

薬効・薬価リスト令和4年版 追補
(令和4年5月24日告示・25日適用)

内 用 薬

先	カログラ錠 120mg (EA ファーママキッセイ)	120mg1 錠 劇	200.00 2399018F1024/622910001
---	-------------------------------	------------	----------------------------------

2399i 潰瘍性大腸炎治療剤 カロテグラストメチル
適応 中等症の潰瘍性大腸炎(5-アミノサリチル酸製剤による治療で効果不十分な場合に限る)。
用法 1回960mg,1日3回食後経口投与。
 注) 投与期間は6ヶ月までとし,6ヶ月以内に寛解に至った場合はその時点で投与終了。本剤による治療を再度行う場合,投与終了から8週間以上あける。
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C)
 (薬価基準収載日: 令 4.5.25, 投与: 14日まで)

先	ケレンディア錠 10mg (バイエル)	10mg1 錠	149.10 2190044F1020/622911101
先	" 錠 20mg	20mg1 錠	213.10 2190044F2027/622911201

2190i 非ステロイド型選択的ミネラルコルチコイド受容体拮抗薬 フィネレノン
適応 2型糖尿病を合併する慢性腎臓病(ただし,末期腎不全又は透析施行中の患者を除く)。
 注) アンジオテンシン変換酵素阻害薬又はアンジオテンシンII受容体拮抗薬による治療が適さない場合を除き,これらの薬剤が投与されている患者に投与。
用法 eGFR60mL/分/1.73m²以上は1日1回20mg,経口投与。eGFR60mL/分/1.73m²未満は1日1回10mgから開始し,血清カリウム値・eGFRに応じて開始4週間後を目安に1日1回20mgへ増量。
 注) 10mg錠と20mg錠の生物学的同等性は示されていないため,20mgを投与する際は10mg錠を使用しない。
禁忌 ①本剤(成分)に過敏症の既往歴②イトラコナゾール,リトナビルを含有する製剤,アタザナビル,ダルナビル,ホスアンブレナビル,コピシタットを含有する製剤,クラリスロマイシンを投与中③本剤投与開始時に血清カリウム値が5.5mEq/Lを超えている者④重度の肝機能障害(Child-Pugh分類C) ⑤アジソン病 **併禁** イトラコナゾール(イトリゾール),リトナビル含有製剤(ノービア,カレトラ),アタザナビル(レイアタツ),ダルナビル(ブリジスタ,ブリジスタナイーブ),ホスアンブレナビル(レクシヴァ),コピシタット含有製剤(ゲンボイヤ,スタリビルド,シムツァザ,プレジコビックス),クラリスロマイシン(クラリス,クラリシッド)
 (薬価基準収載日: 令 4.5.25, 投与: 14日まで)

先	ジスバルカプセル 40mg (田辺三菱ヤンセン)	40mg1 カプセル 劇	2,331.20 1190031M1028/622916901
---	-----------------------------	--------------	------------------------------------

1190 遅発性ジスキネジア治療剤 バルベナジントシル酸塩
適応 遅発性ジスキネジア。
用法 1日1回40mg,経口投与。症状により適宜増減。1日1回80mgを超えない。
禁忌 ①本剤(成分)に過敏症の既往歴②先天性QT延長症候群又はTorsades de pointesの既往
 (薬価基準収載日: 令 4.5.25, 投与: 14日まで)

先	セムブリックス錠 20mg (ノバルティス)	20mg1 錠 劇	5,564.50 4291077F1027/622910401
先	" 錠 40mg	40mg1 錠 劇	10,618.30 4291077F2023/622910501

4291 抗悪性腫瘍剤 アシミニブ塩酸塩
適応 前治療薬に抵抗性又は不耐容の慢性骨髄性白血病。
 注) 2つ以上のチロシンキナーゼ阻害剤に抵抗性又は不耐容で,慢性期の慢性骨髄性白血病患者に使用。
用法 1回40mg,1日2回空腹時経口投与。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: 令 4.5.25, 投与: 14日まで)

先	タブネオスカプセル 10mg (キッセイ)	10mg1 カプセル	1,403.90 3999056M1026/622875001
---	--------------------------	------------	------------------------------------

3999i 選択的C5a受容体拮抗薬 アバコバン
適応 顕微鏡的多発血管炎,多発血管炎性肉芽腫症。
用法 1回30mg,1日2回朝夕食後経口投与。
禁忌 本剤(成分)に過敏症の既往歴
 (薬価基準収載日: 令 4.5.25, 投与: 14日まで)

外 用 薬

先	モイゼルト軟膏 0.3% (大塚製薬)	0.3%1g	142.00 2699715M1023/622849901
先	" 軟膏 1%	1%1g	152.10 2699715M2020/622850001

2699i アトピー性皮膚炎治療剤 ジファミラスト
適応 アトピー性皮膚炎。
用法 成人1%製剤を1日2回,適量を患部に塗布。小児0.3%製剤を1日2回,適量を患部に塗布。症状に応じ1%製剤を1日2回,適量を患部に塗布可。
 注) 1%製剤で治療開始4週間以内に症状の改善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: 令 4.5.25, 投与: 14日まで)

注 射 薬

先	アロカリス点滴静注 235mg (大鵬薬品)	235mg10mL1 瓶 劇	11,276 2391406A1029/622885701
---	---------------------------	----------------	----------------------------------

2391 選択的NK₁受容体拮抗型制吐剤 ホスネツピタント塩化物塩酸塩
適応 抗悪性腫瘍剤(シスプラチン等)投与に伴う消化器症状(悪心,嘔吐)(遅発期を含む)。
用法 他の制吐剤と併用で抗悪性腫瘍剤投与1日目に1回235mg,点滴静注。
 注) ①抗悪性腫瘍剤投与前に投与を終了する。②原則としてコルチコステロイド及び5-HT₃受容体拮抗型制吐剤と併用。
禁忌 ①本剤(成分)に過敏症の既往歴②妊婦・妊娠の可能性

(※次頁に続く)

薬効・薬価リスト令和4年版 追補
(令和4年5月24日告示・25日適用)

先	オンデキサ静注用 200mg (アレクシオン)	200mg1 瓶 3399414D1022/629916201	338, 671
---	----------------------------	------------------------------------	----------

3399i 直接作用型第 Xa 因子阻害剤中和剤 アンデキサネット アルファ (遺伝子組換え)

適応 直接作用型第 Xa 因子阻害剤 (アピキサバン, リバーロキサバン又はエドキサバントシル酸塩水和物) 投与中の患者における, 生命を脅かす出血又は止血困難な出血の発現時の抗凝固作用の中和。

用法 直接作用型第 Xa 因子阻害剤の種類, 最終投与時の 1 回投与量, 最終投与からの経過時間に応じて次の A 法又は B 法で静注。A 法 400mg を 30mg/分 で静注, 続いて 480mg を 4mg/分 で 2 時間静注。B 法 800mg を 30mg/分 で静注, 続いて 960mg を 8mg/分 で 2 時間静注。

注) 次の場合は A 法使用/アピキサバンを最終投与時の 1 回量が 2.5mg 又は 5mg の場合, アピキサバンを最終投与時の 1 回量が 10mg 又は不明・リバーロキサバンを最終投与時の 1 回量が 10mg 又は 15mg 又は不明・エドキサバンを最終投与時の 1 回量が 15mg 又は 30mg 又は 60mg 又は不明で, 最終投与からの経過時間が 8 時間以上の場合。次の場合は B 法使用/アピキサバンを最終投与時の 1 回量が 10mg 又は 15mg 又は不明・リバーロキサバンを最終投与時の 1 回量が 15mg 又は 30mg 又は 60mg 又は不明で, 最終投与からの経過時間が 8 時間未満又は不明の場合。

保険/特 次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載/ア直接作用型第 Xa 因子阻害剤の種類, 最終投与時の 1 回投与量及び最終投与からの経過時間。イ 本剤の投与が必要と判断した理由 (令 4.5.24 保医発 0524 第 3 号)。

禁忌 本剤 (成分) に過敏症の既往歴

先	サムタス点滴静注用 8mg (大塚製薬)	8mg1 瓶 劇 2139403D1020/622874801	1, 160
先	〃 点滴静注用 16mg	16mg1 瓶 劇 2139403D2027/622874901	2, 169

2139i V2-受容体拮抗剤 トルバプタンリン酸エステルナトリウム

適応 ループ利尿薬等の他の利尿薬で効果不十分な心不全における体液貯留。

用法 1 日 1 回 16mg, 1 時間かけて点滴静注。

禁忌 ①本剤 (成分)・類似化合物 (トルバプタン等) に過敏症の既往歴②無尿③高ナトリウム血症④妊婦・妊娠の可能性

先	ゼンフォザイム点滴静注用 20mg (サノフィ)	20mg1 瓶 劇 3959426D1022/629919501	570, 420
---	-----------------------------	-------------------------------------	----------

3959i 遺伝子組換え酸性スフィンゴミエリナーゼ欠損症治療剤 オリプダーゼ アルファ (遺伝子組換え)

適応 酸性スフィンゴミエリナーゼ欠損症。

用法 次の用量漸増法に従い, 開始量及びその後の量を隔週点滴静注。維持量は 1 回 3mg/kg。〔成人における用量漸増法〕初回 (初日): 0.1mg/kg, 2 回目 (2 週目)・3 回目 (4 週目): 0.3mg/kg, 4 回目 (6 週目)・5 回目 (8 週目): 0.6mg/kg, 6 回目 (10 週目): 1mg/kg, 7 回目 (12 週目): 2mg/kg, 8 回目以降 (14 週目以降): 3mg/kg。〔小児における用量漸増法〕初回 (初日): 0.03mg/kg, 2 回目 (2 週目): 0.1mg/kg, 3 回目 (4 週目)・4 回目 (6 週目): 0.3mg/kg, 5 回目 (8 週目)・6 回目 (10 週目): 0.6mg/kg, 7 回目 (12 週目): 1mg/kg, 8 回目 (14 週目): 2mg/kg, 9 回目以降 (16 週目以降): 3mg/kg。

注) ①BMI30 を超える患者は, 次の計算式で示す BMI30 に相当する体重を用いて投与量を決定/投与量の算出に用いる体重 (kg) = 30 × [身長 (m)]²。②初回は投与前 1 ヶ月以内, 用量漸増期間中及び休薬後の投与再開時には次回の投与前 72 時間以内に肝機能検査を行う。ALT 又は AST が基準範囲上限の 2 倍超の場合は投与終了後 72 時間以内にも肝機能検査を行う。③注射用水で溶解, ④生理食塩液を用いて希釈した後に投与。

禁忌 本剤 (成分) にアナフィラキシーショックの既往歴

先	タクザイロ皮下注 300mg シリンジ (武田)	300mg2mL1 筒 4490407G1023/629919701	1, 288, 729
---	-----------------------------	---------------------------------------	-------------

4490 遺伝性血管性浮腫発作抑制用血漿カリクレイン阻害剤 ラナデルマブ (遺伝子組換え)

適応 遺伝性血管性浮腫の急性発作の発症抑制。

用法 成人・12 歳以上の小児 1 回 300mg, 2 週間隔で皮下注。継続的に発作が観察されず症状が安定している場合, 1 回 300mg, 4 週間隔で皮下注も可。

禁忌 本剤 (成分) に過敏症の既往歴

先	パピースモ硝子体内注射液 120mg/mL (中外)	6mg0.05mL1 瓶 劇 1319408A1020/629918901	163, 894
---	-------------------------------	--	----------

1319i 眼科用 VEGF/Ang-2 阻害剤 ファリシマブ (遺伝子組換え)

適応 中心窩下脈絡膜新生血管を伴う加齢黄斑変性。糖尿病黄斑浮腫。

用法 〔加齢黄斑変性〕6mg (0.05mL) を 4 週ごとに 1 回, 連続 4 回 (導入期) 硝子体内投与。症状により投与回数を適宜減じる。その後の維持期は 16 週ごとに 1 回, 硝子体内投与。症状により投与間隔を適宜調節するが 8 週以上あける。

〔糖尿病黄斑浮腫〕6mg を 4 週ごとに 1 回, 連続 4 回硝子体内投与。症状により投与回数を適宜減じる。その後は投与間隔を徐々に延長し, 16 週ごとに 1 回, 硝子体内投与。症状により投与間隔を適宜調節するが 4 週以上あける。

禁忌 ①本剤 (成分) に過敏症の既往歴②眼又は眼周囲に感染のある者, あるいは感染の疑い③眼内に重度の炎症

(※次頁に続く)

薬効・薬価リスト令和4年版 追補
(令和4年5月24日告示・25日適用)

先	ミチーガ皮下注用 60mg シリンジ (マルホ)	60mg1 筒 劇 4490408G1028/629920001	117,181
---	-----------------------------	-------------------------------------	---------

4490 ヒト化抗ヒト IL-31 受容体 A モノクローナル抗体
ネモリズマブ (遺伝子組換え)

適応 アトピー性皮膚炎に伴うそう痒 (既存治療で効果不十分な場合に限る)。

注) ①原則として抗炎症外用剤を併用。②投与時も保湿外用剤を継続使用する。

用法 成人・13歳以上の小児 1回 60mg, 4週間間隔で皮下注。

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) アトピー性皮膚炎に伴うそう痒：投与開始に当たっては、次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載。継続投与に当たっては、開始時の情報を診療報酬明細書の摘要欄に記載：1) 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」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載／ア 成人アトピー性皮膚炎患者又は小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後 2 年の初期研修を修了した後に、5 年以上の皮膚科診療の臨床研修を行っていること。イ 成人アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後 2 年の初期研修を修了した後に、6 年以上の臨床経験を有し、そのうち 3 年以上はアトピー性皮膚炎を含むアレルギー診療の臨床研修を行っていること。ウ 小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後 2 年の初期研修を修了した後に、3 年以上の小児科診療の臨床研修及び 3 年以上のアトピー性皮膚炎を含むアレルギー診療の臨床研修を含む 6 年以上の臨床経験を有していること。2) 本剤投与前の治療の状況／ア 13 歳以上のアトピー性皮膚炎患者であって、本剤投与前にステロイド外用薬 (ストロングクラス以上) 又はカルシニューリン阻害外用薬を行った治療期間 (4 週間未満又は行っていない場合はその理由)。イ 13 歳以上のアトピー性皮膚炎患者であって、本剤投与前に抗ヒスタミン薬又は抗アレルギー薬による内服治療を行った治療期間 (2 週間未満又は行っていない場合はその理由)。3) 疾患活動性の状況として、次に掲げるすべての項目の値。ただし、ア及びイについては、投与開始 2 日前から投与開始までの 3 日間全ての値を記載／ア そう痒 VAS 又はそう痒 NRS。イ かゆみスコア。ウ EASI スコア (令 4.5.24 保医発 0524 第 4 号)。

禁忌 本剤 (成分) に過敏症の既往歴

先	メプセヴィ点滴静注液 10mg (アミカス)	10mg5mL1 瓶 劇 3959427A1020/629919901	259,932
---	---------------------------	--	---------

3959i ムコ多糖症 VII 型治療剤 ベストロニダーゼ アルファ
(遺伝子組換え)

適応 ムコ多糖症 VII 型。〔承認時資料による〕

用法 1 回 4mg/kg, 隔週点滴静注。

注) ①◎生理食塩液で希釈後、輸液ポンプを用いて総量を 4 時間以上かけて投与。②infusion reaction の症状を軽減させるため、抗ヒスタミン剤を単独又は解熱鎮痛剤との併用で本剤投与開始 30～60 分前に前投与。

禁忌 本剤 (成分) にアナフィラキシーショックの既往歴