

薬効・薬価リスト平成29年版 追補  
(平成29年5月23日告示・24日適用)

内 用 薬

先	インチュニブ錠 1mg (塩野義)	1mg1錠 劇 412.20 1179057G1021/622546701
先	” 錠 3mg	3mg1錠 劇 544.30 1179057G2028/622546801

1179i 注意欠陥/多動性障害治療剤 ゲアンファシン塩酸塩

**適応** 小児期における注意欠陥/多動性障害 (AD/HD)。

**用法** 小児,体重50kg未満は1日1mg,50kg以上は1日2mgより開始。1週間以上の間隔をあけて1mgずつ,次の維持量まで増量。症状により適宜増減するが次の最高量を超えない。いずれも1日1回経口投与。体重17~25kg未満:維持量1mg,最高量2mg。25~34kg未満:維持量2mg,最高量3mg。34~38kg未満:維持量2mg,最高量4mg。38~42kg未満:維持量3mg,最高量4mg。42~50kg未満:維持量3mg,最高量5mg。50~63kg未満:維持量4mg,最高量6mg。63~75kg未満:維持量5mg,最高量6mg。70kg以上:維持量・最高量6mg。

注) CYP3A4/5阻害剤投与中の患者,重度の肝機能障害患者・腎機能障害患者:1日1mgから開始。

**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③房室ブロック(Ⅱ・Ⅲ度)のある者

(薬価基準収載日:平29.5.24,投与:14日)

先	スインプロイク錠 0.2mg (塩野義)	0.2mg1錠 272.10 2359007F1020/622546601
---	-------------------------	------------------------------------------

2359i 経口末梢性μオピオイド受容体拮抗薬 ナルデメジントシル酸塩

**適応** オピオイド誘発性便秘症。

**用法** 1日1回0.2mg,経口投与。

注) オピオイドの投与を中止する場合は本剤も投与中止。

**禁忌** ①本剤(成分)に過敏症の既往歴②消化管閉塞・その疑い,または消化管閉塞の既往歴を有し再発のおそれの高い者

(薬価基準収載日:平29.5.24,投与:14日)

先	ナルサス錠 2mg (第一三共プロファーマ=第一三共)	2mg1錠 麻劇 202.80 8119003G1029/622549801
先	” 錠 6mg	6mg1錠 麻劇 530.20 8119003G2025/622549901
先	” 錠 12mg	12mg1錠 麻劇 972.20 8119003G3021/622550001
先	” 錠 24mg	24mg1錠 麻劇 1,782.80 8119003G4028/622550101

8119i 持続性癌疼痛治療剤 ヒドロモルフォン塩酸塩

**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1回4~24mg,経口投与。症状により適宜増減。

**禁忌** ①重篤な呼吸抑制②気管支喘息発作中③慢性肺疾患に続発する心不全④痙攣状態(てんかん重積症,破傷風,ストリキニーネ中毒)⑤麻痺性イレウス⑥急性アルコール中毒⑦本剤(成分)・アヘンアルカロイドに過敏症⑧出血性大腸炎

(薬価基準収載日:平29.5.24,投与:14日)

先	ナルラピド錠 1mg (第一三共プロファーマ=第一三共)	1mg1錠 麻劇 110.60 8119003F1023/622550201
先	” 錠 2mg	2mg1錠 麻劇 202.80 8119003F2020/622550301
先	” 錠 4mg	4mg1錠 麻劇 371.90 8119003F3026/622550501

8119i 癌疼痛治療剤 ヒドロモルフォン塩酸塩

**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4~24mg,4~6回分割経口投与。症状により適宜増減。

**禁忌** ①重篤な呼吸抑制②気管支喘息発作中③慢性肺疾患に続発する心不全④痙攣状態(てんかん重積症,破傷風,ストリキニーネ中毒)⑤麻痺性イレウス⑥急性アルコール中毒⑦本剤(成分)・アヘンアルカロイドに過敏症⑧出血性大腸炎

(薬価基準収載日:平29.5.24,投与:14日)

先	ニンラーロカプセル 2.3mg (武田)	2.3mg1カプセル 毒 96,519.00 4291049M1024/622549001
先	” カプセル 3mg	3mg1カプセル 毒 123,355.60 4291049M2020/622549101
先	” カプセル 4mg	4mg1カプセル 毒 160,886.00 4291049M3027/622549201

4291 抗悪性腫瘍剤 イキサゾミブクエン酸エステル

**適応** 再発又は難治性の多発性骨髄腫。

**用法** レナリドミド及びデキサメタゾンとの併用で1日1回4mg,空腹時経口投与。週1回,3週間(1,8,15日目)投与後,13日間休薬(16~28日目)。この4週間を1サイクルとし繰り返す。状態により適宜減量。

**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女性

(薬価基準収載日:平29.5.24,投与:14日)

先	ムンデシンカプセル 100mg (ムンディファーマ)	100mg1カプセル 劇 2,617.60 4291050M1027/622557001
---	-------------------------------	-------------------------------------------------

4291 抗悪性腫瘍剤 フォロデシン塩酸塩

**適応** 再発又は難治性の末梢性T細胞リンパ腫。

**用法** 1回300mg,1日2回経口投与。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29.5.24,投与:14日)

外 用 薬

先	コムクロシャンプー0.05% (マルホ)	0.05%1g 劇 28.20 2646713Q2029/622546901
---	-------------------------	-------------------------------------------

2646 外用頭部乾癬治療剤 クロベタゾールプロピオン酸エステル

**適応** 頭部の尋常性乾癬。

**用法** 1日1回,乾燥した頭部に患部を中心に適量を塗布。約15分後に水又は湯で泡立て,洗い流す。

**禁忌** ①本剤(成分)に過敏症の既往歴②頭部に皮膚感染症のある者③頭部に潰瘍性病変のある者

(薬価基準収載日:平29.5.24)

※(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 29 年版 追補  
(平成 29 年 5 月 23 日告示・24 日適用)

注 射 薬

先	ザルトラップ点滴静注	100mg4mL1 瓶 劇	78, 614
	100mg (サノフィ)	4291436A1023/622551801	
先	〃 点滴静注	200mg8mL1 瓶 劇	153, 409
	200mg	4291436A2020/622551901	

4291 抗悪性腫瘍剤 アフリベルセプト ベータ (遺伝子組換え)

**適応** 治癒切除不能な進行・再発の結腸・直腸癌。

**用法** イリノテカン塩酸塩水和物、レボホリナート及びフルオロウラシルとの併用で 1 回 4mg/kg、2 週間に 1 回、60 分かけて点滴静注。状態により適宜減量。

注) 投与時は必要量を注射筒で抜き取り、生理食塩液又は 5%ブドウ糖液で希釈し使用。

**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女性

先	ステラーラ点滴静注	130mg26mL1 瓶 劇	189, 612
	130mg (ヤンセン)	3999431A1022/622554701	

3999i ヒト型抗ヒト IL-12/23p40 モノクローナル抗体製剤 ウステキヌマブ (遺伝子組換え)

**適応** 中等症から重症の活動期クローン病の導入療法 (既存治療で効果不十分な場合に限る)。

**用法** 導入療法の初回に、体重 55kg 以下は 260mg、55kg 超 85kg 以下は 390mg、85kg 超は 520mg、単回点滴静注。

**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