

眼科小児近視抑制薬について

厚生労働大臣の定める揭示事項

令和8年6月

近視進行抑制薬（アトロピン硫酸塩水和物点眼液）に係る選定療養について
当院では、近視の進行抑制を目的とするアトロピン硫酸塩水和物点眼液（販売名：リジュセア®ミニ点眼液 0.025%）の処方を希望される患者さまに対し、選定療養として下記のとおり対応いたします。

対象薬剤	アトロピン硫酸塩水和物点眼液 (リジュセア®ミニ点眼液 0.025%)
対象患者	近視の進行抑制を希望し、医師が適応と判断した小児 (添付文書および製造販売後の臨床試験対象は 5～15 歳)
費用区分	・【薬剤費】 保険外 (特別の料金 / 自費として徴収) ・【検査・診察】 保険給付 (屈折検査・矯正視力検査 等)
薬剤費	1 箱 30 本入り(約 30 日分)あたり 3,950 円(税込) (1本 0.3 mL の使い切り容器、1 日 1 回点眼)
患者さまの同意	事前に効果・副作用・費用について十分にご説明したうえで、 書面により ご同意をいただきます。
領収証	保険給付分と自費分(特別料金)を明確に区分してお渡しします。