン クロザピン クロザリル

先	ダットスキャン静注 (メジフィジックス)	167MBq1筒	56,162 4300451G1021 / 622268501
---	-------------------------	----------	------------------------------------

4300 放射性医薬品・脳疾患診断薬 イオフルバン^(123I)

適応 次の疾患の診断におけるドパミントランスポーターシンチグラフィ/パーキンソン症候群,レビー小体型認知症。

用法 111~185MBq(1パイアル)を静注,3~6時間後に頭部のシンチグラムを得る。

禁忌 本剤(成分)に過敏症の既往歴

先	ネスブ注射液 5µg ブラシリンジ(協和発酵キリン)	5µg0.5mL1筒 劇	1,548 3999425U4022 / 622293801
---	-------------------------------	--------------	-----------------------------------

3999i 持続型赤血球造血刺激因子製剤 ダルベオエチン アルファ(遺伝子組換え)

適応 腎性貧血。

用法 〔血液透析患者〕初回 成人週1回 20µg,小児週1回 0.33µg/kg(最高 20µg),静注。エリスロポエチン(エポエチン,エポエチン等)製剤からの切り替え初回 成人週1回 15~60µg,静注。維持 改善が得られたら,成人週1回 15~60µg,小児週1回 5~60µg,静注。週1回投与で貧血改善が維持されている場合,その時点での1回量の2倍量を開始量とし,成人は1回 30~120µg,小児は1回 10~120µg,各々2週に1回に変更可。〔腹膜透析患者・保存期慢性腎臓病患者〕初回 成人1回 30µg,小児1回 0.5µg/kg(最高 30µg),2週に1回,皮下注又は静注。エリスロポエチン(エポエチン,エポエチン等)製剤からの切り替え初回 成人1回 30~120µg,小児1回 10~60µg,2週に1回,皮下注又は静注。維持 改善が得られたら,成人1回 30~120µg,小児1回 5~120µg,2週に1回,皮下注又は静注。2週に1回投与で貧血改善が維持されている場合,その時点での1回量の2倍量を開始量とし,成人1回 60~180µg,小児1回 10~180µg,4週に1回に変更可。以上,いずれも貧血症状の程度・年齢等により適宜増減。1回最高量 180µg。

注)小児初回量:血液透析患者は次を参考に週1回 5~20µg,静注/体重 30kg 未満 5µg,30~40kg 未満 10µg,40~60kg 未満 15µg,60kg 以上 20µg。腹膜透析患者・保存期慢性腎臓病患者は次を参考に2週に1回 5~30µg,皮下注又は静注/体重 20kg 未満 5µg,20~30kg 未満 10µg,30~40kg 未満 15µg,40~60kg 未満 20µg,60kg 以上 30µg。切替え初回量:エリスロポエチン製剤が週2回又は週3回投与されている患者では切替前1週間の,週1回又は2週に1回投与されている患者では切替前2週間のエリスロポエチン製剤量を合計。次を参考に初回量を決定,前者は週1回から,後者は2週に1回から開始/切替前1週間又は2週間(小児は切替前2週間)の合計量 3,000IU 未満 15µg(小児は 10µg),3,000IU15µg,4,500IU20µg,6,000IU30µg,9,000IU40µg,12,000IU60µg。Hb濃度又はヘマトクリット値が2週連続して目標範囲から逸脱した場合等には,次を参考に投与量増減。増量は1段階ずつ行う。成人(皮下注時)/1段階 15µg,2段階 30µg,3段階 60µg,4段階 90µg,5段階 120µg,6段階 180µg。成人(静注時)・小児(皮下注,静注時)/1段階 5µg,2段階 10µg,3段階 15µg,4段階 20µg,5段階 30µg,6段階 40µg,7段階 50µg,8段階 60µg,9段階 80µg,10段階 100µg,11段階 120µg,12段階 140µg,13段階 160µg,14段階 180µg。投与間隔変更時:1回 180µgを投与してもHb濃度又はヘマトクリット値が目標範囲に達しない場合,投与量を1/2とし,投与頻度を2週に1回から週1回,又は4週に1回から2週に1回に変更。

禁忌 本剤(成分)・エリスロポエチン製剤に過敏症の既往歴

先	ハイゼントラ 20%皮下注 1g/5mL (CSL ベーリング)	1g5mL1瓶	9,488 6343439A1024 / 622288001
先	" 20%皮下注 2g/10mL	2g10mL1瓶	17,907 6343439A2020 / 622288101
先	" 20%皮下注 4g/20mL	4g20mL1瓶	33,796 6343439A3027 / 622288201

6343 血漿分画製剤 pH4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。〔承認時資料による〕

用法 1 回 50~200mg(0.25~1mL)/kg,週1回皮下注。状態に応じ1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 高プロリン血症1型・2型

(次頁に続く)

「薬効・薬価リスト」追補の無断複製・転載を禁じます

薬効・薬価リスト平成 25 年版 追補
(平成 25 年 11 月 19 日告示分)

先	ユニタルク胸膜腔内注入用 懸濁剤 4g (ノーベル)	4g1 瓶	7,112
		4299405D1022 / 622293901	

4299i 悪性胸水治療剤 滅菌調整タルク

適応 悪性胸水の再貯留抑制。

用法 4g(1 瓶), 同生理食塩液 50mL で懸濁し胸膜腔内注。

禁忌 本剤(タルク)に過敏症の既往歴