

薬効・薬価リスト令和3年版 追補
(令和3年8月11日告示・12日適用)

内 用 薬

先エブリスディ 60mg1 瓶 劇 974,463.70
ドライシロップ 60mg (中外) 1190029R1028/622867401

1190 脊髄性筋萎縮症治療剤 リズジブラム

適応 脊髄性筋萎縮症。

注)遺伝子検査により SMN1 遺伝子の欠失又は変異を有し,SMN2 遺伝子のコピー数が1以上であることが確認された患者に投与。

用法 生後2ヶ月～2歳未満 1日1回 0.2mg/kg,食後経口投与。2歳以上 1日1回,体重20kg未満は0.25mg/kg,20kg以上は5mg,食後経口投与。

保険性 ①SMN1 遺伝子の欠失又は変異を有し,SMN2 遺伝子のコピー数が1以上であることを確認した遺伝子検査の実施年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載(当該検査を実施した月のみ。ただし初回は必ず記載)。②オナセムノゲン アベバルボベク(販売名:ゾルゲンスマ点滴静注)の投与後に本剤を投与する場合,その必要性を適切に判断し,投与が必要な理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載。③本剤は新医薬品に係る投与期間制限の例外とされたことを踏まえ,令和3年9月1日から起算して1年を経過していない間は,概ね1ヶ月に1回の頻度で診察を行うとともに,概ね2週間に1回の頻度で電話等を用いて,患者の状態や服薬の状況等を確認する。また,その間,当該診察時には前回処方時以降の当該診察及び確認の実施年月日を,本剤の処方時には年齢(0歳は月齢)及び体重(20kg未満の場合)をそれぞれ診療報酬明細書の摘要欄に記載(令3.8.11保医発0811第3号)。

禁忌 本剤(成分)に過敏症の既往歴

(薬価基準収載日:令3.8.12)

※(揭示事項等告示)当品目は新医薬品の処方日数制限対象外。

先タズベリク錠 200mg 200mg1 錠 劇 3,004.60
(エーザイ) 4291073F1029/622867601

4291 抗悪性腫瘍剤 タゼメトスタット臭化水素酸塩

適応 再発又は難治性の EZH2 遺伝子変異陽性の濾胞性リンパ腫(標準的な治療が困難な場合に限る)。

用法 1回800mg,1日2回経口投与。状態により適宜減量。

保険性 EZH2 遺伝子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の摘要欄に記載(当該検査を実施した月のみ。ただし初回は必ず記載)(令3.8.11保医発0811第3号)。

禁忌 本剤(成分)に過敏症の既往歴

(薬価基準収載日:令3.8.12,投与:14日まで)

先ツイミーグ錠 500mg 500mg1 錠 34.40
(大日本住友) 3969026F1027/622869901

3969i 糖尿病用剤 イメグリミン塩酸塩

適応 2型糖尿病。

用法 1回1000mg,1日2回朝夕経口投与。

禁忌 ①本剤(成分)に過敏症の既往歴②重症ケトーシス,糖尿病性昏睡又は前昏睡,1型糖尿病③重症感染症,手術前後,重篤な外傷

(薬価基準収載日:令3.8.12,投与:14日まで)

先ハイヤスタ錠 10mg 10mg1 錠 劇 20,030.50
(Huya=MeijiSeika) 4291074F1023/622871601

4291 抗悪性腫瘍剤 ツンジノスタット

適応 再発又は難治性の成人T細胞白血病リンパ腫。

用法 1日1回40mg,週2回,3又は4日間隔で食後経口投与。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・妊娠の可能性

(薬価基準収載日:令3.8.12,投与:14日まで)

先ベリキューボ錠 2.5mg 2.5mg1 錠 131.50
(バイエル) 2190042F1021/622871001

先 " 錠 5mg 5mg1 錠 230.40
2190042F2028/622871101

先 " 錠 10mg 10mg1 錠 403.80
2190042F3024/622871201

2190i 慢性心不全治療剤 ベルイシグアト

適応 慢性心不全(ただし,慢性心不全の標準的な治療を受けている患者に限る)。

注)左室駆出率の低下した患者に投与。

用法 1日1回2.5mg,食後経口投与から開始し,2週間間隔で1回量を5mg及び10mgに段階的に増量。血圧等状態に応じ適宜減量。

保険性 投与開始に当たっては,左室駆出率の計測年月日及び左室駆出率の値を診療報酬明細書に記載(他の医療機関で測定した場合は,当該測定結果及び医療機関名を記載可)(令3.8.11保医発0811第3号)。

禁忌 ①本剤(成分)に過敏症の既往歴②可溶性グアニル酸シクラーゼ(sGC)刺激薬を投与中 **併禁** 可溶性グアニル酸シクラーゼ(sGC)刺激薬(リオシグアト(アデムバス))

(薬価基準収載日:令3.8.12,投与:14日まで)

(※次頁に続く)

薬効・薬価リスト令和3年版 追補
(令和3年8月11日告示・12日適用)

注 射 薬

先 アイモビーグ皮下注 70mg ペン 70mg1mL1キット 41,356
(アムジェン) 1190406G1029/629915601

1190 ヒト抗 CGRP 受容体モノクローナル抗体製剤 エレヌマブ (遺伝子組換え)

適応 片頭痛発作の発症抑制。

用法 70mg を4週間に1回、皮下注。

保険 (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に十分留意する。

(2) 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／①本剤に関する治療の責任者として配置されている医師について、次のアに該当し、イ～オのいずれかの学会の専門医の認定を有していることとされているため、投与開始に当たっては、診療報酬明細書の摘要欄に次のア～オのうち該当するもの(「医師要件ア」から「医師要件オ」までのうち該当するものを全て記載)：ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、頭痛を呈する疾患の診療に5年以上の臨床経験を有している。イ 日本神経学会。ウ 日本頭痛学会。エ 日本内科学会(総合内科専門医)。オ 日本脳神経外科学会。②本剤の投与開始前3ヶ月以上における1ヶ月あたりの片頭痛日数(片頭痛又は片頭痛の疑いが起こった日数)の平均。③本剤の投与の要否の判断にあたっては、次のアに該当し、イ～エのいずれかを満たす患者であることを確認することとされているため、本剤投与前の片頭痛発作の発症抑制薬による治療の状況(「前治療要件ア」から「前治療要件エ」のうち該当するものを全て記載)：ア 非薬物療法及び片頭痛発作の急性期治療等を既に実施している患者であり、それらの治療を適切に行っても日常生活に支障をきたしている。イ 本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれかが、効果が十分に得られず使用又は継続ができない。ウ 本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれかが、忍容性が低く使用又は継続ができない。エ 本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれかが、禁忌、又は副作用等の観点から安全性への強い懸念があり使用又は継続ができない。(3) 投与中は症状の経過を十分に観察し、投与開始後3ヶ月(3回投与後)を目安に治療上の有益性を評価して症状の改善が認められない場合には投与中止を考慮することとされているため、当該評価を実施した際の診療報酬明細書の摘要欄に、症状の改善が認められた旨を記載。(4) 投与開始後も定期的に投与継続の要否について検討し、頭痛発作発現の消失・軽減等により日常生活に支障をきたさなくなった場合には投与中止を考慮する(令3.8.11保医発0811第4号)。

禁忌 本剤(成分)に過敏症の既往歴

先 アジオビ皮下注 225mg 225mg1.5mL1筒 41,356
シリンジ (大塚製薬) 1190407G1023/622849801

1190 ヒト化抗 CGRP モノクローナル抗体製剤 フレマネズマブ (遺伝子組換え)

適応 片頭痛発作の発症抑制。

用法 4週間に1回225mg、又は12週間に1回675mg、皮下注。

保険 (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に十分留意する。

(2) 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／①本剤に関する治療の責任者として配置されている医師について、次のアに該当し、イ～オのいずれかの学会の専門医の認定を有していることとされているため、投与開始に当たっては、診療報酬明細書の摘要欄に次のア～オのうち該当するもの(「医師要件ア」から「医師要件オ」までのうち該当するものを全て記載)：ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、頭痛を呈する疾患の診療に5年以上の臨床経験を有している。イ 日本神経学会。ウ 日本頭痛学会。エ 日本内科学会(総合内科専門医)。オ 日本脳神経外科学会。②本剤の投与開始前3ヶ月以上における1ヶ月あたりの片頭痛日数(片頭痛又は片頭痛の疑いが起こった日数)の平均。③本剤の投与の要否の判断にあたっては、次のアに該当し、イ～エのいずれかを満たす患者であることを確認することとされているため、本剤投与前の片頭痛発作の発症抑制薬による治療の状況(「前治療要件ア」から「前治療要件エ」のうち該当するものを全て記載)：ア 非薬物療法及び片頭痛発作の急性期治療等を既に実施している患者であり、それらの治療を適切に行っても日常生活に支障をきたしている。イ 本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれかが、効果が十分に得られず使用又は継続ができない。ウ 本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれかが、忍容性が低く使用又は継続ができない。エ 本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれかが、禁忌、又は副作用等の観点から安全性への強い懸念があり使用又は継続ができない。(3) 投与中は症状の経過を十分に観察し、4週間に1回投与の場合は投与開始後3ヶ月(3回投与後)、12週間に1回投与の場合は投与開始後3ヶ月(1回投与後)又は6ヶ月(2回投与後)を目安に治療上の有益性を評価して症状の改善が認められない場合には投与中止を考慮することとされているため、当該評価を実施した際の診療報酬明細書の摘要欄に、症状の改善が認められた旨を記載。

(4) 投与開始後も定期的に投与継続の要否について検討し、頭痛発作発現の消失・軽減等により日常生活に支障をきたさなくなった場合には投与中止を考慮する(令3.8.11保医発0811第5号)。

禁忌 本剤(成分)に重篤な過敏症の既往歴

(※次頁に続く)

薬効・薬価リスト令和3年版 追補
(令和3年8月11日告示・12日適用)

先	ウパシタ静注透析用 25 μ g シリンジ (三和化学)	25 μ g1mL1筒 劇	976
		3999460G1021/622870301	
先	" 静注透析用 50 μ g シリンジ	50 μ g1mL1筒 劇	1,392
		3999460G2028/622870401	
先	" 静注透析用 100 μ g シリンジ	100 μ g1mL1筒 劇	2,007
		3999460G3024/622870501	
先	" 静注透析用 150 μ g シリンジ	150 μ g1mL1筒 劇	2,494
		3999460G4020/622870601	
先	" 静注透析用 200 μ g シリンジ	200 μ g1mL1筒 劇	2,914
		3999460G5027/622870701	
先	" 静注透析用 250 μ g シリンジ	250 μ g1mL1筒 劇	3,291
		3999460G6023/622870801	
先	" 静注透析用 300 μ g シリンジ	300 μ g1mL1筒 劇	3,635
		3999460G7020/622870901	

3999i カルシウム受容体作動薬 ウパシカルセトナトリウム水和物

適応 血液透析下の二次性副甲状腺機能亢進症。

用法 開始量 1回 25 μ g,週 3回,透析終了時の返血時に透析回路静脈側に注入。血清カルシウム濃度に応じ開始量を 1回 50 μ g とできる。以後,副甲状腺ホルモン (PTH) 及び血清カルシウム濃度の十分な観察のもと,1回 25~300 μ g の範囲内で適宜用量を調整。

注) ①血清カルシウム濃度が低値でないこと (目安として 8.4mg/dL 以上) を確認して開始。②血清カルシウム濃度は開始時及び用量調整時は週 1回,維持期には 2週に 1回以上測定。PTH の測定は開始時及び用量調整時 (目安として投与開始から 3ヶ月程度) は月 2回とし,PTH がほぼ安定したことを確認した後は月 1回とすることが望ましい。

禁忌 ①本剤 (成分) に過敏症の既往症②妊婦・妊娠の可能性

先	ギブラーリ皮下注 189mg シリンジ (Alynlam)	189mg1mL1瓶 劇	5,006,201
		3999461A1023/622871701	

3999i 急性肝性ポルフィリン症治療薬 ギボシランナトリウム

適応 急性肝性ポルフィリン症。

用法 12歳以上は 1回 2.5mg/kg,1ヶ月に 1回,皮下注。

禁忌 本剤 (成分) に重篤な過敏症の既往歴

先	デリタクト注 (第一三共)	1mL1瓶	1,431,918
		4900407X1023/629700801	

4900 遺伝子発現治療薬 テセルバツレブ

適応 悪性神経膠腫。

注) 放射線治療とテモゾロミドの治療歴を有する患者を対象とする。

用法 1回 1mL (1 \times 10⁹PFU),腫瘍内に投与。原則として,1・2回目は 5~14日の間隔,3回目以降は前回から 4週間の間隔で投与。投与は 6回まで。

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しよう十分留意する。

(2) 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/①次に掲げる施設のうち,該当するもの (「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 特定機能病院。イ 大学附属病院本院 (脳神経外科に係る診療科を有する場合に限る)。ウ 悪性神経膠腫手術の年間症例数が 30例以上ある施設。エ 本品に係る治験の実施設,又はこれと同等の施設体制を有し本品に係る治験責任医師又は治験分担医師が常勤する施設 (脳神経外科に係る診療科を有する場合に限る)。

②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全て記載。最適使用推進ガイドラインにおいて,次に掲げる医師の要件のすべてに該当する医師を配置することとされている) :ア 医師免許取得後 2年の初期研修を終了した後に,4年以上の脳神経外科学の臨床研修を行っており,うち,3年以上は,脳神経外科治療の臨床経験があること。イ 脳腫瘍に関する十分な臨床経験 (計 30例以上) があること。ウ ナビゲーション下生検術を含む定位脳手術の実績が 5例以上あること。③放射線治療及びテモゾロミドの治療歴のある患者である旨 (令 3.8.11 保医発 0811 第 6号)。

禁忌 ①再使用禁止②本品 (成分) に過敏症の既往歴

先	ペクルリー点滴静注用 100mg (ギリアド)	100mg1瓶	63,342
		6250407D1020/622871401	

6250i 抗ウイルス剤 レムデシビル

適応 SARS-CoV-2 による感染症。

注) SARS-CoV-2 による肺炎を有する患者を対象に投与。

用法 成人・体重 40kg 以上の小児は 1日 1回,投与初日 200mg,2日目を以降 100mg,点滴静注。体重 3.5~40kg 未満の小児は 1日 1回,投与初日 5mg/kg,2日目を以降 2.5mg/kg,点滴静注。総投与期間は 10日まで。

注) ①生理食塩液に添加し,30~120分かけて点滴静注。②目安として,5日目で投与し,症状の改善が認められない場合は 10日目で投与。

保険料 これまで本剤は,製造販売業者から厚生労働省が提供を受け,各医療機関に配分していたところであり,厚生労働省より配分された本剤の費用は請求できない。本剤の製造販売業者から医療機関等への供給開始の時期及びその取扱い等については,今後別途通知する予定である (令 3.8.11 保医発 0811 第 3号)。

禁忌 本剤 (成分) に過敏症の既往歴

(※次頁に続く)

薬効・薬価リスト令和3年版 追補
(令和3年8月11日告示・12日適用)

先|ユニツキシ点滴静注 17.5mg5mL1瓶 劇 1,365,888
17.5mg/5mL (大原) 4291457A1025/629916001

4291 抗悪性腫瘍剤 ジヌツキシマブ (遺伝子組換え)

適応 大量化学療法後の神経芽腫。

用法 フィルグラスチム (遺伝子組換え) 及びテセロイキン (遺伝子組換え) との併用で1日1回17.5mg/m²,10~20時間かけて点滴静注。28日間を1サイクルとし,1・3・5サイクルは4~7日目,2・4・6サイクルは8~11日目に投与。

注) ①本剤投与による疼痛を軽減させるため,投与前から投与2時間後までオピオイド鎮痛剤を投与。②本剤投与による infusion reaction を軽減させるため,投与前に抗ヒスタミン剤及び解熱鎮痛剤を投与。

禁忌 本剤 (成分) に過敏症の既往歴

先|ライザケア輸液 1L1袋 1,180
(富士フイルム富山化学) 3253416A1020/622870201

3253 アミノ酸輸液 L-リシン塩酸塩・L-アルギニン塩酸塩

適応 ルテチウムオキシドトレオチド (¹⁷⁷Lu) による腎被曝の低減。

用法 ルテチウムオキシドトレオチド (¹⁷⁷Lu) 投与開始 30分前より1回1000mL,4時間かけて点滴静注。

禁忌 アミノ酸代謝異常

先|ルタテラ静注 7.4GBq25mL1瓶 劇 2,648,153
(富士フイルム富山化学) 4291458A1020/622870001

4291 放射性医薬品・ペプチド受容体放射性核種療法剤 ルテチウムオキシドトレオチド (¹⁷⁷Lu)

適応 ソマトスタチン受容体陽性の神経内分泌腫瘍。

用法 1回7.4GBq,30分かけて8週間間隔で最大4回まで点滴静注。状態により適宜減量。

注) 本剤投与による腎被曝の低減のため,1000mL中にアミノ酸としてL-リシン塩酸塩及びL-アルギニン塩酸塩をそれぞれ25gのみを含有する輸液製剤を投与30分前から投与。

禁忌 ①本剤 (成分) に過敏症の既往歴②妊婦・妊娠の可能性

先|レカルブリオ配合点滴静注用 (1.25g)1瓶 22,447
(MSD) 6129500D1027/622870101

6129J β-ラクタマーゼ阻害剤配合抗生物質製剤 レレバクタム水和物・イミペネム水和物・シラスタチンナトリウム

適応 <適応菌種>本剤感性の大腸菌,シトロバクター属,クレブシエラ属,エンテロバクター属,セラチア属,緑膿菌,アシネトバクター属。ただし,カルバペネム系抗菌薬に耐性を示す菌株に限る。<適応症>各種感染症。

注) AmblerクラスA又はCのβ-ラクタマーゼの関与が考えられる原因菌による感染症に投与。

用法 1回1.25g,1日4回,30分かけて点滴静注。

注) 腎機能障害患者は次を参考に用量調節/クレアチニンクリアランス 60~89mL/分は1回1g,30~59mL/分は1回0.75g,15~29mL/分・血液透析中の末期腎不全患者は1回0.5g,いずれも1日4回投与。

禁忌 ①本剤 (成分) に過敏症の既往歴②他のβ-ラクタム系抗生物質に重篤な過敏症 (アナフィラキシー等の重度の全身性アレルギー反応) の既往歴③バルプロ酸ナトリウムを投与中 **併禁** バルプロ酸ナトリウム (デバケン)

先|レベスティブ皮下注用 3.8mg 3.8mg1瓶 劇 79,302
(武田) (溶解液付)

2499419D1026/629915501

2499i GLP-2 アナログ製剤 テデュグルチド (遺伝子組換え)

適応 短腸症候群。

用法 1日1回0.05mg/kg,皮下注。

注) 中等度以上の腎機能障害 (クレアチニンクリアランス 50mL/分未満) 患者:1回量は0.025mg/kg。

禁忌 ①本剤 (成分) に過敏症の既往歴②胃腸,肝胆道系又は脾臓に悪性腫瘍③過去5年以内に,胃腸,肝胆道系又は脾臓に悪性腫瘍の既往歴