

新薬価基準収載品目

(株)ほくやく D I 室

Tel 011(611)1099

2019年2月25日 官報告示(2月26日適用)

| 分類 | メーカー | 商品名 | 成分名 | 規格 | 薬価(円) | 効能・効果 | 用法・用量 | 包装 | 発売日 |
|------------|-------------|---|--------------------|-------------|-----------|---|---|----------|-------|
| 抗ウイルス剤 | ギリアド・サイエンシズ | エプクルーサ配合錠 [処] [87625] 6250116F1025 | ソホスブビル/ ベルパタスビル | 1錠 | 60,154.50 | 《抗ウイルス剤》 ①前治療歴を有する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 ②C型非代償性肝硬変におけるウイルス血症の改善 | 成人： ①リバビリンとの併用において、1日1回1錠を24週間経口投与。 ②1日1回1錠を12週間経口投与。 | PTP 14T | 2月26日 |
| その他の循環器官用薬 | 小野薬品工業 | デムサーカプセル250mg [劇][処] [87219] 2190038M1024 | メチロシン | 250mg 1カプセル | 5,853.50 | 《チロシン水酸化酵素阻害剤》 褐色細胞腫のカテコールアミン分泌過剰状態の改善 | 成人及び12歳以上の小児： 1日500mgから経口投与を開始。効果不十分な場合は、経過を十分に観察しながら3日間以上の間隔において1日250mg又は500mgずつ漸増、患者の尿中カテコールアミン量及び症状の十分な観察のもと、適宜増減。1日最高用量は4,000mg、1回最高用量は1,000mg、投与間隔は4時間以上、1日500mgは1日2回、1日750mgは1日3回、1日1,000mg以上は1日4回に分割。 | バラ 100P | 2月26日 |
| その他の腫瘍用薬 | | ビラフトビカプセル50mg [劇][処] [874291] 4291057M1029 | エンコラフェニブ | 50mg 1カプセル | 3,180.70 | 《— 抗悪性腫瘍剤— BRAF阻害剤》 BRAF遺伝子変異を有する根治切除不能な悪性黒色腫 | 成人： ビニメチニブとの併用において、450mgを1日1回経口投与。患者の状態により適宜減量。 | PTP 60P | 2月26日 |
| | | メクトビ錠15mg [劇][処] [874291] 4291058F1024 | ビニメチニブ | 15mg 1錠 | 4,836.80 | 《— 抗悪性腫瘍剤— MEK阻害剤》 BRAF遺伝子変異を有する根治切除不能な悪性黒色腫 | 成人： エンコラフェニブとの併用において、1回45mgを1日2回経口投与。患者の状態により適宜減量。 | PTP 100T | 2月26日 |

*商品名欄記載事項

[規制区分]、[日本標準商品分類番号]、薬価基準収載医薬品コード(厚生省コード)：英数12桁
[処]：処方箋医薬品…医師等の処方箋により使用すること。 発売日：前後する場合もあり。

参考資料：薬事・食品衛生審議会 薬事分科会資料
製品添付文書 他

新薬価基準収載品目

(株)ほくやく DI室

Tel 011(611)1099

2019年2月25日 官報告示(2月26日適用)

| 分類 | メーカー | 商品名 | 成分名 | 規格 | 薬価(円) | 効能・効果 | 用法・用量 | 包装 | 発売日 |
|--------------------------------------|------|--|------------------|----------|--------|---|--|-----------------|-------|
| 薬 その 他の の中 枢神 経系 用 | 大塚製薬 | セリンクロ錠 10mg [劇][処] [87119] 1190025F1023 | ナルメフェン 塩酸塩水和物 | 10mg 1錠 | 296.40 | 《アルコール依存症 飲酒 量低減薬》 アルコール依存症患者にお ける飲酒量の低減 | 成人： 1回10mgを飲酒の1～2時 間前に経口投与。ただし、 1日1回まで。症状により 適宜増量することができる が、1日量は20mgを超 えない。 | PTP 40T 100T | 3月5日 |
| その 他の の中 枢神 経系 用薬 | 第一三共 | タリージェ錠 2.5mg [処] [87119] 1190026F1028 | ミロガバリン ベンシル酸塩 | 2.5mg 1錠 | 78.00 | 《末梢性神経障害性疼痛治 療剤》 末梢性神経障害性疼痛 | 成人： 初期用量1回5mgを1日2 回経口投与、その後1回用 量として5mgずつ1週間以 上の間隔をあけて漸増、1 回15mgを1日2回経口投 与。年齢、症状により1回 10mgから15mgの範囲で適 宜増減、1日2回投与。 | PTP 100T | 4月15日 |
| | | タリージェ錠 5mg [処] [87119] 1190026F2024 | | 5mg 1錠 | 107.70 | | | PTP 100T | |
| | | タリージェ錠 10mg [処] [87119] 1190026F3020 | | 10mg 1錠 | 148.70 | | | PTP 100T | |
| | | タリージェ錠 15mg [処] [87119] 1190026F4027 | | 15mg 1錠 | 179.60 | | | PTP 100T | |

*商品名欄記載事項

[規制区分]、[日本標準商品分類番号]、薬価基準収載医薬品コード(厚生省コード)：英数12桁
[処]：処方箋医薬品…医師等の処方箋により使用すること。 発売日：前後する場合もあり。

参考資料：薬事・食品衛生審議会 薬事分科会資料
製品添付文書 他

新薬価基準収載品目

(株)ほくやく D I 室

Tel 011(611)1099

2019年2月25日 官報告示(2月26日適用)

| 分類 | メーカー | 商品名 | 成分名 | 規格 | 薬価(円) | 効能・効果 | 用法・用量 | 包装 | 発売日 |
|---------------|--------------|---|-----------|-----------|-----------|---|--|----------|-------|
| その他の腫瘍用薬 | ファイザー | ビジンプロ錠 15mg [劇][処] [874291] 4291056F1025 | ダコミチニブ水和物 | 15mg 1錠 | 3,850.60 | 《抗悪性腫瘍剤/チロシンキナーゼ阻害剤》 EGFR 遺伝子変異陽性の手術不能又は再発非小細胞肺癌 | 成人： 1日1回45mgを経口投与。 患者の状態により適宜減量。 | PTP 30T | 3月1日 |
| | | ビジンプロ錠 45mg [劇][処] [874291] 4291056F2021 | | 45mg 1錠 | 10,748.00 | | | PTP 10T | |
| 血圧降下剤 | 第一三共 | ミネプロ錠 1.25mg [処] [872149] 2149049F1027 | エサキセレン | 1.25mg 1錠 | 46.90 | 《選択的ミネラルコルチコイド受容体ブロッカー》 高血圧症 | 成人： 2.5mgを1日1回経口投与。 効果不十分な場合は、5mgまで増量することができる。 | PTP 100T | 5月13日 |
| | | ミネプロ錠 2.5mg [処] [872149] 2149049F2023 | | 2.5mg 1錠 | 89.90 | | | PTP 100T | |
| | | ミネプロ錠 5mg [処] [872149] 2149049F3020 | | 5mg 1錠 | 134.90 | | | PTP 100T | |
| その他のホルモン剤を含む) | 武田薬品工業=あすか製薬 | レルミナ錠 40mg [劇][処] [872499] 2499013F1027 | レルゴリクス | 40mg 1錠 | 905.70 | 《GnRHアンタゴニスト》 子宮筋腫に基づく下記諸症状の改善 過多月経、下腹痛、腰痛、貧血 | 成人： 40mgを1日1回食前に経口投与。 初回投与は月経周期1~5日目に行う。 | PTP 100T | 3月1日 |

*商品名欄記載事項

[規制区分]、[日本標準商品分類番号]、薬価基準収載医薬品コード(厚生省コード)：英数12桁
[処]：処方箋医薬品…医師等の処方箋により使用すること。 発売日：前後する場合もあり。

参考資料：薬事・食品衛生審議会 薬事分科会資料
製品添付文書 他

新薬価基準収載品目

2019年2月25日 官報告示（2月26日適用）

(株)ほくやく DI室
Tel 011(611)1099

| 分類 | メーカー | 商品名 | 成分名 | 規格 | 薬価(円) | 効能・効果 | 用法・用量 | 包装 | 発売日 |
|--------|------------------------------|--|-------|-------|--------|---|--|--------------|-------|
| 抗てんかん剤 | ユーシーピー ー ジャパン ＝第一三共 | ビムパットドライシロップ10% [劇] [処] [871139] 1139015R1023 | ラコサミド | 10%1g | 386.20 | <p>《抗てんかん剤》</p> <p>てんかん患者の部分発作（二次性全般化発作を含む）</p> | <p>成人： 1日100mgより投与を開始、その後1週間以上の間隔をあけて増量、維持用量を1日200mgとするが、い</p> | 100g 500g | 3月11日 |
| | | | | | | <p>ずれも1日2回に分けて用時懸濁して経口投与。症状により1日400mgを超えない範囲で適宜増減するが、増量は1週間以上の間隔をあけて1日用量として100mg以下ずつ行う。</p> <p>4歳以上の小児： 1日2mg/kgより投与を開始、その後1週間以上の間隔をあけて1日用量として2mg/kgずつ増量、維持用量を体重30kg未満の小児には1日6mg/kg、体重30kg以上50kg未満の小児には1日4mg/kgとする。いずれも1日2回に分けて用時懸濁して経口投与。症状により体重30kg未満の小児には1日12mg/kg、体重30kg以上50kg未満の小児には1日8mg/kgを超えない範囲で適宜増減するが、増量は1週間以上の間隔をあけて1日用量として2mg/kg以下ずつ行う。体重50kg以上の小児では、成人と同じ用法・用量を用いる。</p> | | | |

*** 商品名欄記載事項**

[規制区分]、[日本標準商品分類番号]、薬価基準収載医薬品コード(厚生省コード)：英数12桁
[処]：処方箋医薬品・・・医師等の処方箋により使用すること。 発売日：前後する場合もあり。

参考資料：薬事・食品衛生審議会 薬事分科会資料
製品添付文書 他

新薬価基準収載品目

(株)ほくやく DI室

TEL 011(611)1099

2019年2月25日 官報告示(2月26日適用)

| 分類 | メーカー | 商品名 | 成分名 | 規格 | 薬価(円) | 効能・効果 | 用法・用量 | 包装 | 発売日 |
|--------|------------------------------|--|-------|-----------------|-------|---|---|----|-------|
| 抗てんかん剤 | ユーシービー ー ジャパン ＝第一三共 | ビムパット点滴静注200mg [劇][処] [871139] 1139404A1024 | ラコサミド | 200mg20mL 1瓶 | 4,252 | <p>《抗てんかん剤》</p> <p>一時的に経口投与ができない患者における、下記の治療に対するラコサミド経口製剤の代替療法 てんかん患者の部分発作(二次性全般化発作を含む)</p> <p>○ラコサミドの経口投与に先立ち本剤を投与する場合： 成人： 1日100mgより投与を開始、その後1週間以上の間隔をあけて増量、維持用量を1日200mgとするが、いずれも1日2回に分け、1回量を30分から60分かけて点滴静脈内投与。 4歳以上の小児： 1日2mg/kgより投与を開始、その後1週間以上の間隔をあけて1日用量として2mg/kgずつ増量、維持用量を体重30kg未満の小児には1日6mg/kg、体重30kg以上50kg未満の小児には1日4mg/kgとする。いずれも1日2回に分け、1回量を30分から60分かけて点滴静脈内投与。体重50kg以上の小児では、成人と同じ用法・用量を用いる。</p> <p>いずれの場合においても、症状により適宜増減できるが、1日最高投与量及び増量方法は以下のとおりとする。 成人： 1日最高投与量は400mgを超えないこととし、増量は1週間以上の間隔をあけて1日用量として100mg以下ずつ行う。 小児： 4歳以上の小児のうち体重30kg未満の小児では1日12mg/kg、体重30kg以上50kg未満の小児では1日8mg/kgを超えないこととし、増量は1週間以上の間隔をあけて1日用量として2mg/kg以下ずつ行う。体重50kg以上の小児では、成人と同じ1日最高投与量及び増量方法とする。</p> | ○ラコサミドの経口投与から本剤に切り替える場合： 経口投与と同じ1日用量及び投与回数にて、1回量を30分から60分かけて点滴静脈内投与。 | 5V | 3月25日 |

*商品名欄記載事項

[規制区分]、[日本標準商品分類番号]、薬価基準収載医薬品コード(厚生省コード)：英数12桁
[処]：処方箋医薬品…医師等の処方箋により使用すること。 発売日：前後する場合もあり。

参考資料：薬事・食品衛生審議会 薬事分科会資料
製品添付文書 他

新薬価基準収載品目

(株)ほくやく DI室

Tel 011(611)1099

2019年2月25日 官報告示(2月26日適用)

| 分類 | メーカー | 商品名 | 成分名 | 規格 | 薬価(円) | 効能・効果 | 用法・用量 | 包装 | 発売日 |
|----------------------|-------------------------------------|---|-----------------------------------|--------------------|--------|--|---|-----|-------|
| 他に分類されない 代謝性医薬品 | アステラス・ アムジェン・ バイオファーマ＝アステラス製薬 | イベニティ皮下注105mgシリンジ [生][処] [873999] 3999449G1025 | ロモソズマブ (遺伝子組換え) | 105mg/1.17mL 1筒 | 24,720 | 《ヒト化抗スクレロシンモノクローナル抗体製剤》 骨折の危険性の高い骨粗鬆症 | 成人： 210mgを1カ月に1回、12カ月皮下投与。 | 2筒 | 3月4日 |
| 主としてグラム陽性・陰性菌に作用するもの | MSD | ザバクサ配合点滴静注用 [処] [876139] 6139506D1020 | タゾバクタム ナトリウム/ セフトロザン 硫酸塩 | (1.5g)1瓶 | 6,335 | 《β-ラクタマーゼ阻害剤配合抗生物質製剤》 〈適応菌種〉 本剤に感性のレンサ球菌属、大腸菌、シトロバクター属、クレブシエラ属、エンテロバクター属、プロテウス属、緑膿菌 〈適応症〉 膀胱炎、腎盂腎炎、腹膜炎、腹腔内膿瘍、胆嚢炎、肝膿瘍 | 成人： 1回1.5gを1日3回60分かけて点滴静注。腹膜炎、腹腔内膿瘍、胆嚢炎、肝膿瘍に対しては、メトロニダゾール注射液と併用。 | 10V | 6月25日 |

再生医療等製品については掲載していません。

***商品名欄記載事項**

[規制区分]、[日本標準商品分類番号]、薬価基準収載医薬品コード(厚生省コード)：英数12桁
[処]：処方箋医薬品・・・医師等の処方箋により使用すること。 発売日：前後する場合もあり。

参考資料：薬事・食品衛生審議会 薬事分科会資料
製品添付文書 他