

薬効・薬価リスト平成26年版 追補
(平成27年2月23日告示・24日適用)

内 用 薬

先	オーファディンカプセル2mg	2mg1カプセル 劇	3,960.60
	(アステラス)	3999036M1029/622401501	
先	〃	カプセル5mg	5mg1カプセル 劇 8,649.00
		3999036M2025/622401601	
先	〃	カプセル10mg	10mg1カプセル 劇 15,768.20
		3999036M3021/622401701	

3999i 高チロシン血症Ⅰ型治療剤 ニチシノン

適応 高チロシン血症Ⅰ型。

用法 1日1mg/kg,2回分割経口投与。状態により適宜増減。
上限1日2mg/kg。

禁忌 本剤(成分)に過敏症の既往歴
(薬価基準収載日:平27.2.24,投与:14日まで)

先	ジャディアンス錠10mg	10mg1錠	205.50
	(日本ベーリンガー)	3969023F1023/622401201	
先	〃	錠25mg	25mg1錠 351.20
		3969023F2020/622401301	

3969i 2型糖尿病治療剤 エンバグリフロジン

適応 2型糖尿病。

用法 1日1回10mg,朝食前又は後経口投与。効果不十分時は経過を十分に観察しながら1日1回25mgに増量可。

禁忌 ①本剤(成分)に過敏症の既往歴②重症ケトosis,糖尿病性昏睡・前昏睡③重症感染症,手術前後,重篤な外傷
(薬価基準収載日:平27.2.24,投与:14日まで)

先	ゼルボラフ錠240mg	240mg1錠 劇	4,935.50
	(中外)	4291037F1022/622394901	

4291 抗悪性腫瘍剤 ベムラフェニブ

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 1回960mg,1日2回経口投与。

禁忌 本剤(成分)に過敏症の既往歴

保険性 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する(平27.2.23保医発0223第2号)。

(薬価基準収載日:平27.2.24,投与:14日まで)

先	タケキャブ錠10mg	10mg1錠	160.10
	(武田)	2329030F1020/622404401	
先	〃	錠20mg	20mg1錠 240.20
		2329030F2027/622404501	

2329i プロトンポンプ・インヒビター ボノプラザンフマル酸塩

適応 胃潰瘍,十二指腸潰瘍,逆流性食道炎,低用量アスピリン投与時における胃潰瘍又は十二指腸潰瘍の再発抑制,非ステロイド性抗炎症薬投与時における胃潰瘍又は十二指腸潰瘍の再発抑制。次におけるヘリコバクター・ピロリの除菌の補助/胃潰瘍,十二指腸潰瘍,胃 MALT リンパ腫,特発性血小板減少性紫斑病,早期胃癌に対する内視鏡的治療後胃,ヘリコバクター・ピロリ感染胃炎。

用法 胃・十二指腸潰瘍 1日1回20mg,経口投与。胃潰瘍は8週間まで。十二指腸潰瘍は6週間まで。逆流性食道炎 1日1回20mg,経口投与。通常4週間まで,効果不十分な場合は8週間まで投与可。再発・再燃を繰り返す逆流性食道炎の維持療法は1日1回10mg,経口投与。効果不十分な場合,1日1回20mg,経口投与可。低用量アスピリン投与時・非ステロイド性抗炎症薬投与時における胃潰瘍又は十二指腸潰瘍の再発抑制 1日1回10mg,経口投与。ヘリコバクター・ピロリの除菌補助 1回20mg,アモキシシリン水和物 1回750mg,クラリスロマイシン 1回200mgの3剤を同時に1日2回,7日間経口投与。クラリスロマイシンは必要により適宜増量可。ただし,1回400mg,1日2回まで。プロトンポンプインヒビター,アモキシシリン水和物,クラリスロマイシンの3剤投与によるヘリコバクター・ピロリの除菌治療が不成功の場合は代替治療として,1回20mg,アモキシシリン水和物 1回750mg,メトロニダゾール 1回250mgの3剤を同時に1日2回,7日間経口投与。

禁忌 ①本剤(成分)に過敏症の既往歴②アタザナビル硫酸塩,リルビピリン塩酸塩を投与中 **併禁** ①アタザナビル硫酸塩(レイアタツ) ②リルビピリン塩酸塩(エジュラント)

(薬価基準収載日:平27.2.24,投与:14日まで)

(※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26年版 追補
(平成27年2月23日告示・24日適用)

[先]パリエット錠5mg (エーザイ)	5mg1錠 2329028F3026/622402601	70.50
------------------------	---------------------------------	-------

2329i プロトンポンプ阻害剤 ラベプラゾールナトリウム

適応 胃潰瘍,十二指腸潰瘍,吻合部潰瘍,逆流性食道炎,Zollinger-Ellison 症候群,非びらん性胃食道逆流症,低用量アスピリン投与時における胃潰瘍又は十二指腸潰瘍の再発抑制。次におけるヘリコバクター・ピロリの除菌の補助/胃潰瘍,十二指腸潰瘍,胃 MALT リンパ腫,特発性血小板減少性紫斑病,早期胃癌に対する内視鏡的治療後胃,ヘリコバクター・ピロリ感染胃炎。

用法 〔胃・十二指腸潰瘍,吻合部潰瘍,Zollinger-Ellison 症候群〕1日1回10mg,経口投与。病状により1日1回20mg,経口投与可。投与は胃潰瘍・吻合部潰瘍は8週間まで,十二指腸潰瘍は6週間まで。〔逆流性食道炎〕逆流性食道炎の治療1日1回10mg,経口投与。病状により1日1回20mg,経口投与可。投与は8週間まで。プロトンポンプインヒビターによる治療で効果不十分な場合,1回10mg又は1回20mg,1日2回,さらに8週間経口投与可。ただし,1回20mg1日2回投与は重度の粘膜傷害を有する場合に限る。再発・再燃を繰り返す逆流性食道炎の維持療法1日1回10mg,経口投与。〔非びらん性胃食道逆流症〕1日1回10mg,経口投与。投与は4週間まで。〔低用量アスピリン投与時における胃・十二指腸潰瘍の再発抑制〕1日1回5mg,経口投与。効果不十分な場合,1日1回10mg,経口投与可。〔ヘリコバクター・ピロリの除菌補助〕1回10mg,アモキシシリン水和物1回750mg,クラリスロマイシン1回200mgの3剤を同時に1日2回,7日間経口投与。クラリスロマイシンは必要により適宜増量可。ただし,1回400mg,1日2回まで。プロトンポンプインヒビター,アモキシシリン水和物,クラリスロマイシンの3剤投与による除菌治療が不成功の場合は代替治療として,1回10mg,アモキシシリン水和物1回750mg,メトロニダゾール1回250mgの3剤を同時に1日2回,7日間経口投与。
注) 逆流性食道炎の治療:プロトンポンプインヒビターによる治療で効果不十分な者に1回10mg又は1回20mg,1日2回,さらに8週間投与する場合,内視鏡検査で逆流性食道炎が治癒していないことを確認。

禁忌 ①本剤(成分)に過敏症の既往歴②アタザナビル硫酸塩,リルビリン塩酸塩を投与中 **併禁** ①アタザナビル硫酸塩(レイアタツ) ②リルビリン塩酸塩(エジュラント)

保険 本剤は既収載品と有効成分が同一であり,今般,既収載品において低用量アスピリン投与時における胃潰瘍又は十二指腸潰瘍の再発抑制に係る効能・効果及び用法・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(平27.2.23保医発0223第2号)。

(薬価基準収載日:平27.2.24)

外用薬

[先]ベピオゲル2.5% (マルホ)	2.5%1g 2699712Q1021/622403601	120.90
-----------------------	----------------------------------	--------

2699i 尋常性ざ瘡治療剤 過酸化ベンゾイル

適応 尋常性ざ瘡。

用法 1日1回,洗顔後,患部に適量を塗布。

禁忌 本剤(成分)に過敏症の既往歴

(薬価基準収載日:平27.2.24,投与:14日まで)

[先]ロゼックスゲル0.75% (ガルデルマ)	0.75%1g 2699713Q1026/622405101	101.40
----------------------------	-----------------------------------	--------

2699i がん性皮膚潰瘍臭改善剤 メトロニダゾール

適応 がん性皮膚潰瘍部位の殺菌・臭気の軽減。

用法 症状・病巣の広さに応じ適量使用。潰瘍面を清拭後,1日1~2回ガーゼ等にのびして貼付するか,患部に直接塗布しその上をガーゼ等で保護する。

禁忌 ①本剤(成分)に過敏症の既往歴②脳,脊髄に器質的疾患のある者(脳・脊髄腫瘍の患者を除く) ③妊娠3ヶ月以内の婦人

(薬価基準収載日:平27.2.24,投与:14日まで)

注射薬

[先]イロクテイト静注用250 (パイオジェン・アイデック)	250国際単位 静 1瓶(溶解液付) 6343442D1022/622402801	26,766
[先] " 静注用500	500国際単位 静 1瓶(溶解液付) 6343442D2029/622402901	49,637
[先] " 静注用750	750国際単位 静 1瓶(溶解液付) 6343442D3025/622403001	71,236
[先] " 静注用1000	1,000国際単位 静 1瓶(溶解液付) 6343442D4021/622403101	92,050
[先] " 静注用1500	1,500国際単位 静 1瓶(溶解液付) 6343442D5028/622403201	132,105
[先] " 静注用2000	2,000国際単位 静 1瓶(溶解液付) 6343442D6024/622403301	170,702
[先] " 静注用3000	3,000国際単位 静 1瓶(溶解液付) 6343442D7020/622403401	244,983

6343 遺伝子組換え血液凝固第Ⅷ因子 Fc 領域融合タンパク質製剤 エフラロクトコグ 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。
〔承認時資料による〕

用法 添付溶解液全量で溶解し,数分かけて緩徐に静注。1回10~30国際単位/kg。状態により適宜増減。定期投与1日目25国際単位/kg,4日目50国際単位/kgから開始。以降は状態に応じて1回25~65国際単位/kg,投与間隔3~5日の範囲で適宜調節。週1回投与の場合,1回65国際単位/kg。

保険 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(平27.2.23保医発0223第2号)。

(※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26年版 追補
(平成27年2月23日告示・24日適用)

先	コセンテックス 皮下注用 150mg (ノバルティス＝マルボ)	150mg1 瓶 劇 73, 123 3999439D1025/622403801
先	〃 皮下注 150mg シリンジ	150mg1mL1 筒 劇 73, 132 3999439G1021/622403701

3999i ヒト型抗ヒト IL-17A モノクローナル抗体製剤 セクキヌマブ (遺伝子組換え)

適応 既存治療で効果不十分な次の疾患/尋常性乾癬,関節症性乾癬。

用法 1回 300mg を初回,1 週後,2 週後,3 週後,4 週後に皮下注。以降,4 週間の間隔で皮下注。体重により 1 回 150mg, 投与可。

禁忌 ①重篤な感染症②活動性結核③本剤 (成分) に過敏症の既往歴

先	ビミジム点滴静注液 5mg (BioMarin)	5mg5mL1 瓶 劇 129, 908 3959417A1027/622404901
---	-----------------------------	--

3959i 遺伝子組換えムコ多糖症IVA 型治療剤 エロスルファーズ アルファ (遺伝子組換え)

適応 ムコ多糖症IVA 型。[承認時資料による]

用法 1回 2mg/kg,週 1 回点滴静注。
注) ①体重 25kg 未満の患者は薬液総量 100mL,25kg 以上は 250mL となるよう②生理食塩液で希釈。③infusion associated reaction の症状を軽減するため,抗ヒスタミン剤を単独又は解熱鎮痛剤との併用で投与開始 30~60 分前に前投与する。

禁忌 本剤 (成分) にアナフィラキシーショックの既往歴

先	メチレンブルー静注 50mg「第一三共」	50mg10mL1 管 静劇 120, 382 3929412A1025/622402701
---	-------------------------	---

3929i メトヘモグロビン血症治療剤 メチルチオニウム塩化物水和物

適応 中毒性メトヘモグロビン血症。

用法 [生後 3 ヶ月を過ぎた乳幼児・小児・成人] 1 回 1~2mg/kg,5 分以上かけて静注。投与 1 時間以内に症状が改善しない場合,必要に応じ同量を繰り返し投与可。累積投与量は最大 7mg/kg まで。[新生児・生後 3 ヶ月以下の乳児] 1 回 0.3~0.5mg/kg,5 分以上かけて静注。投与 1 時間以内に症状が改善しない場合,必要に応じ同量を繰り返し投与可。

注) ①1 管を 5%ブドウ糖注射液 50mL で希釈。②生後 3 ヶ月を過ぎた乳幼児・小児・成人: アニリン又はジアフェニルメチルホルンによるメトヘモグロビン血症の場合の累積投与量は最大 4mg/kg まで。

禁忌 ①本剤 (成分),フェノチアジン系化合物・その類似化合物に過敏症の既往歴②グルコース・6-リン酸脱水素酵素欠損症③NADPH 還元酵素欠損症④塩素酸塩によるメトヘモグロビン血症⑤シアン化合物中毒の解毒剤として投与した亜硝酸化合物によるメトヘモグロビン血症

先	メナクトラ筋注 (サノフィ)	0.5mL1 瓶 劇生 19, 827 6311401A1023/622405001
---	-------------------	---

6311 細菌ワクチン類 4 価髄膜炎菌ワクチン

適応 髄膜炎菌 (血清型 A,C,Y 及び W-135) による侵襲性髄膜炎菌感染症の予防。

用法 1 回 0.5mL,筋肉内接種。

注) 生ワクチンの接種を受けた者は 27 日以上,他の不活化ワクチンの接種を受けた者は 6 日以上間隔を置いて本剤を接種。ただし,医師が必要と認めた場合は同時に接種できる (本剤を他のワクチンと混合して接種してはならない)。

禁忌 [接種不適当者] ①明らかな発熱を呈している者②重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな者③本剤 (成分)・ジフテリアトキソイドにアナフィラキシーを呈したことが明らかな者④前記のほか,予防接種を行うことが不適当な状態にある者

保険料 本製剤はエクリズマブ (遺伝子組換え) 投与患者に使用した場合に限り算定できるものであるので,エクリズマブ (遺伝子組換え) の投与を行った又は行う予定の年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載する (同一の診療報酬明細書においてエクリズマブ (遺伝子組換え) の投与が確認できる場合を除く) (平 27.2.23 保医発 0223 第 2 号)。

先	ダニアレゲンエキス 「トリイ」100,000JAU/mL 【スクラッチ】	1mL1 瓶 7, 966 7290401A1034/622404301 (鳥居)
---	--	---

7290i アレルゲン検査薬 アレルゲン

適応 診断 アレルギー性疾患のアレルゲンの確認。

用法 皮膚面に出血しない程度に傷をつけ,1 滴を滴下し,15~30 分後に膨疹径が対照の 2 倍以上又は 5mm 以上を陽性とする。

先	ダニアレゲンエキス皮下注 「トリイ」10,000JAU/mL 【治療用】	2mL1 瓶 4, 320 4490404A1027/622404101 (鳥居)
先	〃 皮下注 「トリイ」100,000JAU/mL 【治療用】	2mL1 瓶 4, 320 4490404A1035/622404201

4490 ダニアレギーの減感作療法 (アレルゲン免疫療法) 薬 アレルゲン

適応 ダニ抗原による次のアレルギー性疾患に対する減感作療法/アレルギー性鼻炎,気管支喘息。

用法 減感作療法の実施に際し,ダニアレゲン陽性の患者に皮内反応テストを行い,皮内反応閾値を求める。その閾値・症状に応じ,初回投与濃度・量,初回後の投与濃度・量・回数・間隔・維持量を適宜定める。初回 0.02~0.05mL,皮下注。初回後の投与量は 1 週 1~2 回約 50%ずつ増量,0.5mL に至れば 10 倍濃度の液 0.05mL にかえて同様に増量。次第に高濃度の液に移り,維持量に達したら 2 週に 1 回の注射を数回行い,その後は 1 ヶ月に 1 回とする。各回の投与後の状態を問診し,結果に応じ次回投与量を増減。

禁忌 重症の気管支喘息

※「薬効・薬価リスト」追補の無断複製・転載を禁じます