

平成 29 年 3 月 31 日訂正版  
\*下線部を訂正いたしました。  
お詫び申し上げます。

薬効・薬価リスト平成 28 年版 追補  
(平成 29 年 2 月 14 日告示・15 日適用)

内 用 薬

先	オテズラ錠 10mg (セルジーン)	10mg1 錠 劇 324. 20	3999042F1025/622533801
先	〃 錠 20mg	20mg1 錠 劇 648. 40	3999042F2021/622533901
先	〃 錠 30mg	30mg1 錠 劇 972. 60	3999042F3028/622534001

3999i PDE4 阻害剤 アプレミラスト

**適応** 局所療法で効果不十分な尋常性乾癬。関節症性乾癬。

**用法** 1 日目は 1 日 1 回朝 10mg, 経口投与。2 日目は朝・夕ともに 10mg, 3 日目は朝 10mg・夕 20mg, 4 日目は朝・夕ともに 20mg, 5 日目は朝 20mg・夕 30mg, 6 日目は朝・夕ともに 30mg, いずれも 1 日 2 回経口投与。

**禁忌** ①本剤 (成分) に過敏症の既往歴②妊婦・妊娠している可能性の婦人

(薬価基準収載日: 平 29.2.15, 投与: 14 日)

先	ジメンスー配合錠 (BMS)	1 錠 劇 11, 528. 80	6250112F1027/622532601
---	-------------------	-------------------	------------------------

6250J 抗ウイルス剤 ダクラタスビル塩酸塩・アスナプレビル・ベクラブビル塩酸塩

**適応** セログループ 1 (ジェノタイプ 1) の 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。

注) 使用に際し HCV RNA が陽性であることを確認。

\* **用法** 1 回 2 錠, 1 日 2 回食後経口投与。投与期間は 12 週間。

**禁忌** ①本剤 (成分) に過敏症の既往歴②中等度以上 (Child-Pugh 分類 B または C) の肝機能障害, 非代償性肝疾患③次の薬剤を使用中: イトラコナゾール, フルコナゾール, ホスフルコナゾール, ポリコナゾール, ミコナゾール (経口剤または注射剤), クラリスロマイシン, エリスロマイシン, ジルチアゼム, ベラパミル塩酸塩, コピシスタットを含有する製剤, テラプレビル, リトナビル, アタザナビル硫酸塩, インジナビル硫酸塩エタノール付加物, サキナビルメシル酸塩, ダルナビルエタノール付加物, ネルフィナビルメシル酸塩, ホスアンブレナビルカルシウム水和物, ロピナビル・リトナビル, オムビタスビル水和物・パリタプレビル水和物・リトナビル, リファンピシン, リファブチン, フェニトイン, ホスフェニトインナトリウム水和物, カルバマゼピン, フェノバルビタール, デキサメタゾン全身投与, モダフィニル, エファビレンツ, エトラピリン, ネピラピン, ボセンタン水和物, セイヨウオトギリソウ (St. John's Wort, セント・ジョーンズ・ワート) 含有食品, シクロスポリン, フレカイニド, プロパフェノン④妊婦・妊娠している可能性の婦人 **併禁** ①イトラコナゾール (イトリゾール), フルコナゾール (ジフルカン), ホスフルコナゾール (プロジフ), ポリコナゾール (ブイフェンド), ミコナゾール (経口剤または注射剤) (フロロド), クラリスロマイシン (クラリス), エリスロマイシン (エリスロシン), ジルチアゼム (ヘルベッサ), ベラパミル塩酸塩 (ワソラン), コピシスタットを含有する製剤 (スタリビルド, ゲンボイヤ), テラプレビル (テラピック) ②リトナビル (ノービア), アタザナビル硫酸塩 (レイアタツ), インジナビル硫酸塩エタノール付加物 (クリキシパン), サキナビルメシル酸塩 (インビラーゼ), ダルナビルエタノール付加物 (ブリジスタ), ネルフィナビルメシル酸塩 (ピラセプト), ホスアンブレナビルカルシウム水和物 (レクシヴァ), ロピナビル・リトナビル (カレトラ), オムビタスビル水和物・パリタプレビル水和物・リトナビル (ヴィキラックス) ③リファンピシン (リファジン), リファブチン (ミコブチン), フェニトイン (アレピアチン), ホスフェニトインナトリウム水和物 (ホストイン), カルバマゼピン (テグレートール), フェノバルビタール (フェノバル), デキサメタゾン全身投与 (デカドロン), モダフィニル (モディオダール), エファビレンツ (ストックリン), エトラピリン (インテレンス), ネピラピン (ピラミューン), ボセンタン水和物 (トラクリア), セイヨウオトギリソウ (St. John's Wort, セント・ジョーンズ・ワート) 含有食品④シクロスポリン (サンディミュン) ⑤フレカイニド (タンボコール), プロパフェノン (プロノン)

(薬価基準収載日: 平 29.2.15, 投与: 14 日)

先	テクフィデラカプセル 120mg (パイオジェン)	120mg1 カプセル 2, 037. 20	1190024M1028/622532401
先	〃 カプセル 240mg	240mg1 カプセル 4, 074. 40	1190024M2024/622532501

1190 多発性硬化症治療剤 ファル酸ジメチル

**適応** 多発性硬化症の再発予防及び身体的障害の進行抑制。

**用法** 1 回 120mg, 1 日 2 回から開始。1 週間後に 1 回 240mg, 1 日 2 回に増量。いずれも朝・夕食後経口投与。

注) 副作用等が認められた場合, 1 ヶ月間程度 1 回 120mg, 1 日 2 回に減量可。1 回 240mg, 1 日 2 回への再増量に対し忍容性が認められない場合は中止。

**禁忌** 本剤 (成分) に過敏症の既往歴

(薬価基準収載日: 平 29.2.15, 投与: 14 日)

先	ベムリディ錠 25mg (ギリアド)	25mg1 錠 劇 996. 50	6250045F1023/622532701
---	-----------------------	-------------------	------------------------

6250i 抗ウイルス化学療法剤 テノホビル アラフェナミド  
フマル酸塩

**適応** B 型肝炎ウイルスの増殖を伴い肝機能の異常が確認された B 型慢性肝疾患における B 型肝炎ウイルスの増殖抑制。

注) 開始前に HBV-DNA 定量によりウイルスの増殖を確認。

**用法** 1 日 1 回 25mg, 経口投与。

注) 投与開始時, クレアチニンクリアランス 15mL/分以上であることを確認。投与後クレアチニンクリアランス 15mL/分未満に低下した場合は中止を考慮。

**禁忌** ①本剤 (成分) に過敏症の既往歴②次の薬剤を投与中: リファンピシン, セイヨウオトギリソウ (St. John's Wort, セント・ジョーンズ・ワート) 含有食品 **併禁** リファンピシン (リファジン), セイヨウオトギリソウ (St. John's Wort, セント・ジョーンズ・ワート) 含有食品

(薬価基準収載日: 平 29.2.15, 投与: 14 日)

先	ヤーズフレックス配合錠 (バイエル)	1 錠 275. 00	2482011F2027/622534101
---	-----------------------	-------------	------------------------

2482 子宮内膜症に伴う疼痛・月経困難症治療剤 ドロスピレノン・エチニルエストラジオール ペータデクス

**適応** 子宮内膜症に伴う疼痛の改善, 月経困難症。

**用法** 1 日 1 錠, 経口投与。24 日目までは出血の有無にかかわらず連続投与。25 日目以降に 3 日間連続で出血が認められた場合, 又は連続投与が 120 日に達した場合, 4 日間休薬。休薬後は出血が終わっているか続いているかにかかわらず連続投与を開始。以後同様に繰り返す。

**禁忌** ①本剤 (成分) に過敏症の既往歴②エストロゲン依存性悪性腫瘍 (例えば, 乳癌, 子宮内膜癌), 子宮頸癌, その疑い③診断の確定していない異常性器出血のある者④血栓性静脈炎, 肺塞栓症, 脳血管障害, 冠動脈疾患またはその既往歴⑤35 歳以上で 1 日 15 本以上の喫煙者⑥前兆 (閃輝暗点, 星型閃光等) を伴う片頭痛⑦肺高血圧症・心房細動を合併する心臓弁膜症, 亜急性細菌性心内膜炎の既往歴のある心臓弁膜症⑧血管病変を伴う糖尿病 (糖尿病性腎症, 糖尿病性網膜症等) ⑨血栓性素因のある者⑩抗リン脂質抗体症候群⑪手術前 4 週以内, 術後 2 週以内, 産後 4 週以内および長期間安静状態⑫重篤な肝障害⑬肝腫瘍⑭脂質代謝異常⑮高血圧 (軽度の高血圧の患者を除く) ⑯耳硬化症⑰妊娠中に黄疽, 持続性掻痒症または妊娠ヘルペスの既往歴⑱妊婦・妊娠している可能性の女性⑲授乳婦⑳骨成長が終了していない可能性がある者㉑重篤な腎障害, 急性腎不全㉒オムビタスビル水和物・パリタプレビル水和物・リトナビル配合剤を投与中 **併禁** オムビタスビル水和物・パリタプレビル水和物・リトナビル配合剤 (ヴィキラックス)

(薬価基準収載日: 平 29.2.15)

※ (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。

(※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28年版 追補  
(平成29年2月14日告示・15日適用)

先	リアメット配合錠 (ノバルティス)	1錠 劇 242.30 6419102F1024/622532901
---	----------------------	---------------------------------------

6419J 抗マラリア剤 アルテメテル・ルメファントリン

**適応** マラリア。

**用法** 1回量、体重 5～15kg 未満は 1 錠、15～25kg 未満は 2 錠、25～35kg 未満は 3 錠、35kg 以上は 4 錠を、初回、初回投与後 8 時間、その後は朝夕 1 日 2 回 2 日間の計 6 回、食直後経口投与。

**禁忌** ①本剤（成分）に過敏症の既往歴②妊婦（妊娠 14 週未満）・妊娠している可能性の婦人③リファンピシン、カルバマゼピン、フェノバルビタール、フェニトイン、リファブチン、セイヨウオトギリソウ（St.John's Wort、セント・ジョーンズ・ワート）含有食品、ホスフェニトインを投与中 **併禁** リファンピシン（リファジン等）、カルバマゼピン（テグレート等）、フェノバルビタール（フェノバル等）、フェニトイン（アレピアチン、ヒダントール）、リファブチン（ミコブチン）、セイヨウオトギリソウ（St.John's Wort、セント・ジョーンズ・ワート）含有食品、ホスフェニトイン（ホストイン）

（薬価基準収載日：平 29.2.15、投与：14 日）

先	リンゼス錠 0.25mg (アステラス)	0.25mg1 錠 92.40 2399017F1020/622532801
---	-------------------------	---

2399i グアニル酸シクラーゼ C 受容体アゴニスト リナクロチド

**適応** 便秘型過敏性腸症候群。

**用法** 1 日 1 回 0.5mg、食前経口投与。症状により 0.25mg に減量。

**禁忌** ①機械的消化管閉塞・その疑い②本剤（成分）に過敏症の既往歴

（薬価基準収載日：平 29.2.15、投与：14 日）

注 射 薬

先	オビドレル皮下注シリンジ 250 μg (メルクセローノ)	250 μg0.5mL1 筒 2,910 2413406G1020/622515601
---	----------------------------------	--

2413 遺伝子組換えヒト絨毛性腺刺激ホルモン製剤 コリオゴナドトロピン アルファ（遺伝子組換え）

**適応** 視床下部一下垂体機能障害に伴う無排卵・希発排卵における排卵誘発及び黄体化。生殖補助医療における卵胞成熟及び黄体化。

**用法** 250 μg、単回皮下注。

**保険料** ①「視床下部一下垂体機能障害に伴う無排卵・希発排卵における排卵誘発及び黄体化」に使用した場合に限り算定。②本製剤は「特掲診療料の施設基準等」（平成 20 年厚生労働省告示第 63 号）別表第九に掲げる「性腺刺激ホルモン製剤」に該当するが、留意事項のとおり、在宅自己注射指導管理料は算定不可（平 29.2.14 保医発 0214 第 3 号）。

**禁忌** ①本剤（有効成分）・添加物に過敏症の既往歴②視床下部、下垂体に腫瘍③原因が特定されない卵巣腫大、卵巣嚢胞④診断の確定していない不正出血⑤卵巣癌、子宮癌、乳癌・その疑い⑥妊婦・妊娠している可能性の婦人⑦活動性の血栓塞栓性疾患

先	キイトルーダ点滴静注 20mg (MSD)	20mg0.8mL1 瓶 劇 84,488 4291435A1029/622515701
先	〃 点滴静注 100mg	100mg4mL1 瓶 劇 410,541 4291435A2025/622515801

4291 抗悪性腫瘍剤 ペムブロリズマブ（遺伝子組換え）

**適応** 根治切除不能な悪性黒色腫。PD-L1 陽性の切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌。

**用法** 悪性黒色腫 1 回 2mg/kg、30 分かけて 3 週間間隔で点滴静注。非小細胞肺癌 1 回 200mg、30 分かけて 3 週間間隔で点滴静注。

**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根治切除不能な悪性黒色腫の治療に用いる場合、次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載：(1)次に掲げる施設のうち、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記載）／ア 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等（都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など）。イ 特定機能病院。ウ 都道府県知事が指定するがん診療連携病院（がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など）。エ 外来化学療法室を設置し、外来化学療法加算 1 又は外来化学療法加算 2 の施設基準に係る届出を行っている施設。オ 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設。(2)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 2 年の初期研修を終了した後に 5 年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2 年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。イ 医師免許取得後 2 年の初期研修を終了した後に 5 年以上の皮膚悪性腫瘍診療の臨床経験を有していること。③PD-L1 陽性の切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌の治療に用いる場合、次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載：(1)②の(1)参照。(2)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 2 年の初期研修を終了した後に 5 年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2 年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。イ 医師免許取得後 2 年の初期研修を終了した後に 4 年以上の臨床経験を有していること。うち、3 年以上は、肺癌のがん薬物療法を含む呼吸器病学の臨床研修を行っていること。(3)PD-L1 陽性を確認した検査の実施年月日及び検査結果（発現率）（平 29.2.14 保医発 0214 第 4 号）。

**禁忌** ①本剤（成分）に過敏症の既往歴②妊婦・妊娠している可能性の婦人

（※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28年版 追補  
(平成29年2月14日告示・15日適用)

先	パーサピブ静注透析用 2.5mg (小野)	2.5mg2mL1 瓶 劇	873 3999443A1025/622533201
先	” 静注透析用 5mg	5mg2mL1 瓶 劇	1,283 3999443A2021/622533301
先	” 静注透析用 10mg	10mg2mL1 瓶 劇	1,885 3999443A3028/622533401

3999i カルシウム受容体作動薬 エテルカルセチド塩酸塩

**適応** 血液透析下の二次性副甲状腺機能亢進症。

**用法** 開始量1回5mg,週3回,透析終了時の返血時に透析回路静脈側に注入。以後,副甲状腺ホルモン(PTH)・血清カルシウム濃度の十分な観察のもと,1回2.5~15mgの範囲で適宜用量調整し,週3回,透析終了時の返血時に投与。

注) 血清カルシウム値が低値でないこと(目安として8.4mg/dL以上)を確認し開始。

**禁忌** 本剤(成分)に過敏症の既往歴

先	モゾビル皮下注 24mg (サノフィ)	24mg1.2mL1 瓶 劇	581,972 3399413A1021/622533501
---	------------------------	----------------	-----------------------------------

3399i CXCR4 ケモカイン受容体拮抗剤 プレリキサホル

**適応** 自家末梢血幹細胞移植のための造血幹細胞の末梢血中への動員促進。

**用法** G-CSF製剤との併用で1日1回0.24mg/kg,末梢血幹細胞採取終了時まで連日皮下注。

注) ①本剤はG-CSF製剤を4日間連日投与後,各末梢血幹細胞採取実施9~12時間前に投与。②投与期間の目安は4日間まで。

**禁忌** ①本剤(成分)に過敏症の既往歴②妊婦・妊娠している可能性の婦人