

薬効・薬価リスト令和4年版 追補  
(令和4年4月19日告示・20日適用)

内 用 薬

先リフヌア錠 45mg (MSD=杏林)	45mg1錠 2290001F1028/622885501	203.20
-------------------------	----------------------------------	--------

2290i 咳嗽治療薬 ゲーファピキサントクエン酸塩

**適応** 難治性の慢性咳嗽。

**用法** 1回45mg,1日2回経口投与。

注) 重度腎機能障害 (eGFR30mL/分/1.73m<sup>2</sup>未満) で透析を必要としない患者:1日1回45mg。

**保険性** 投与開始に当たっては、難治性の慢性咳嗽であると判断した理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載 (令 4.4.19 保医発 0419 第1号)。

**禁忌** 本剤 (成分) に過敏症の既往歴  
(薬価基準収載日: 令 4.4.20, 投与: 14日まで)

先ルマケラス錠 120mg (アムジェン)	120mg1錠 劇 4291076F1022/622885601	4,204.30
--------------------------	-------------------------------------	----------

4291 抗悪性腫瘍剤 ソトラランブ

**適応** がん化学療法後に増悪した KRAS G12C 変異陽性の切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌。

**用法** 1日1回960mg,経口投与。状態により適宜減量。

**保険性** KRAS G12C 変異陽性を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書に記載 (当該検査を実施した月のみ。ただし初回は必ず記載) (令 4.4.19 保医発 0419 第1号)。

**禁忌** 本剤 (成分) に過敏症の既往歴  
(薬価基準収載日: 令 4.4.20, 投与: 14日まで)

先レイボ一錠 50mg (リリー=第一三共)	50mg1錠 劇 1190030F1024/622885001	324.70
---------------------------	------------------------------------	--------

先 " 錠 100mg	100mg1錠 劇 1190030F2020/622885101	570.90
-------------	-------------------------------------	--------

1190 片頭痛治療剤 ラスミジタンコハク酸塩

**適応** 片頭痛。

**用法** 1回100mg,片頭痛発作時に経口投与。状態に応じ,1回50mg又は200mg,投与可。頭痛の消失後に再発した場合,24時間あたりの総投与量が200mgを超えない範囲で再投与可。

**禁忌** 本剤 (成分) に過敏症の既往歴  
(薬価基準収載日: 令 4.4.20, 投与: 14日まで)

外 用 薬

先ラピフォートワイブ 2.5% (マルホ)	2.5%2.5g1包 1259701X1026/622912901	262.00
--------------------------	--------------------------------------	--------

1259i 原発性腋窩多汗症治療剤 グリコピロニウムトシル酸塩水和物

**適応** 原発性腋窩多汗症。

**用法** 1日1回,1包に封入されている不織布1枚を用いて薬液を両腋窩に塗布。

**保険性** 原発性腋窩多汗症の確定診断が行われた場合のみ投与。また,投与開始に当たっては,多汗症疾患重症度評価尺度 (HDSS) を診療報酬明細書の摘要欄に記載 (令 4.4.19 保医発 0419 第1号)。

**禁忌** ①閉塞隅角緑内障②前立腺肥大による排尿障害③本剤 (成分) に過敏症の既往歴

(薬価基準収載日: 令 4.4.20, 投与: 14日まで)

注 射 薬

先アベクマ点滴静注 (BMS)	1患者当たり 4900409X1022/629701001	32,647,761
--------------------	----------------------------------	------------

4900 ヒト体細胞加工製品 イデカブタゲン ビクルユーセル

**適応** 再発又は難治性の多発性骨髄腫。ただし,次のいずれも満たす場合に限る/BCMA 抗原を標的としたキメラ抗原受容体発現 T 細胞輸注療法の治療歴がない。免疫調節薬,プロテアソーム阻害剤及び抗 CD38 モノクローナル抗体製剤を含む3つ以上の前治療歴を有し,かつ,直近の前治療に対して病勢進行が認められた又は治療後に再発した。

**用法** 白血球アフェレーシスにより非動員末梢血単核球を採取後,2~8℃に設定された保冷輸送箱で製造施設へ輸送。凍結した状態で本品を受領し,使用前まで液体窒素気相下

(-130℃以下) で凍結保存。〔投与前処置〕血液検査等により状態を確認し,本品投与の5日前から次のリンパ球除去化学療法を行う。シクロホスファミド (無水物換算) 300mg/m<sup>2</sup>を1日1回3日間点滴静注,及びフルダラビンリン酸エステル 30mg/m<sup>2</sup>を1日1回3日間点滴静注。状態(腎機能障害等)により適宜減量。〔投与〕投与直前に本品を解凍。CAR 発現 T 細胞として体重を問わず目標投与数 450×10<sup>6</sup>個,10mL/分を超えない速度で単回静注。なお,CAR 発現 T 細胞として 280×10<sup>6</sup>~540×10<sup>6</sup>個の範囲で投与可。本品の再投与はしない。

注) ①本品投与の約30~60分前に,infusion reaction のリスクを抑えるため,アセトアミノフェン及びジフェンヒドラミン又はその他のヒスタミン H1 受容体拮抗薬を投与。生命を脅かす緊急時を除き,副腎皮質ステロイド剤は使用しない。②投与前に生理食塩液にて点滴チューブをプライミングする。全量投与後,バックプライミングにより本品静注用バッグを生理食塩液で洗浄し,できるだけ多くの細胞を投与。

**保険性** (1) ①本製品の原料採取に伴い,患者から末梢血単核球を採取した場合,末梢血単核球採取 (一連につき) 「1」採取のみを行う場合を算定可。なお,本算定は原則として1回までとする。②本製品を患者に投与した場合,CAR 発現生 T 細胞投与 (一連につき) を算定可。なお,本算定は原則として1回までとする (令 4.4.19 保医発 0419 第1号)。(2)

(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,本製品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) 投与開始に当たっては,次に掲げる施設のうち,該当するものを診療報酬明細書の摘要欄に記載 (「施設要件ア」から「施設要件エ」までのうち該当するものを記載) /ア 日本造血・免疫細胞療法学会が定める移植施設認定基準の全ての項目を満たす診療科 (認定カテゴリー1) を有する施設。イ 日本造血・免疫細胞療法学会が定める移植施設認定基準のうち,看護師 (基準 3.3.1 及び 3.3.2),移植認定医 (基準 3.2.1) 及び移植コーディネーター (基準 3.4.3) 以外の全ての項目を満たす診療科 (認定カテゴリー2) を有する施設。ウ 日本造血・免疫細胞療法学会が定める移植施設認定基準のうち,看護師 (基準 3.3.1 及び 3.3.2),移植認定医 (基準 3.2.1),移植コーディネーター (基準 3.4.3) 及び移植実績 (基準 4.1 及び 4.2) 以外の全ての項目を満たす診療科 (認定カテゴリー3) を有する施設。エ 本品に係る治験の実施施設 (令

(※次頁に続く)

薬効・薬価リスト令和4年版 追補  
(令和4年4月19日告示・20日適用)

4.4.19 保医発 0419 第 2 号)。

**禁忌** ①再使用禁止②本品(成分)に過敏症の既往歴③原材料として用いる非動員末梢血単核球を採取した患者本人以外に投与しない

先	ウィフガート点滴静注	400mg20mL1 瓶 劇	421,455
	400mg (アルジェニクス)	6399430A1029/629919601	

6399i 抗 FcRn 抗体フラグメント製剤 エフガルチギモドアルファ(遺伝子組換え)

**適応** 全身型重症筋無力症(ステロイド剤又はステロイド剤以外の免疫抑制剤が十分に奏効しない場合に限る)。

**用法** 1回 10mg/kg,1週間間隔で4回,1時間かけて点滴静注。これを1サイクルとし繰り返す。

**禁忌** 本剤(成分)に過敏症の既往歴

先	エスジェンラ皮下注	24mg1.2mL1 キット	43,032
	24mg ペン(ファイザー)	2412404G1024/629918701	
先	'' 皮下注	60mg1.2mL1 キット	107,580
	60mg ペン	2412404G2020/629918801	

2412 長時間作用型遺伝子組換えヒト成長ホルモン製剤ソムアトロゴン(遺伝子組換え)

**適応** 骨端線閉鎖を伴わない成長ホルモン分泌不全性低身長症。

**用法** 1週間に1回 0.66mg/kg,皮下注。

**保険料** 注入器一体型のキットであるので,在宅自己注射指導管理料を算定する場合,注入器加算は算定できない(令4.4.19 保医発 0419 第 1 号)。

**禁忌** ①本剤(成分)に過敏症の既往歴②悪性腫瘍

先	ピヴラツ点滴静注液	150mg6mL1 瓶 劇	80,596
	150mg (イドルシア)	2190418A1023/622909101	

2190i エンドセリン受容体拮抗薬 クラゾセンタンナトリウム

**適応** 脳動脈瘤によるくも膜下出血術後の脳血管攣縮,及びこれに伴う脳梗塞及び脳虚血症状の発症抑制。

**用法** 300mg(12mL)を生理食塩液 500mL に加え,容量型の持続注入ポンプを用いて 10mg/時で持続静注。くも膜下出血術後早期に投与開始し,くも膜下出血発症 15 日目まで投与。肝機能・併用薬に応じ適宜減量。

注)①本剤はくも膜下出血発症から 48 時間以内を目安に投与開始。  
②中等度の肝機能障害患者(Child-Pugh 分類クラス B)に対する投与の可否は慎重に判断し,投与する場合,通常用量の半量(5mg/時)に減量。

**禁忌** ①本剤(成分)に過敏症の既往歴②妊婦・妊娠の可能性③重度の肝機能障害(Child-Pugh 分類クラス C)④頭蓋内出血が継続している者

先	ピンゼレックス皮下注 160mg	160mg1mL1 筒 劇	156,587
	シリンジ (UCB)	3999464G1020/629915301	
先	'' 皮下注 160mg	160mg1mL1 キット 劇	156,820
	オートインジェクター	3999464G2026/629915401	

3999i ヒト化抗ヒト IL-17A/IL-17F モノクローナル抗体製剤 ビメキズマブ(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,膿疱性乾癬,乾癬性紅皮症。

**用法** 1回 320mg,初回から 16 週までは 4 週間隔,以降は 8 週間隔で皮下注。状態に応じ 16 週以降も 4 週間隔で皮下注可。

**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